



Desarrollo de un programa de atención continuada y coordinación con residencias del Hospital Universitario Infanta Sofía a propósito de la pandemia COVID-19

Anguita Sánchez N, Sáez Nieto C, Bernáldez Bonilla P, García Paños E, Gómez Cerezo JF.

Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid

csaezn@salud.madrid.org



Carmen Sáez Nieto.

Resumen

La pandemia por COVID-19 vivida en la Comunidad de Madrid en 2020 ha puesto en evidencia los déficits en la atención sanitaria del paciente institucionalizado, que presenta mayor carga de enfermedad y diferentes síndromes geriátricos. Esta situación ha obligado a replantearse los actuales programas de atención y coordinación entre hospitales y centros residenciales (CR).

El Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS) atiende a una población de más de 350 000 habitantes y cuenta con 53 CR, de los cuales más del 80% son privados o concertados, y presentan gran heterogeneidad en cuanto a tipo de residentes, tamaño, estructura y recursos. Además, la extensión de esta área sanitaria hace que algunos se encuentren a más de 60 km del hospital y en zonas de difícil acceso.

Hasta la pandemia por COVID-19 no existía ninguna estructura organizada en HUIS para atender específicamente a los CR del área. Por ello, se ha desarrollado un programa dirigido por un equipo multidisciplinar de médicos geriatras y enfermería, que más allá de la atención durante el periodo de pandemia pretende dar cobertura a CR del área, prestando diferentes servicios que mejoren la atención al paciente institucionalizado y permitan optimizar los recursos disponibles. El proyecto se encuentra abalado por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), quien define los objetivos de la coordinación con los CR, y establece la labor de cada una de las partes que influyen en la atención al paciente institucionalizado. Definen al geriatra como la persona que coordina la atención especializada, optimizando y dirigiendo las visitas hospitalarias, sirviendo de nexo entre profesionales de la residencia y el hospital. Y además involucra en esta coordinación a Atención Primaria (AP). (SEGG. 2020. *Papel de la Geriátrica en coordinación con el medio residencial*. Recuperado de www.segg.es/actualidad-segg/2020/05/04).

En relación con esto se ha posicionado también el Ilustre Colegio de Médicos de Madrid (ICOMEM), recalcando la importancia de la valoración geriátrica integral (VGI) y programas de equipos multidisciplinares en los CR, así como la necesidad de la figura de enlace hospitalaria por parte de los geriatras para una atención coordinada entre CR, AP y el hospital, utilizando la telemedicina como herramienta para desarrollar estos programas (ICOMEM. 2021. Documento de posicionamiento sobre centros residenciales. Recuperado de www.icomem.es/comunicacion/noticias/3686).

Objetivos del proyecto o experiencia

La pandemia COVID-19 ha obligado a poner en marcha distintos programas de actuación al paciente con coronavirus dentro y fuera del ámbito hospitalario. Ese primer paso ha servido para evaluar la necesidad de instaurar un programa estructurado que dé cobertura más extensa y a largo plazo al anciano institucionalizado de nuestra área.

Los objetivos principales del programa son:

- Detección precoz y abordaje de síndrome geriátricos (deterioro funcional, caídas, desnutrición, fragilidad, polifarmacia, etc.) en pacientes institucionalizados.
- Sistematización de la valoración geriátrica como herramienta de evaluación del paciente institucionalizado y como mejora de la toma de decisiones.
- Aumento de la coordinación con residencias en el flujo de pacientes desde y hacia el hospital.
- Ayuda al personal médico de residencias en la toma de decisiones acerca de traslados hospitalarios, tratamiento y manejo de patologías agudas en la residencia.
- Apoyo a los profesionales en la toma de decisiones y manejo de pacientes en la fase final de la enfermedad de cara a tener un tratamiento más individualizado y evitar tratamientos o medidas innecesarias.
- Valoración en Urgencias del hospital a pacientes mayores de 70 años procedentes de residencia que precisan de un apoyo en la toma de decisiones.
- Continuidad asistencial tras el alta hospitalaria o de Urgencias.
- Conciliación farmacológica, optimización de tratamientos farmacológicos y seguimiento de su adherencia y correcta administración.
- Coordinación con otros actores implicados en la atención: unidades de apoyo a residencias de Atención Primaria, salud pública y Dirección General de Atención Sociosanitaria.

- Optimización de los traslados desde residencias al servicio de Urgencias para evitar visitas innecesarias que aumenten la iatrogenia sobre el paciente.
- Soporte en el manejo de pacientes con COVID-19: apoyo en dudas respecto a manejo clínico o epidemiológico, disposición de recursos materiales y medicamentos.

Como objetivos secundarios el programa pretende:

- Reducir la lista de espera de consultas externas de Geriátrica.
- Disminuir el número de ingresos y el tiempo de hospitalización de los pacientes de residencia.

Método

Población diana: actualmente hay unos 3800-4000 residentes en los 53 CR del área del HUIS. El programa está dirigido a mayores de 70 años en CR del tipo A, con médico/enfermería de algún turno.

Recursos materiales:

- Dos teléfonos.
- Tres ordenadores de trabajo, uno de ellos con videocámara.
- Licencia Teams para videollamadas.

Recursos personales: se ha reorganizado la Unidad de Geriátrica (UG) para destinar recursos personales a esta actividad, configurando un equipo multidisciplinar constituido por dos médicos geriatras y una enfermera.

Líneas de actuación:

- Atención telemática: consulta telefónica/vía electrónica, como implementación de telemedicina. Se obtiene consentimiento del CR, paciente, familia y/o tutores. Dentro de esta atención se encuentran:
 - Pacientes con seguimiento en consultas externas en los que se decide seguimiento telemático.
 - Solicitud del CR de valoración por Geriátrica. Se realiza intervención dirigida y se valora seguimiento telemático/derivación a consulta especializada de Geriátrica (caídas, oncogeriatría o deterioro cognitivo).
 - Interconsultas (IT) desde CR por correo electrónico/llamada telefónica de forma “urgente”. Se decide derivación hospitalaria o se realiza ajuste farmacológico por parte de Geriátrica, incluyendo prescripción de tratamiento hospitalario con administración en residencia y seguimiento de la evolución clínica por parte de Geriátrica.

- Continuidad asistencial de pacientes dados de alta del área de hospitalización de Geriatría, Medicina Interna/Urgencias.
- Valoración en Urgencias a través de IT a demanda de los médicos responsables.
- Formación a personal de CR (VGI, síndromes geriátricos, etc.).
- Reuniones semanales con:
 - Dirección General de Servicios Sociosanitarios vía Zoom (intercambio de información, actualización de protocolos, etc.).
 - Unidad de Apoyo a Residencias, vía Zoom (intercambio de información, seguimiento de residencias, actualización sobre vacunaciones, etc.).
- Coordinación con Salud Pública, según la situación epidemiológica, vía *mail* y telefónica para control y seguimiento de brotes por COVID-19 en CR.
- El papel de enfermería es fundamental para completar las acciones de soporte a los CR:
 - Contacto telefónico mensual con CR: favorecer la comunicación y fomentar la realización de actividades preventivas.
 - Consulta telemática: VGI, screening de síndromes geriátricos, consulta de curas de úlceras.
 - Continuidad asistencial de pacientes dados de alta del hospital en diferentes procesos.
 - Gestión de material sanitario para CR del área.

Resultados obtenidos

El proyecto se pone en marcha en octubre de 2020 con la reorganización de la UG que destina dos geriatras y una enfermera a su desarrollo. Se han recogido datos de los pacientes atendidos y los principales resultados de las actuaciones realizadas de octubre-diciembre de 2020.

Asimismo, se ha realizado una encuesta de calidad a los CR para conocer el grado de satisfacción. Los resultados de las encuestas recibidas coinciden en que, hasta la llegada del programa, la comunicación con el hospital era difícil de establecer, y a los profesionales del centro esta iniciativa les facilita mucho su trabajo diario.

Características de la situación basal

El área cuenta con 54 CR de las cuales 46 son privadas/concertadas, 5 públicas y 3 de discapacitados.

Los residentes tienen avanzada edad, con una mediana de 82,4 años. El 76% tienen dependencia y deterioro funcional medido por la escala Funcional Ambulatory Clasificador y el Índice Barthel. El 50% de los residentes presentan deterioro cognitivo moderado-grave medido mediante Global Deterioration Scale.

Esto les posiciona en una situación de difícil acceso al hospital, múltiples patologías, seguimiento por diferentes especialistas y complicaciones, que se traducen en visitas a urgencias. Además, acudir al hospital supone un trastorno para sus hábitos diarios, terapias específicas en el CR, etc.

Por estos motivos se decidió poner en marcha un programa que unificara los seguimientos, ofreciera una atención especializada y pudiera dirigir y optimizar las visitas hospitalarias.

Características de las intervenciones

Se han realizado 319 actuaciones en tres meses.

La demanda se origina en el 75% de los casos desde los CR. Los motivos son principalmente cambios clínicos en el paciente, siendo el 31,6% por COVID-19 y el 64,8% restante por otras patologías.

Solo el 7% de los pacientes precisaron atención hospitalaria tras la intervención de Geriátría. En el resto se realizaron intervenciones farmacológicas (30,9%) y/o no farmacológicas (43,8%) en el CR.

Aquellos pacientes valorados por Geriátría en urgencias y en los que se evitó ingreso hospitalario, el 85% evolucionaron favorablemente en el CR sin necesidad de nueva atención hospitalaria y en el 10% de los casos la derivación fue indicada por parte de Geriátría.

INNOVACIÓN. ¿Cuáles son las características más novedosas del proyecto o la experiencia que se presenta?

La pandemia ha obligado a poner en marcha distintos programas de actuación al paciente por COVID-19 dentro y fuera del ámbito hospitalario. Ese primer paso ha servido para evaluar la necesidad de instaurar un programa estructurado con recursos personales y materiales que dieran cobertura a largo plazo al anciano institucionalizado de nuestra área.

En nuestro caso, partiendo de la ausencia de comunicación asistencial con las residencias hasta la pandemia, teniendo en cuenta la elevada población institucionalizada y los escasos recursos profesionales disponibles, hemos apostado por la telemedicina. Un nuevo proyecto, con una herramienta innovadora, pero con mucho camino aún por recorrer para establecer unas bases para su uso dentro de la medicina.

Además creemos que la situación actual ha puesto de manifiesto la necesidad de intervenir en el paciente institucionalizado de un modo específico y en este sentido

creemos que estructurar un programa que se centra en coordinar actuaciones con residencias, prevenir complicaciones, adecuar derivaciones al hospital y utilizar circuitos que permitan una mejora de la atención al anciano, así como hacer partícipes a los profesionales de las residencias de la enfermedad, evolución y calidad de vida de los pacientes, contribuye a la innovación en la asistencia sanitaria.

CALIDAD. ¿Qué mejoras en calidad se han obtenido al desarrollar el proyecto o la experiencia?

Los nuevos programas siempre ofrecen nuevas alternativas para mejorar la atención y el seguimiento de los pacientes. En nuestro caso, hemos objetivado que, aunque el origen del programa fue atender los centros residenciales durante la pandemia COVID-19, la atención demandada por los centros viene derivada de otras patologías médicas y síndromes geriátricos.

La implantación de un programa de atención a residencias gestionado por Geriátrica de Enlace contribuye a la mejora de la calidad asistencial en los siguientes aspectos:

- Refuerza la coordinación asistencial entre HUIS y centros residenciales.
- Mejora la valoración geriátrica integral del anciano en residencias como herramienta en la toma de decisiones.
- Contribuye a reducir el número de ingresos, consultas presenciales y estancias hospitalarias.
- Favorece la adecuación de traslados desde la residencia al HUIS. Además, gracias a la posibilidad de un seguimiento especializado temprano, se favorece el alta hospitalaria, lo que puede evitar el deterioro funcional y el *delirium* que tan fácilmente se da en estos pacientes.
- Mejora la seguridad del paciente al conciliar fármacos, ya que dado que son pacientes polimedcados tienen alto riesgo de cometerse errores o duplicidades en la administración de la medicación, sobre todo después de un ingreso hospitalario en el que por lo general se realizan cambios en la medicación.

MEJORA DE LA GESTIÓN Y/O EVALUACIÓN EN SALUD. ¿Qué aportación realiza el proyecto o la experiencia para la mejora de la gestión y/o la evaluación de resultados en salud?

Esta forma de enlace con los centros residenciales viene de la mano de una formación básica en geriatría para los profesionales que se encuentran en los centros residenciales, así como un seguimiento estrecho de los síndromes geriátricos, que podría reflejarse en una disminución de las visitas a urgencias, o duplicidad de consultas por diferentes especialistas. Además, los pacientes que acuden al hospital lo hacen de una forma más dirigida, lo que podría implicar una mayor efectividad en las visitas realizadas. Esto supone una optimización de los recursos utilizados por

estos pacientes. Y la necesidad de establecer programas como este podría implicar que los hospitales debieran invertir en la mejora de dichos programas.

Por otro lado, el conocimiento sobre geriatría otorgado a los profesionales se refleja en una mayor implicación en la evolución y las intervenciones realizadas en el paciente. Este trabajo en equipo nos permite detectar más precozmente diferentes síndromes geriátricos, implicar a los sanitarios de CR en su evolución y una mejor atención a los PI.

Además, la coordinación con los profesionales de otros niveles asistenciales como son Atención Primaria, Salud Pública o incluso geriatras de otros hospitales le otorga al programa un punto de calidad característico que permite poner en común diferentes perspectivas en la atención del paciente, así como fomentar el trabajo en equipo con la finalidad de buscar la mejora en la atención al paciente institucionalizado.

APLICABILIDAD Y FACILIDAD DE EXTENSIÓN A OTRAS ORGANIZACIONES DEL SECTOR SALUD. ¿En qué medida es aplicable o extensible el proyecto o la experiencia a otros centros u organizaciones del sector salud?

La dificultad en la implantación de proyectos que cubran las necesidades de los CR está en la escasez de recursos hospitalarios, la responsabilidad de los propios CR de ofrecer una atención de calidad y de la elevada carga asistencial en los centros de AP. Con este proyecto se ha demostrado que hay una figura capaz de valorar al paciente de forma global y ser el enlace con el resto de los actores del sistema.

Este programa implica un cambio en la organización interna dirigiendo recursos humanos a la atención fuera del hospital, además de inversión en recursos profesionales, materiales e informáticos. Todos estos cambios pueden ser aplicados en la mayoría de los centros hospitalarios. Y sería primordial para así conseguir trabajar en una misma línea con los centros residenciales.

Nuestro objetivo es continuar desarrollándolo mediante telemedicina, realizando videollamadas programadas con los centros, así como visitas presenciales, que actualmente no es posible realizar dada la ratio geriatra/paciente.

