

# Virtualización entre AP y AE, un éxito

Juana Flores Le Roux

Cap del Servei d'Endocrinologia i Nutrició. PSMAR

# Reforma de la atención especializada



- Visitas AE solo en hospital
- Falta de comunicación directa

2004



- Visitas semanales
- Consultoría
- Sesiones clínicas



# Limitaciones del modelo

- Modelo basado principalmente en DERIVACIÓN
- Limitada accesibilidad al especialista
  - 1 hora
- Tiempo de espera para 1ª visita ¿podemos mejorar el modelo de atención especializada en los centros de AP?
- Falta priorización de las derivaciones
- Baja resolución visitas AE (nº visitas sucesivas)

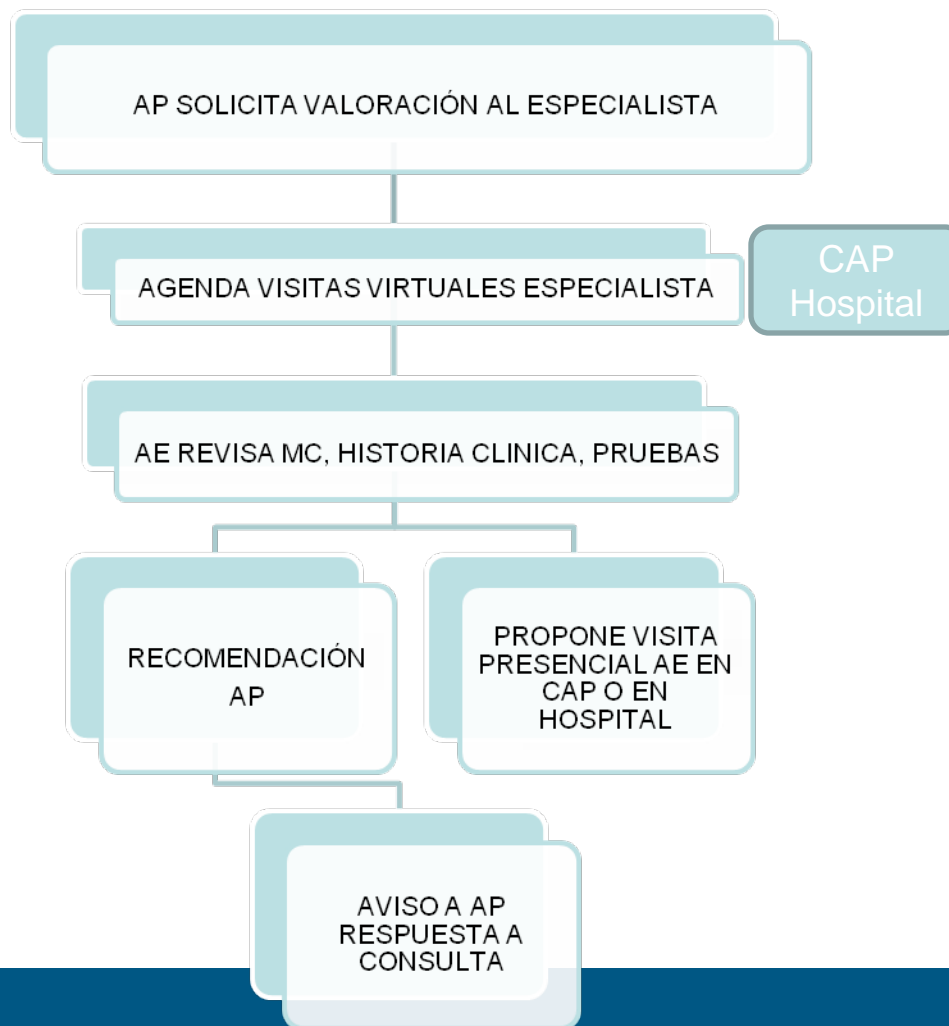
# 2011: Nuevo modelo de atención especializada en AP: consultoría virtual

- Mejorar la eficiencia de los dispositivos especializados.
- Potenciar a los profesionales de AP como protagonistas en la atención del paciente.
- Aumentar la resolución de las visitas de endocrinología, de forma coordinada entre médicos de AP y endocrinólogos.
- Priorizar el orden de visita según la gravedad de las patologías.
- Evitar desplazamientos a los pacientes, minimizando los contactos con el sistema de salud con poco contenido clínico y de carácter administrativo.
- Mejorar la accesibilidad al endocrinólogo.

# Agenda virtual

- Agenda Endocrinología RAE
  - Visitas virtuales
  - 1as visitas presenciales y sucesivas
- Todas las derivaciones/consultas se programan como visita virtual
- Tiempo de respuesta <7 días (incluso en vacaciones)
- Consenso criterios de visita presencial entre AP y AE.

# 2012: Puesta en marcha de la visita virtual en Endocrinología



e-CAP 10.0.0 - Connexió: RAE EAP RAMON TURRO JUANA FLORES LE ROUX OPS\$P846UJFL

prsf320 - Seguiment problemes de salut

Dades clíniques i prQves Prescripció Agenda paciEnts vacUnes Catàlegs aLtres aJuda docuMentació Suport



(HOME, 54 ANYS)

CRG

CAIN058051200

HC3

HCCNet

Notes prèvies

Introduir/Modificar nota

Notes del dia

21/01/2013

21/01/2013 16:56 - FLORES LE ROUX, JUANA - ENDOCRINOLOGIA

**DIABETIS MELLITUS TIPUS 2; HIPERTRIGLICERIDÈMIA**

- Valoro PVIR de paciente de 54 años con antecedentes de DM2 y dislipemia mixta. Intolera metformina, en tratamiento con glibenclamida 2cp/dia. Presenta A1c: 8,2% con triglicéridos de 390mg/dl, colesterol LDL: 75, colesterol HDL: 25. realiza tratamiento con simvastatina 20mg/dia, ha dejado de tomar omacor por falta de financiación. Respecto a la DM2, creo que está indicado aumentar a dosis máximas de sulfonilureas (glibenclamida 3cp/dia) e intentar dosis máxima tolerada de metformina, tal como ya habeis hecho. Si a pesar de esto en 3 meses no conseguimos A1c dentro de objetivos (<7%), habría que plantear asociar un 3er fármaco vs insulinización. Mientras lleve SU, no tiene indicación de realizar controles de glicemia capilar a diario, unicamente tiene que disponer de 2 tiras/mes para situación sugestiva de hipoglicemia. Respecto a la dislipemia, ya presentaba hipertrigliceridemia en 2009, creo que habría que modificar el tratamiento actual: sugiero retirar simvastatina e iniciar Secalip 145mg/dia. Control también en 3 meses. En función de resultados, realizar nueva consulta a endocrinología.

ACTIUS

PASSIUS

I.Q.

A.F

NOCs

Tots Prioritzats

- HIPERTRIGLICERIDÈMIA
- DIABETIS MELLITUS TIPUS 2
- ALGUNES MALALTIES QUE AFECTEN ELS TEIX
- APNEA DEL SON
- HIPERTENSIÓ ESSENCIAL (PRIMÀRIA)
- TRASTORNS DEL METABOLISME DE LES LIPOI
- ANÈMIA HEMOLÍTICA ADQUIRIDA
- ANÈMIA HEMOLÍTICA
- ANTECEDENTS PERSONALS D'AL·LÈRGIA A AL
- HIPOACÚSIA
- 3 LITIASI RENAL
- CÒLIC RENAL
- HIPERPLÀSIA DE LA PRÒSTATA
- NEURINOMA ACÚSTIC
- OBESITAT NO ESPECIFICADA
- 2 OTITIS MITJANA SUPURATIVA AGUDA
- CONTRACTURA CERVICAL
- ANGOR PECTORIS

Valoració crònica i

DETALL DEL PROBLEMA

NOU PROBLEMA

COMENTARI

Data Alta: 16/01/2013

Codi: E78.1

Descripció: HIPERTRIGLICERIDÈMIA

Comentari:

Inicio

4 Internet Ex...

Microsoft Power...

Ruta assistencial...



## Resultados tras la implementación de la visita virtual : comparación enero-mayo 2011 vs 2013

- Tiempo hasta primera valoración por AE: de 20,8 días a 6,63 días (↓ 67%)
- De todas las visitas virtuales, el 56,3% van a generar una primera visita presencial.
  - La mitad de las consultas se resuelven sin visita presencial
- ↓31% visitas presenciales
- ↓ Lista de espera 1as visitas: 70% pacientes visitados en < 2 semanas.
- ↑ 10% número de consultas a endocrinología
  - ↓ presenciales, ↑ virtuales
  - Mejora de la accesibilidad al especialista.



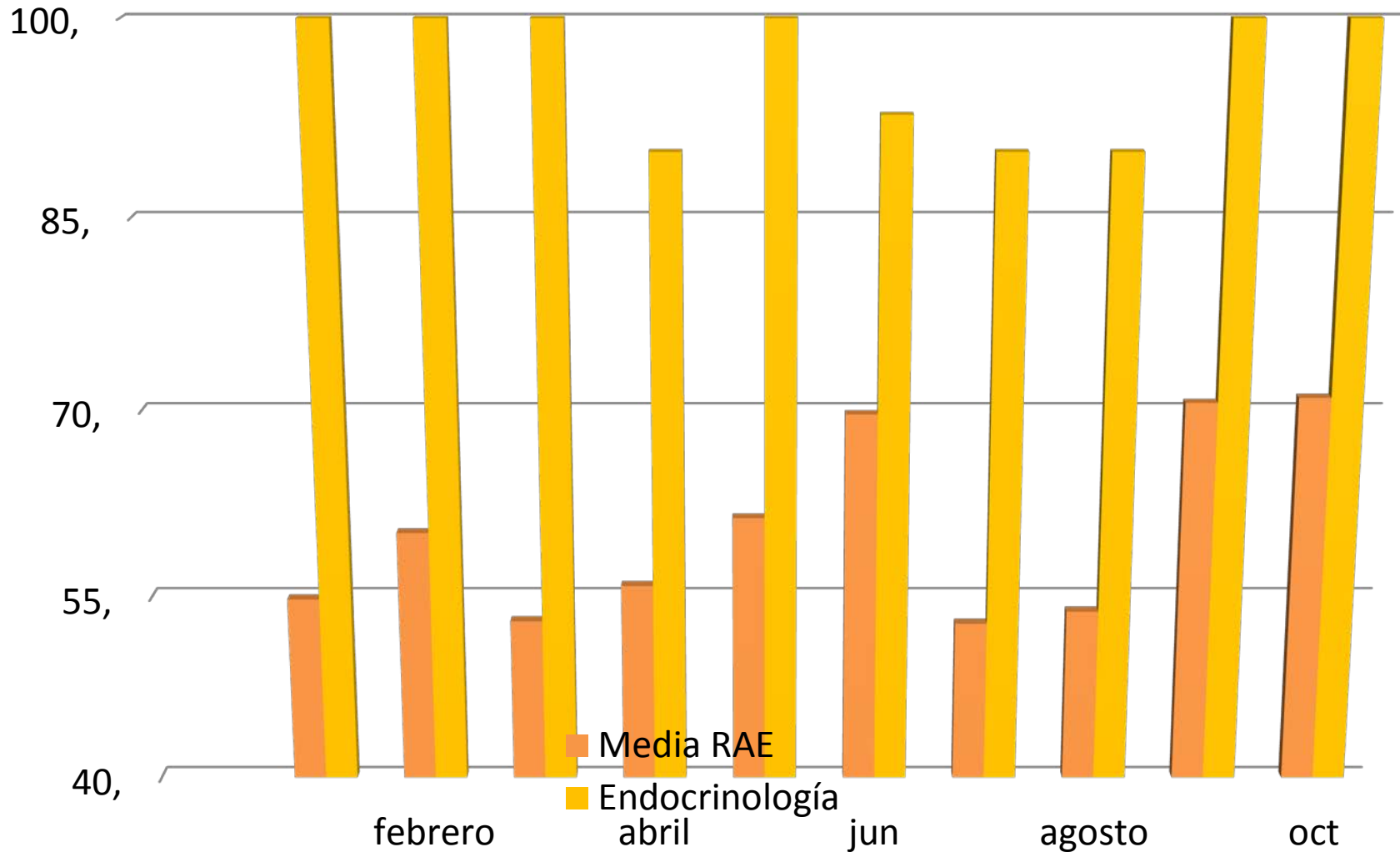
# Comparativa 2009-2016

8 ABS	2009	2016	Variación
Lista espera 1ª visita, días	27,5	18,3	↓33%
Nº 1as visitas	1667	880	↓47%
Nº visitas sucesivas	3811	1780	↓53%
Visitas virtuales		1746	

↑ 6,7%

# % EAP < 45 dies de LLE per primera visita als

## 14 EAP de l'Àrea DON Litoral Mar 2017



## Limitaciones RAE

- Modelo basado en derivación
- Limitada accesibilidad al especialista
- Lista espera para 1<sup>a</sup> visita
- Falta priorización de las derivaciones
- Baja resolución visitas AE

## Consultoría virtual

- Consultoría > derivación
- ↑ accesibilidad a AE
- ↓ listas espera 1<sup>a</sup> visita
- Priorización derivaciones
- ↑ resolución visitas AE

¿podemos mejorar el modelo de atención especializada en los centros de AP?

ICS:  
Belén Enfedaque  
José Luis del Val García.  
Rafa Ruiz Riera  
Mireia Boixadera i Vendrell.  
Marta Carrasco Hernández.  
PSMAR:  
Juan José Chillarón Jordán  
Marisol López Jimenez.

