



Gerencia Asistencial
de Hospitales
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**INFORMACION HOSPITAL DE EMERGENCIAS
ENFERMERA ISABEL ZENDAL**

INFORMACIÓN DIRIGIDA A GERENTES DE HOSPITALES EN RELACIÓN A LA INMINENTE APERTURA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS ENFERMERA ISABEL ZENDAL

Como ya sabéis, ayer martes día 1, se inauguró el edificio del Hospital de Emergencias Enfermera Isabel Zendal. Ante la inminente apertura hay toda una serie de información que no os está llegando por las vías adecuadas, tal como se ha comentado en la reunión de hoy de consejería. A modo de resumen os informo de los puntos siguientes:

SOBRE LOS PACIENTES

1. Fecha estimada de llegada del primer paciente.

Si no hay inconveniente de carácter técnico-normativo de última hora, la llegada del primer paciente se producirá el próximo jueves día 10 de diciembre.

2. Origen de los pacientes.

Preferentemente los pacientes deben ser derivados de los SUH, pacientes con criterio estricto de ingreso y diagnóstico de certeza de COVID-19.

No obstante, se puede ofrecer el ingreso a pacientes de hospitalización, siempre de acuerdo con el paciente y los familiares.

3. Criterios clínicos de selección de pacientes.

A la espera de concretar con mayor detalle los criterios de los pacientes que pueden ingresar en el HEEIZ, os pongo en el anexo 1 de este documento los criterios propuestos por el asesor médico del plan funcional Dr. Juan González del Castillo.



Gerencia Asistencial
de Hospitales
CONSEJERÍA DE SANIDAD

INFORMACION HOSPITAL DE EMERGENCIAS
ENFERMERA ISABEL ZENDAL

4. Información.

Recibiréis un documento informativo para que facilitéis a los pacientes y familiares y/o allegados que vayan a ser derivados al HEEIZ. Debería de estar disponibles en papel en los puntos que consideréis imprescindibles, especialmente en los SUH.

SOBRE LOS PROFESIONALES

1. Incorporación de los voluntarios.

Esta incorporación es inminente y, como muy tarde, se incorporarían 48 horas antes de la llegada prevista del primer paciente para proceder al plan de acogida y formación.

2. Plan de acogida y formación.

A todos los profesionales se les realizará una acogida y formación singularizada según se precise en sistemas u otros. Se os hará llegar en cuanto esté detallado.

3. Incorporación de los no voluntarios.

Los profesionales no voluntarios se incorporarán, progresivamente, en función de la demanda. Con los voluntarios podemos abrir un módulo de 48 camas. La previsión es ir abriendo los siguientes módulos en las siguientes semanas, pero no podemos a priori asegurarnos si se abrirá un módulo por semana o en plazos más cortos. En cualquier caso, se os enviará un documento con el orden de incorporación estimada y fecha aproximada para que se puede organizar el periodo vacacional en previsión de las posibles incorporaciones.



Gerencia Asistencial
de Hospitales
CONSEJERÍA DE SANIDAD

INFORMACION HOSPITAL DE EMERGENCIAS
ENFERMERA ISABEL ZENDAL

4. Comunicación de la incorporación.

La comunicación de la incorporación se hará por mail de forma simultánea a gerencias, direcciones médicas y de enfermería y dirección de RRHH. Veinticuatro horas después contactaremos directamente con el profesional. En caso de que no pudiéramos respetar ese plazo, se llamará antes a gerencia y/o RRHH del centro, para asegurar que os enteráis antes que el propio profesional.

EQUIPO DE GESTIÓN

El equipo de gestión del HEEZ es funcional, pero estaría conformado por:

Fernando Prados: coordinador general, funciones gerenciales.

Javier Marco: coordinador médico, funciones de dirección médica.

Verónica Real: coordinadora de enfermería, funciones de dirección de enfermería.

Coordinador de gestión: pendiente.

Coordinadora de RRHH: Marisol Neria.

Coordinador de UCI: pendiente de solventar problema administrativo de contratación (os lo podré confirmar en breve)

Coordinador de semicríticos: definido pero pendiente igualmente de concretar su adscripción. En cuanto esté resuelto os informo.

CANALES DE INFORMACIÓN

1. Con los jefes de Urgencias.

Para asegurar que la información que reciben los jefes de urgencias es homogénea y para que puedan resolver sus dudas, se ha programado una reunión con gerencia Asistencial de Hospitales y coordinación médica del HEEIZ, con todos los jefes de Urgencias de todos los hospitales del SERMAS, el próximo jueves a las 20 h. El contenido de la reunión será meramente informativo, para transmitir el mensaje sobre la tipología de paciente a trasladar y el contenido de la comunicación con pacientes y familiares.

2. Con integrantes de UCI y semicríticos.

El referente para UCI es el Dr. Miguel Sánchez, coordinador del corredor de UCI, aunque habrá otro coordinador, por nombrar tanto en la misma UCI como en la USC. En cuanto esté definido su rol os informamos.

CIRCUITO DE DERIVACIÓN

Para la derivación al HEEIZ, una vez que el equipo asistencial responsable ha valorado al paciente y ha indicado su ingreso en el hospital, se utilizará el aplicativo específico de traslado interhospitalario del SUMMA 112. Este aplicativo es de muy fácil uso y se hará formación online a todos los responsables de admisiones de los centros hospitalarios que por alguna razón lo desconozcan. Este aplicativo es de acceso online y ya se usó en la primera ola para coordinar los traslados. En condiciones de bajo número de traslados no ofrece grandes ventajas frente a una solicitud de traslado convencional, pero si volvemos a tener una necesidad de traslados masivos permite drenar proporcionadamente hospitales que solicitan traslado simultáneamente, por lo que arrancaremos con él para asegurar que, en caso de que más adelante hubiera que priorizar por centros, pudiéramos hacerlo.




Gerencia Asistencial
de Hospitales
CONSEJERÍA DE SANIDAD

INFORMACION HOSPITAL DE EMERGENCIAS
ENFERMERA ISABEL ZENDAL

El aplicativo permite:

1. Generar un listado de pacientes pendiente de trasladar que se centraliza en el HEEIZ, indicando la procedencia de la solicitud.
2. Autorizar el orden de traslados desde el propio HEEIZ.
3. Completar en un breve formulario las condiciones del traslado (requerimientos del paciente en relación al transporte sanitario).
4. Activar el traslado.

La formación sobre el uso de este aplicativo, se realizará online y no representará más de una hora. Podéis ir elaborando un listado de las personas a formar (administrativos sanitarios de admisiones de los SUH, jefes de admisiones, etc.).

 <p>Comunidad de Madrid</p>	<p>Gerencia Asistencial de Hospitales CONSEJERÍA DE SANIDAD</p>	<p>INFORMACION HOSPITAL DE EMERGENCIAS ENFERMERA ISABEL ZENDAL</p>
--	---	--

ANEXO 1. CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL HEEIZ

Uno de los objetivos irrenunciables durante la atención médica inicial es evitar los ingresos innecesarios y mejorar la seguridad al alta, especialmente desde los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). En este sentido, la valoración de la gravedad del paciente y la predicción de su evolución a corto y medio plazo ayuda a estimar aspectos como la necesidad de ingreso, el nivel de cuidados que pueda precisar el paciente durante su estancia hospitalaria, la duración de ésta e identificar a los pacientes que pudieran necesitar de un ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante el proceso asistencial. Todo ello, debe considerarse para la toma de decisión final teniendo en cuenta los recursos asistenciales disponibles en la Comunidad de Madrid.

El desequilibrio entre la demanda y los recursos aportados por el hospital ocasiona la permanencia excesiva en el SUH de los pacientes con orden de ingreso de hospitalización, siendo ésta una de las principales causas evitables de saturación de los hospitales, situación extendida en un gran número de países que se asocia a una merma en la calidad asistencial. La permanencia de los pacientes en urgencias pendientes de ingreso se correlaciona, según diversos estudios, con el manejo inadecuado del dolor, el retraso en el tiempo de administración del tratamiento, el elevado riesgo de infección por medidas deficientes de aislamiento, el incremento de los eventos adversos, el burn out de los profesionales, así como una mayor mortalidad a corto plazo. Por este motivo, se debe fomentar la transferencia del paciente a la ubicación de la cama de hospitalización lo antes posible.



Gerencia Asistencial
de Hospitales
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**INFORMACION HOSPITAL DE EMERGENCIAS
ENFERMERA ISABEL ZENDAL**

En este contexto, buscando la optimización de los recursos y la mejora del manejo de la patología médica aguda -la mayor parte de los ingresos de los que hablamos son por patología médica- según el perfil del paciente, desde hace años se han puesto en marcha modelos de atención alternativas a la hospitalización convencional, tales como las Unidades de Corta Estancia, la Hospitalización Domiciliaria, la atención en el Hospital de Día o el traslado a centros más adecuados a las necesidades de los pacientes en función de su patología, perfil y previsión de necesidades durante el ingreso hospitalario.

La infección por SARS-CoV-2 afecta principalmente al sistema respiratorio, provocando desde síntomas leves hasta una neumonía grave que requiere soporte ventilatorio. La neumonía es el principal motivo de ingreso en los pacientes con COVID-19, llegando a suponer más del 90% de los pacientes hospitalizados en algunas series (10).

En la neumonía bacteriana se utilizan diferentes escalas de riesgo, como el CURB-65, CRB-65 y Pneumonia Severity Index (PSI). Estas escalas evalúan el riesgo de mortalidad a 30 días con variables disponibles durante la atención inicial de los pacientes en un SU hospitalario y ayudan en la toma de decisiones. Sin embargo, se han observado diferencias entre la neumonía comunitaria y la neumonía por SARS-CoV-2, que pueden implicar una evolución diferente. De hecho, se ha documentado que la mortalidad de la neumonía por COVID-19 es del 15% y podría ser hasta un 50% más alta que en la neumonía adquirida en la comunidad.

Teniendo en cuenta estos aspectos y con el fin de evitar los ingresos innecesarios y adecuar el nivel asistencial en que los pacientes con COVID deben ser atendidos, diferentes estudios observacionales y retrospectivos mostraron algunas variables relacionadas con una mala evolución clínica: la edad, la presencia de comorbilidades, la elevación de parámetros inflamatorios o del dímero D, la linfopenia o la presencia de insuficiencia respiratoria aguda, entre otros. Recientemente se han publicado algunos modelos de predicción basados en análisis de regresión logística para identificar a los pacientes de alto riesgo de mala evolución clínica. El juicio clínico considerado de forma aislada resulta impreciso e insuficiente. Las guías clínicas son herramientas de ayuda que mejoran la toma de decisiones.

Considerando lo previamente expuesto, y de cara a adaptar los recursos a las necesidades del paciente, se propone la siguiente sistemática para la estratificación del riesgo y la selección de pacientes SARS-CoV-2 susceptibles de ser trasladados al HEEIZ. Los niveles de gravedad que determinan las necesidades de cuidados son los siguientes:

Nivel 1.- Pacientes con criterios de valoración inmediata por la UCI

- Saturación de O₂ ≤ 94% con mascarilla-reservorio.
- Frecuencia respiratoria > 30 rpm.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Alteración del nivel de conciencia sin otra explicación.
- Buena situación basal.

Nivel 2.- Paciente candidato a ingresar en la UCI, si presenta mala evolución, que en el momento de la valoración tiene altos requerimientos de oxigenoterapia, así como factores analíticos y radiográficos de mal pronóstico. Requiere una monitorización estrecha y una posible intensificación del tratamiento.



**Comunidad
de Madrid**

Gerencia Asistencial
de Hospitales
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**INFORMACION HOSPITAL DE EMERGENCIAS
ENFERMERA ISABEL ZENDAL**

Nivel 3.- Paciente, NO candidato a ingresar en UCI, que presenta altos requerimiento de oxigenoterapia, así como factores analíticos y radiográficos de mal pronóstico. En caso de complicaciones o de mala evolución, sería candidato a desintensificación terapéutica garantizando la atención paliativa (control sintomático y emocional de la persona y de su entorno).

Nivel 4. Paciente que presenta bajo riesgo para ingreso en la UCI por estabilidad clínica. Se distinguen los pacientes con buena situación basal (4A) de los que tienen una enfermedad terminal de órgano y una expectativa de vida inferior a un año (4B).

Nivel 5. Pacientes sin criterios de ingreso hospitalario.

Los pacientes candidatos a traslado al HEEIZ son los de los niveles 3 y 4. Excepcionalmente pacientes de nivel 5 si, a pesar de no tener criterios estrictos de ingreso por COVID-19, el criterio de alta a domicilio no es suficientemente seguro a criterio del médico responsable de su atención.