

## 1. Título

Programa "GERICOM (Geriatría en la Comunidad)" de intervención integral aguda domiciliaria, coordinado con la Atención Primaria, en el paciente crónico geriátrico: un proyecto inédito e innovador, durante y post-pandemia COVID.

## 2. Introducción y justificación

### 2.1. Justificación

- El programa GERICOM, creado y activado en el contexto de la pandemia COVID-19, está en funcionamiento en la actualidad en forma de proyecto/programa "piloto".
- El GERICOM está siendo la respuesta rápida, ágil y reactiva al cierre hospitalario en el centro por la COVID-19: trasladar el Hospital de Día Geriátrico al domicilio del paciente, con la colaboración y soporte de la Atención Primaria.
- Inédito, innovador y singular, el programa GERICOM continua en fase "piloto", con la perspectiva de que prosiga en el futuro como un proceso clínico, ambulatorio y domiciliario, estable y duradero.

### Relevancia de la temática elegida en el estudio.

#### Paciente crónico complejo.

- En 2050, en España, más del 41,9% de la población será mayor de 60 años, con el consumo de un 80% de los recursos sanitarios públicos. En particular, el **Paciente Crónico Complejo (PCC)**, representa alrededor del 4%-8% de la población española, con más de 1.000.000 de personas.
- El PCC comporta, en primer lugar, una elevada dificultad en la aplicación de planes individuales específicos; en segundo lugar, la fragilidad que comporta se debe a cinco características: pérdida de peso, disminución de la fuerza física, pérdida de energía, dificultad en la marcha y baja actividad física; y, en tercer lugar, la presencia de multimorbilidad que aumenta la complejidad de estos pacientes.
- Además, en el Plan Estratégico de la Comunidad Autónoma se destaca la oportunidad de integrar y transformar la atención en salud y, dentro de ella, la social y sanitaria, con la creación de redes territoriales integradas, refuerzo de la Atención Primaria, y redefinición de la atención sociosanitaria.

#### Impacto de la pandemia COVID-19.

- La pandemia del COVID-19 está representando, desde 2020, un reto sin precedentes. Con los hospitales "cerrados", las urgencias colapsadas, los hospitales sin poder atender a los pacientes con las patologías habituales, unas duras restricciones sanitarias para los familiares, una sobrecarga permanente de la atención primaria, y un desgaste físico y emocional de los profesionales, se están poniendo de relieve graves carencias del sistema.
- Hasta ahora, los PCC son atendidos en el hospital como si fueran pacientes agudos, tratando la descompensación de forma episódica y con escasa coordinación con los otros dispositivos que participan en su atención.
- Así, surgió la necesidad de implementar una atención integral ambulatoria domiciliaria (GERICOM), capaz de coordinar los distintos niveles asistenciales y especialistas implicados en la atención de estos PCC.

### Utilidad práctica de los resultados esperables.

- Atender a un número significativo de pacientes de PCC en su domicilio durante la pandemia COVID-19, que en otras circunstancias tendrían dificultad para acudir a las urgencias hospitalarias o no podrían ser asistidos en el Hospital de Día Geriátrico ambulatorio del centro.

### Contribución al conocimiento sobre la mejora de la calidad.

- La atención integral proporcionada por el programa GERICOM permite cumplir con la mayoría de las **dimensiones de la "Calidad Asistencial"** (ver figura).

### 2.2. Antecedentes

Durante los últimos 10 años, el abordaje del paciente crónico complejo de perfil geriátrico en la comarca, se ha fundamentado en la atención desde el Hospital de Día de Geriatría (1), dispositivo de atención hospitalaria que en nuestro centro resultó ser innovador y resolutivo, logrando disminuir descompensaciones, consultas a urgencias y hospitalizaciones, así como mejorar la calidad de vida autopercibida de los usuarios.



### Revisión bibliográfica con los antecedentes del proyecto, y recopilación de publicaciones clave para la contextualización del proyecto.

La atención al domicilio se realiza a través de diferentes ámbitos y propuestas:

- En la atención aguda, la “Hospitalización a domicilio”, sustituyendo el ingreso hospitalario por el domiciliario, con una atención similar (2-3). Se trata de una atención limitada en el tiempo, con estancias cortas, y con modelo de atención compartida con AP (4).
- En la atención intermedia o sociosanitaria, la atención del PADES (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte), equipos formados por expertos en cuidados paliativos (< 6 meses de vida) (5).
- En el soporte de unidades geriátricas hospitalarias a pacientes de residencias (6).
- Y, en la atención domiciliaria proporcionada por la Atención Primaria (7).

### **Relación entre las fuentes, comparativa y análisis crítico de la información recopilada sobre el tema.**

Si bien se han descrito algunas experiencias parecidas (8), no hemos encontrado antecedentes próximos sobre la atención domiciliaria geriátrica en pacientes crónicos complejos, liderada por equipos geriátricos.

Es importante diferenciar el tipo de atención domiciliaria realizada en PCC para el cual, un dispositivo como el GERICOM, sería inédito y singular, muy apropiado en época pandémica, y con altas posibilidades de prolongarse en el tiempo.

### **3. Ámbito y trabajo en equipo**

**El GERICOM, como programa “piloto” incluido en el proceso del PCC del Hospital de Día Geriátrico, es un proceso clave de la atención intermedia o sociosanitaria.**

#### **Ámbito de la “Atención Sociosanitaria” o “Atención Intermedia”.**

Es en este ámbito el punto de atención de los pacientes PCC geriátrico en el programa GERICOM.

#### **Trabajo en equipo. *El equipo está integrado por distintos profesionales:***

- Un geriatra, y una enfermera especialista en geriatría.
- Un soporte de una auxiliar, una administrativa, una jefa de área, y un jefe de servicio de geriatría.
- Interrelación con la red de enfermeras gestoras, y médicos de atención primaria.

### **4. Objetivos**

#### **4.1. Objetivo general**

**El programa “piloto” GERICOM, acrónimo de Geriatría en la Comunidad, tiene como objetivo general realizar una atención integral domiciliaria del paciente crónico complejo de geriatría, en coordinación con la Atención Primaria, desde el proceso de Hospital de Día Geriátrico ambulatorio del hospital.**

- El GERICOM está transformando el modelo clásico del Hospital de Día Geriátrico ambulatorio hospitalario, hacia un nuevo modelo inédito e innovador para obtener resultados similares o superiores por lo que respecta a: a) atención en el domicilio; intervención más rápida; y activación desde la red de enfermeras gestoras y médicos de atención primaria.

#### **4.2. Objetivos específicos**

1. Crear e implementar un proyecto inédito e innovador, para dar respuesta a los pacientes crónicos complejos durante la pandemia COVID-19.
2. Alcanzar unos resultados de salud óptimos y eficientes (indicadores cuantitativos y cualitativos).
3. Dar soporte a la Atención Primaria.
4. Alcanzar la satisfacción de usuarios y las familias con la asistencia dada, y de los profesionales que los atienden.

### **5. Metodología**

- El centro sanitario tiene una influencia sobre 300.000 habitantes agrupados en más de 35 municipios, y está considerado el hospital general de referencia comarcal.
- El centro se organiza a partir de un Plan Estratégico quinquenal, que se despliega a través de Programas Estratégicos Funcionales. Desde el equipo del Servicio de Geriatría, y concretamente en el Hospital de Día Geriátrico del ámbito sociosanitario, nació el programa GERICOM, gestionado desde un sistema de gestión de la Calidad Total.

#### **5.1. Definición del tipo de estudio.**

Se ha realizado un estudio retrospectivo de intervención, durante la pandemia COVID-19, con la implementación del programa en pacientes crónicos complejos de geriatría.

#### **5.2. Definición de la población diana.**

**Pacientes crónicos complejos.** Son aquellos pacientes que cumplen con 3 criterios claves en lo referente al propio paciente, a los profesionales, y al ámbito social. Estos criterios son los siguientes:

- Criterios del paciente: edad extrema, multimorbilidad, patología crónica grave, y polimedicación.
- Criterios de los profesionales: manejo multidisciplinar, acceso a diferentes dispositivos y recursos.
- Criterios del ámbito social: situaciones psicosociales adversas.

- 5.3. **Definición de variables clave o criterios de evaluación que miden con precisión el impacto de los cambios en la calidad.**
- Número de pacientes totales (PCC) atendidos durante la pandemia COVID-19 en su domicilio: 1ª y 2ª visitas, controles telefónicos, procedencia de Atención Primaria, patologías, y fragilidad.
  - Asistencia realizada: tratamientos administrados y pruebas realizadas.
  - Número de ingresos hospitalarios.
  - Satisfacción de los pacientes tratados al final del período de tratamiento.

5.4. **Descripción de la implementación de los cambios o intervención**

- Actividad asistencial geriátrica al domicilio (abordaje inédito):**
  - Realización de valoraciones, seguimientos clínicos, abordajes diagnóstico-terapéuticos y coordinación de ingresos programados o intervenciones puntuales en el hospital de día.
- Creación de equipos de “ENLACE PRIMARIA-HOSPITAL” (anexo 1).** Para establecer un abordaje integral ambulatorio-hospitalario del PCC de perfil geriátrico, y que permiten la comunicación proactiva precoz de casos, la realización/coordinación de intervenciones terapéuticas complejas a nivel domiciliario y la gestión clínica en los distintos niveles asistenciales (tanto de primaria como hospitalaria).
- Creación de un modelo híbrido para la atención del PCC geriátrico:**
  - Ambulatorio – domiciliario con el Programa GERICOM, y ambulatorio – hospitalario en régimen de Hospital de Día, ambos complementarios.

4. **Organigrama, mapa de procesos y cartera de servicios.**

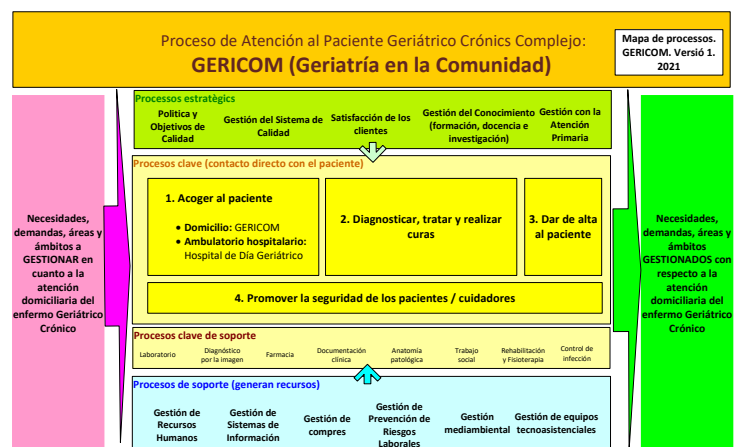
**Mapa de procesos:** ver la

*Figura.*

**Organigrama (anexo 2)**

**Cartera de servicios.** Atención a todos los pacientes PCC. Las enfermedades más prevalentes son:

- Insuficiencia cardíaca descompensada.
- Dolor mal controlado.
- Trastornos de la conducta.
- Anemia.
- Infección (respiratoria, urinaria...).



5. **Funcionamiento general.**

- Criterios de atención:**
  - Si el enfermo no puede asistir al centro, se aplica el programa GERICOM.
- Las solicitudes llegan a través de:**
  - Primaria: contacto telefónico diario con la red de enfermeras gestoras.
  - Hospitalización: contacto directo entre los profesionales del ámbito hospitalario.
- Entrevista de acogida:**
  - Para dar a conocer el recurso y su funcionamiento, informar de los horarios y la duración de la intervención terapéutica y recoger la información clínica relevante.
- Gestión del tiempo:** los profesionales del equipo inician su jornada laboral a las 8h y la finalizan a las 16.3h.
  - De 8h a 9h: reunión con geriatría para comentar la gestión de los casos, y contacto con Atención Primaria (urgencias y propuesta de ruta a realizar).
  - De 9h a 14,30h: visitas domiciliarias programadas, las urgentes, y las llamadas.
  - De 14,30h jornada hasta finalizar la jornada: cursos clínicos y dudas telefónicas, solicitud de pruebas, evaluación de resultados, información telefónica a los pacientes, y contacto con especialistas.
  - Atención fuera del horario durante la semana/fines de semana: los pacientes esperan a las 8h de la mañana para telefonar al equipo GERICOM. En caso de urgencia, llaman al 061.

5.5. **Fuentes de información, instrumentos, recogida de datos y cronograma**

- Fuentes de información:** programa HIS del centro.
- Instrumentos:**
  - Gestión por Procesos: mapa de procesos, ficha de procesos, programa estratégico funcional, objetivos, indicadores, acciones de mejora, DAFO, y memoria anual.
  - Evidencia científica: guías asistenciales basadas en la evidencia.
  - Cuadro de mando integral de indicadores. Mensualmente, se elabora una tabla de indicadores (ver resultados):

- Cuantitativos: nº de pacientes atendidos (1ª y 2ª visitas), procedencia, patologías, escala de fragilidad, pruebas realizadas y tratamientos administrados.
- Cualitativos: nº de ingresos hospitalarios, y satisfacción de los pacientes tratados al final del período de tratamiento.
- **Auditoria anual** (comité de cierre): se realiza en formato jornada anual y abierta a todos los profesionales. En esta jornada se da a conocer el trabajo realizado que llevan a cabo los diferentes equipos de proceso del centro (geriatría, cardiología, cirugía...), presentando la actividad realizada durante el año: logro de los objetivos planificados (%), DAFO, y propuesta objetivos para el próximo año.
- **Recogida de datos**
  - Programa HIS del centro (base de datos).
  - Datos mensuales.
- **Cronograma**
  - Fecha de inicio de la creación del programa: noviembre 2020
  - Fecha de inicio del programa: enero 2021
  - Fecha de recogida de los datos presentados: diciembre 2021

## 6. Resultados

### A partir de los objetivos planteados.

#### 6.1. Crear e implementar del programa GERICOM.

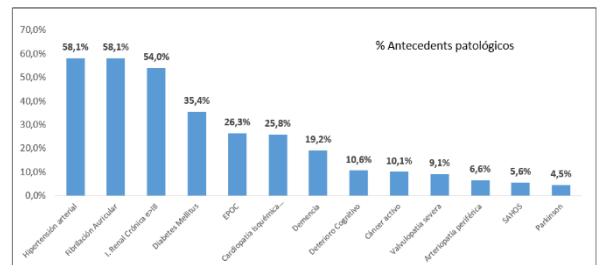
En esta memoria se detalla el proceso de creación e implementación del programa.

- Creación de equipos de “ENLACE PRIMARIA-HOSPITAL”.
- Creación de un modelo híbrido para la atención del PCC geriátrico.
- Elaboración del mapa de procesos y de la cartera de servicios.
- Desarrollo del funcionamiento general.
  - *Criterios de atención.*
  - *Llegada de las solicitudes.*
  - *Entrevista de acogida.*
  - *Gestión del tiempo asistencial y actividades.*

#### 6.2. Alcanzar unos resultados de salud óptimos y eficientes (indicadores cuantitativos y cualitativos).

##### ▪ **Pacientes atendidos:**

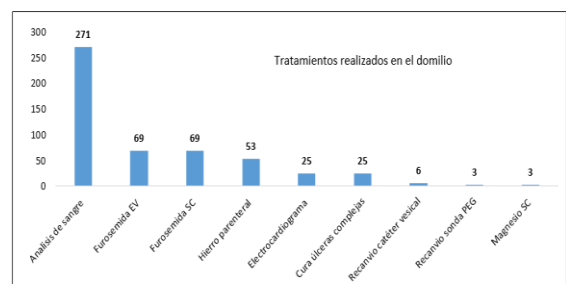
- Se han atendido 198 pacientes. Edad media  $87,51 \pm 5,17$  años. Escala de Fragilidad:  $6,22 \pm 1,25$ .
- Antecedentes patológicos: ver figura.
- Coordinación con las gestoras de Primaria →  $6 \pm 2$  día.
- Visitas conjuntas con Primaria →  $5 \pm 2$  semana.
- Consultas telefónicas (pacientes/familiares) →  $7 \pm 2$  por día.
- Coordinación presencial con los médicos de Primaria →  $3 \pm 1$  mensual.
- Pruebas y tratamientos realizados (ver figura)
- Visitas realizadas.
  - 765 visitas presenciales (por paciente  $3,72 \pm 2,35$ ).
  - 830 visitas telefónicas.



##### ▪ **Eventos adversos → 0.**

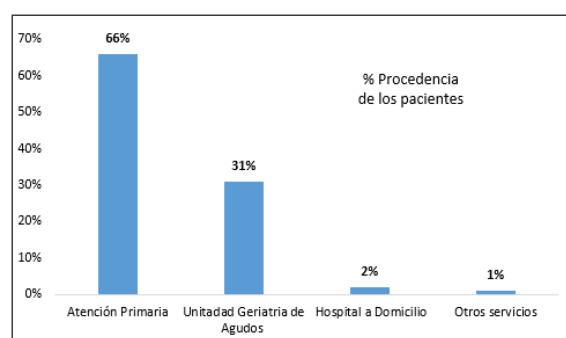
##### ▪ **Hospitalización de pacientes durante el seguimiento → 43 (22%) pacientes.**

- Limitado por la distancia → 6 (13,95).
- Fuera horario GERICOM → 26 (60,5%).
- Programados → 11 (25,65%).

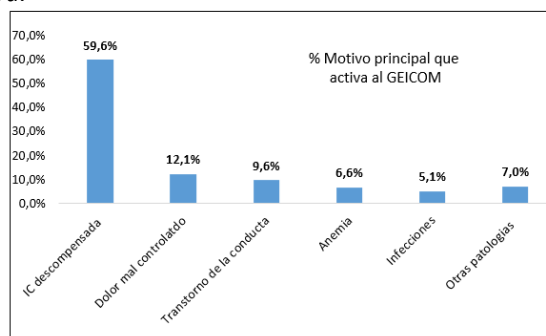


#### 6.3. Dar soporte a la Atención Primaria.

- **Equipos de enlace:** presentes en 9 CAP.
- **Procedencia de las visitas realizadas.** Ver figura.



- **Motivo principal que activa al GERICOM.** Ver figura.
- **Intervenciones realizadas en el domicilio por el GERICOM.** Ver figura.
- **Satisfacción de los pacientes atendidos con el programa GERICOM:**
  - Muy buena, o buena: 95%;
  - Indiferente: 5%
- **Satisfacción de los profesionales que tienen contacto con el GERICOM:**
  - Muy buena, o buena: 93%;
  - Indiferente: 7%



## 7. Discusión y conclusiones

### Discusión

#### 7.1. Interpretación de los resultados y comparación con otros proyectos

- Se ha creado el equipo de “ENLACE PRIMARIA-HOSPITAL”.
- Se ha implementado toda la documentación estratégica del programa: mapa de procesos, la cartera de servicios, la organización funcional y el cuadro de mando de indicadores.
- El número de pacientes atendidos ha sido considerable en los meses de funcionamiento hasta la actualidad, con un grado de fragilidad de los pacientes de moderada a grave, realizando un promedio de 4 visitas presenciales al día al domicilio.
- Se han atendido las descompensaciones de los pacientes y realizado las pruebas diagnósticas necesarias.
- La coordinación con Atención Primaria ha sido satisfactoria con sus gestoras realizando visitas conjuntas semanales; y una comunicación permanente con los pacientes y familias vía telefónica y presencial.
- Mayoritariamente, la procedencia de los pacientes ha sido a través de Atención Primaria con un 66%, cumpliendo con uno de los objetivos principales del programa.
- El seguimiento de los pacientes obligó a un 22% de hospitalizaciones, dato que no se puede comparar por falta de bibliografía sobre este tipo de dispositivos.
- Se destaca la alta satisfacción de pacientes y profesionales.
- Debido a la ausencia de programas similares en nuestro entorno, no se ha podido comparar el proyecto aquí presentado con otros publicados.

#### 7.2. Descripción de las limitaciones del proyecto

- Característica retrospectiva del estudio.

#### 7.3. Estudio sobre la continuidad del proyecto

- Se prevé la continuidad del programa GERICOM por diferentes razones que benefician al paciente, al profesional de Atención Primaria y al sistema sanitario. Se destaca, entre otros:
  - Una comunicación y relación rápida con el profesional: dudas y preguntas.
  - La accesibilidad del paciente a la asistencia, al no tener que desplazarse al hospital.
  - Una asistencia óptima al Paciente Crónico Complejo.
  - El soporte experto de geriatría a la Atención Primaria.

#### 7.4. Plan de difusión del proyecto

- El proyecto se ha comunicado al Área de Salud del Gobierno de la Comunidad Autónoma, y a los órganos sanitarios de los municipios de la comarca, siendo potenciado, promovido y aplaudido por sus representantes.

### Conclusiones

- La pandemia COVID-19 está motivando cambios importantes en la asistencia y en la gestión sanitarias, innovando y creando nuevos procesos y dispositivos.
- El programa GERICOM, inédito e innovador fruto de la era pandémica actual, da respuesta a la atención de los pacientes graves complejos, mediante una asistencia domiciliaria rápida, experticia geriátrica, y en red con la Atención Primaria.
- Mantener y proseguir con el proyecto GERICOM es clave para acceder al paciente en su entorno, mantener la continuidad de la atención, aumentar la eficiencia y la seguridad clínicas, y alcanzar la máxima satisfacción de estos pacientes, dimensiones fundamentales de la calidad asistencial.