

UAPI EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO DE MAJADAHONDA ¹

“Las personas cambian cuando se dan cuenta del potencial que tienen para cambiar las cosas”.

Paulo Coelho²

La Dra. Rosa Capilla reflexionaba sobre cómo dar un nuevo impulso a su gran proyecto personal: la Unidad Asistencial para los Pacientes Institucionalizados (UAPI) del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda.

La unidad había conseguido cambiar con éxito los circuitos asistenciales de los pacientes institucionalizados³, aligerando la carga del resto del servicio de urgencias y las interferencias con los pacientes no ancianos. La dirección del hospital estaba muy satisfecha con el desempeño de la unidad, especialmente por los ahorros que había generado al disminuir el porcentaje de ingresos hospitalarios y por mejorar la atención prestada a los pacientes. Pese a ello, el entorno general de restricciones presupuestarias hacía que fuese reticente a asignar recursos adicionales al proyecto.

Tras dos años de funcionamiento, la unidad había demostrado su eficacia y se planteaban nuevos retos. ¿Era el momento de proyectar la unidad fuera del hospital para integrar a las residencias? ¿Sería posible implantar un sistema de telemedicina sustentado en las nuevas tecnologías?

¹ Caso de la División de Investigación de San Telmo Business School, España. Preparado por el profesor Enrique Garrido Martínez, de San Telmo Business School, para su uso en clase, y no como ilustración de la gestión, adecuada o inadecuada, de una situación determinada.

Copyright © agosto 2019, San Telmo Business School. España.

No está permitida la reproducción, total o parcial, de este documento, ni su archivo y/o transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro o por otros procedimientos, sin la autorización expresa y escrita de San Telmo Business School. Para pedir copias del mismo o pedir permiso para usar este caso, por favor póngase en contacto con el departamento de Edición de Casos, a través del teléfono en el +34 954975004 o por correo electrónico a la dirección casos@santelmo.org.

² Paulo Coelho es uno de los escritores y novelistas más leídos del mundo.

³ Aquellos que viven en residencias.

EL HOSPITAL

El Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (HUPHM) era un centro de titularidad pública administrado por el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Estaba situado en el municipio de Majadahonda, en Madrid, y era el hospital de referencia de atención especializada del Área 6 (Noroeste) de Salud de la Comunidad de Madrid. Más detalles sobre la historia, ubicación, instalaciones y dotaciones del hospital pueden encontrarse en el Anexo 1.

LA LLEGADA DE LA DOCTORA CAPILLA

La Dra. Capilla se incorporó al HUPHM en noviembre de 2015 como jefa del Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH). Para acceder al puesto tuvo que superar el proceso selectivo y defender un proyecto organizativo. En su proyecto se contemplaba el acercamiento asistencial a colectivos vulnerables, con atención especial a los ancianos; específicamente al “institucionalizado”.

El primer paso de la doctora fue recopilar algunos datos para hacerse una idea de la situación del servicio⁴:

- En total, el SUH atendía unas 155.000 urgencias anuales, con un 35% de pacientes mayores de 65 años.
- La media de pacientes pendientes de ingreso a las 8 de la mañana era de 23 enfermos, con un máximo de 41 y un mínimo de 7. Las cifras más elevadas se obtenían los lunes y días posteriores a festivos.
- El servicio estaba estructurado por **niveles de prioridad asistencial**. La media de pacientes que se encontraban a la misma hora en cada nivel era la siguiente:
 - Nivel 1 (alta prioridad, con 28 camas): 18 pacientes.
Se trataba de una sala equipada con equipos para monitorizar enfermos. Solía estar ocupada por aquellos cuyo estado de salud era más delicado.
 - Nivel 2 (prioridad media, con 18 camas): 16 pacientes.
Este nivel se encontraba habitualmente saturado y con pacientes mal ubicados⁵. Allí se mezclaban enfermos jóvenes (con patologías oncológicas, inmunodeprimidos y trasplantados), con ancianos (con deterioro cognitivo, alta dependencia funcional y estancias muy prolongadas en el servicio de urgencias).
 - Nivel 3 (consultas para patologías ambulatorias) no disponía de camas.
Se trataba de una zona en la que los pacientes pasaban consulta para dolencias que no requerían intervención urgente.

⁴ Se recopilaron datos existentes y se tomó una muestra de tiempos en noviembre y diciembre.

⁵ No era infrecuente ver a los pacientes “aparcados” en sus camillas de ingreso sin pasar a cama o a sillón, pendientes de ser evaluados.

- Sala de observación (con 34 camas): 25 pacientes.

Era una sala de pre ingreso y valoración de pacientes. La mayoría estaban esperando cama de hospitalización en planta.

Rosa pensaba que la sala de observación no cumplía adecuadamente con su función debido a que era atendida por un adjunto de urgencias solo en horario de mañana (ni tardes ni fines de semana). Las eventualidades fuera del turno de mañana eran resueltas por el equipo de adjuntos de guardia, que tenían su labor asistencial en otros niveles. Además, el adjunto de urgencias en la sala de observación por la mañana se encargaba de múltiples labores⁶.

Especial incidencia en los ancianos

La mitad de los 280 pacientes diarios que el Servicio de Urgencias Generales de Adultos⁷ atendía de promedio eran mayores de 65 años. De estos, el 40% vivía en CSS⁸. El 25% de los mayores que vivían en residencias eran trasladados al menos una vez al año a un SUH. En el Anexo 2 puede encontrarse más información sobre el contexto residencial y la pirámide de población de la zona de influencia del hospital.

Muchos de los pacientes mayores tenían un alto grado de dependencia y demencia, así como alta frecuentación⁹ por ser una población extremadamente frágil y vulnerable. El 65% este tipo de pacientes eran ingresados en el hospital.

Alrededor del 10% de los pacientes provenientes de los CSS ingresaban en urgencias sin informe y volvían al centro sin un plan de cuidados¹⁰. Esto preocupó enormemente a la Dra. Capilla que también observó la ausencia de planes de conciliación¹¹ y de registros de actividad¹². También percibió que no se trabajaba en equipo (no existían, por ejemplo, protocolos consensuados). También le llamó la atención que la tasa de traslados al hospital de apoyo en una unidad de geriatría de agudos era solo del 1,8¹³%.

⁶ Gestión de los traslados a los hospitales de apoyo; atención a llamadas telefónicas de coordinación del programa de tratamiento intravenoso en residencias; atención de interconsultas de pacientes geriátricos dentro de otros niveles asistenciales de la urgencia; resolución de dudas de enfermería de pacientes en observación y atención de los enfermos pendientes de evolución o ingreso que requiriesen atención médica puntual.

⁷ En estos datos no se incluyen las urgencias de ginecología ni las de pediatría, que se atendían en otras unidades.

⁸ Centros Socio Sanitarios. En el lenguaje común, residencias de ancianos.

⁹ Que acudían al SUH con alta frecuencia.

¹⁰ Se refiere a las recomendaciones de enfermería cuando se van de alta a sus residencias o domicilios.

¹¹ Se refiere a la revisión de la medicación, tras el paso por el SUH.

¹² Se refiere al histórico de los contactos con las residencias. En ese momento solo se registraban en una libreta las consultas de las residencias que se hacían los días laborables en turno de mañana.

¹³ El hospital de apoyo de referencia era el Hospital Central de la Cruz Roja y Santa Adela, que contaba con una unidad de geriatría muy reconocida a la que se derivaban los pacientes de menor complejidad.