



COVID-19: una oportunidad para avanzar en la atención sociosanitaria. Experiencia del Hospital Universitario 12 de Octubre y su zona de referencia

Azcutia Gómez R.
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid



Rosario Azcutia Gómez.

Resumen

La **pandemia por Coronavirus puede y debe servir** como oportunidad **para repensar la atención sanitaria** en nuestras residencias de mayores.

El Hospital Universitario 12 de Octubre, como todos en la Comunidad de Madrid, tuvo en Geriátría un apoyo de incalculable valor en la gestión durante todas las olas de la pandemia.

Además, otros especialistas hospitalarios, unidades o servicios, como el de Urgencias, Farmacia y Continuidad Asistencial, consiguieron articular una respuesta organizativa coordinada para proveer de apoyo clínico y/o de recursos materiales a las residencias.

El desarrollo de un localizador informático en la historia clínica del hospital, así como alertas para la realización de pruebas diagnósticas al alta, han sido de capital importancia en la gestión optimizada durante el ingreso y para la mejor y más segura transición hacia sus RM.

La pandemia ha permitido el inicio del uso normalizado de la teleconsulta con agendas de telemedicina y teleenfermería, especialmente indicadas en estos pacientes.

La coordinación con otros niveles, como AP y Salud Pública, permitió además la intervención en el rápido diagnóstico, prevención de brotes, conocimiento del grado de inmunización y vacunación, dando entre todos una respuesta alineada y común en momentos de gran incertidumbre.

La comunicación fluida con las RM desde hace más de 15 años en la zona del Hospital Universitario 12 de Octubre, durante la pandemia y en el momento actual a través de teléfono, correo, reuniones virtuales, etc., creemos que ha sido uno de las

grandes inversiones intangibles que aportaron valor y que han permitido trabajar de manera confiada y efectiva en un entorno de gran dificultad.

En Madrid, disponemos de la Estrategia de Cronicidad como herramienta que nos permita repensar la mejor organización de la atención sanitaria a nuestros mayores.

Objetivos del proyecto o experiencia

Objetivo general

Coordinar y optimizar la atención integral a los residentes de los CSS de la zona de referencia del HU12O con los diferentes ámbitos y profesionales que los atienden, Hospital, Atención Primaria y Salud Pública, durante la pandemia y aplicar circuitos y lecciones aprendidas para rediseñar la atención sanitaria después del coronavirus.

Objetivos específicos:

- Estratificar la población de residentes del área y establecer sistemas de identificación intrahospitalarios para diseñar circuitos de atención específicos.
- Monitorizar resultados de salud de los residentes de nuestra zona.
- Consensuar con Atención Primaria un modelo de atención sanitaria alineado con el modelo de Cronicidad de la Comunidad de Madrid, utilizando el Proceso Asistencial Integrado del Paciente Crónico Complejo (PAI PCC).

Método

Geriatría y Continuidad Asistencial toda la pandemia, coordinación con Salud Pública y Atención Primaria y las Residencias con múltiples reuniones organizativas y de gestión de dudas

Geriatría

- Teléfono y correos abiertos 12x7: **apoyo a la gestión clínica.**
- **Monitorización situación CSS:** residentes, RRHH, material, aislamientos.
- Teléfono y correos abiertos: **apoyo a la gestión clínica.**
- **Monitorización situación CSS:** residentes, RRHH, material, aislamientos.
- Estudio SeroSOS (**vigilancia serológica**).
- **Telemedicina.**
- **Formación.**

Continuidad Asistencial

- Teléfono y correos abiertos 12x7: **apoyo a la gestión de RRHH, materiales, circuitos...**
- Teléfono y correos abiertos: **apoyo a la gestión.**

- **Monitorización situación CSS:** residentes, RRHH, material, aislamientos.
- Apoyo estudio **SeroSOS (vigilancia serológica).**
- **Vacunación.**
- **Teleenfermería.**
- **Formación.**
- **Mantenimiento cohorte.**

Servicio de Informática y Planificación

- **Identificación de la cohorte paciente institucionalizado HCIS.**
- **Monitorización resultados en salud.**
- **Recordatorio prescripción** realización PCR para optimizar el alta segura en la transición hacia las residencias evitando rebrotes.

Servicio de Farmacia

- Optimización circuitos **entrega de fármacos y productos sanitarios a CSS.**
- Optimización circuitos **entrega de fármacos y productos sanitarios a CSS.**

Urgencias

- Optimización de **atención rápida pacientes institucionalizados.**

Optimización circuitos entrega de fármacos y productos sanitarios a CSS

- Optimización de **atención rápida pacientes institucionalizados.**
- Optimización circuitos entrega de fármacos y productos sanitarios a CSS.

Resultados:

- **Intrahospitalarios:** **revisión de los circuitos previos de entregas de medicación**, incluyendo a los Servicios de Urgencias y de Farmacia, incorporando además otros productos sanitarios y de equipos de protección, y test diagnósticos si se precisaba. **Se atendieron telefónicamente** 12 horas x 7 días a la semana todas las necesidades de ayuda en el manejo de los pacientes, derivándose siempre que se precisaba, fundamentalmente desde Geriátrica y con el apoyo de Continuidad Asistencial.
- **Interniveles:** de especial trascendencia son la coordinación con **Salud Pública y Atención Primaria**, a través de las UAR, para la atención mediante **reuniones periódicas virtuales**; se realizaba revisión conjunta de los documentos institucionales para **alinear todas las respuestas** e intervenciones en un momento de especial incertidumbre.

Organizativos y asistenciales:

- **Notificador informático de paciente institucionalizado y cohortes de estos pacientes en la Historia Clínica del hospital**, lo que permite la gestión clínica orientada a los aproximadamente 1500 pacientes de mayo de 2020.
- Se realiza **monitorización de los riesgos desde mayo de 2020** de los pacientes que ingresan, independientemente del origen: **no se encuentran diferencias de riesgo**. Es decir, **los pacientes COVID que fueron atendidos en nuestro hospital, independientemente de su origen**, es decir, bien vinieran espontáneamente

desde su domicilio o derivados por su médico de familia, o lo hicieran desde sus residencias orientados por los geriatras de nuestro hospital, **tenían el igual riesgo de muerte ajustados por variables demográficas o por comorbilidades.**

A partir de la primera ola:

De coordinación:

- Se diseña un documento intrahospitalario de gestión de los pacientes de residencias.
- Se mantienen los teléfonos, correos y reuniones virtuales periódicas tanto con las residencias como con Salud Pública y AP.

Organizativos y asistenciales:

- Se inicia el uso de la **teleconsulta** de medicina y enfermería para el apoyo y resolución de dudas clínicas.
- Se realizan cientos de **intervenciones por parte de Geriatría** para la **resolución de dudas clínicas** y de manejo de diagnósticos **y aislamientos también en las residencias con visitas programadas.**
- Apoyo en el control de los brotes en RM.
- **Alerta en historia clínica para asegurar al alta la PCR** y evitar así nuevos brotes. Realización de estudio de **Seroprevalencia y apoyo en la vacunación.**
- **Plan de formación consensuado.**
- **Monitorización de resultados en Salud.**

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

Creemos que es un trabajo que aporta innovación no tanto por la originalidad de las medidas, sino por la ausencia de implementación real de modelos de atención coordinada a los mayores en nuestras residencias con integración de lo social y lo sanitario.

La innovación consistiría en conseguir coordinar de manera efectiva a ambos sectores, utilizando los recursos humanos y telemáticos disponibles (perfiles profesionales y telemedicina) y después de haber objetivado de manera dramática la necesidad de ello con la pandemia.

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

La calidad de nuestro trabajo viene avalada por la rigurosidad en la **estrategia de identificación de la cohorte en Historia Clínica Electrónica** en el momento más agudo de la pandemia con un mantenimiento exhaustivo con comunicación diaria con las residencias.

En esta cohorte además **se monitorizaron resultados de salud** con una herramienta, TriNetX de Real World Data internacional, basada en el estándar internacional i2b2, implantada en el HU12O en 2017 en el marco de proyectos europeos. Esta herramienta incorpora datos de los sistemas de Historia Clínica Electrónica y departamentales de registro en tiempo real y permite el análisis avanzado de resultados sobre cohortes de pacientes.

Así, la monitorización nos ha permitido evidenciar **que los pacientes COVID que fueron atendidos en nuestro hospital, independientemente de su origen**, es decir bien vinieran espontáneamente desde su domicilio o derivados por su médico de familia, o lo hicieran desde sus residencias orientados por los geriatras de nuestro hospital, **tenían el igual riesgo de muerte ajustados por variables demográficas o por comorbilidades, y tanto en la primera ola (primer corte a 18 de mayo de 2020) o a fecha 13 de mayo de 2021.**

Otro elemento de indudable calidad, por la satisfacción generada que se ha traducido en confianza, son **los más de 15 años** trabajados con reuniones, documentos, vías dinámicas de comunicación abiertas, etc., que sin duda han permitido trabajar en la **Coordinación, Comunicación y Continuidad Asistencial con las Residencias de Mayores de nuestra zona, Salud Pública y Atención Primaria.**

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

La mejora en la gestión puede ser muy relevante con pocos cambios organizativos.

Sí supone un importante esfuerzo de coordinación inter- e intraniveles dentro del sector sanitario y el sector social con rediseño de circuitos.

La base de la atención sanitaria en los pacientes institucionalizados debe ser, como en cualquier domicilio, la Atención Primaria (AP).

Lamentablemente en este momento la AP presta, en general, una atención basada en la prescripción y ocasionalmente la atención urgente por parte de enfermería y medicina, dejando la asistencia clínica en manos de los profesionales sanitarios de los CSS.

Siendo estos merecedores de todo el reconocimiento, los CSS no están dotados en número para asegurar la atención clínica en un contexto de concentración de mor-

bilidad por lo que la atención organizada a estos “domicilios” requiere un foco dirigido y orientado.

Proponemos, utilizando los recursos disponibles, concentrar la atención utilizando a los geriatras hospitalarios y a las enfermeras de continuidad como apoyo consultor especializado disponible que, junto con la telemedicina, optimice en calidad, seguridad y eficiencia la resolución y atención de los mayores de Residencias.

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

La mejora de la atención a los Centros SocioSanitarios (CSS) es una necesidad de primer orden no solo en nuestro país, como se ha demostrado lamentablemente en todo el mundo, tanto en cuanto a la magnitud de la población que atender como a los aspectos éticos de atención a nuestros mayores. Por lo tanto, hay amplio margen de aplicación.

Se propone un modelo de atención viable con base en la existencia de estrategias de cronicidad, roles y perfiles profesionales en todos los Servicios Sanitarios y herramientas informáticas básicas en la mayoría de los dispositivos sanitarios. Hay por lo tanto factibilidad para ellos.

Habiendo necesidad y factibilidad en un tema de tanto impacto, es imprescindible pasar a su aplicación.

Proyecto COVID-19. Experiencia Hospital Universitario 12 de Octubre