

MINISTERIO DE SANIDAD CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL CONVOCATORIA 2020

BUENAS PRÁCTICAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

MEMORIA DE LA EXPERIENCIA CANDIDATA
TITULO DE LA EXPERIENCIA
REORIENTACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE TRANSPORTE SANITARIO PARA DAR RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DE ATENCIÓN SANITARIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DERIVADOS DE LA SITUACIÓN DE PANDEMIA POR COVID19.
DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE
Comunidad Autónoma de Madrid Servicio de Urgencias Médicas de la CM SUMMA112 Titular: Dr. Pablo Busca Ostolaza. Director Gerente del SUMMA112 gerent.summa@salud.madrid.org 913387536 / 913387555
DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA
<ul style="list-style-type: none">- Zita Quintela González. Subdirectora Médico de Transporte Sanitario- María José Fernández Campos. Directora Médico de Coordinación y Transporte Sanitario- M^a Dolores Robledo Tirador. Coordinadora de Transporte Sanitario.- Juan Antonio Pingarrón. Coordinador de Transporte Sanitario.- M^a Ángeles Semprún Guillén. Coordinadora Médico de Catástrofes y Situaciones Especiales.- Carlos Mendez Alonso. Técnico de emergencias Sanitarias de Catástrofes y Situaciones Especiales.- José Martínez Gómez. Jefe de Servicio de Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías- Patricia Fernán Pérez. Enfermera. Técnico del Departamento de Calidad.- Asunción Colomer Rosas. Coordinadora Médico del Departamento de Calidad.- Los miembros del Equipo Directivo del SUMMA112 participaron en diferentes fases y procesos del proyecto.
ÁMBITO DE INTERVENCIÓN
Comunidad Autónoma.

PERIODO DE DESARROLLO

Fecha de Inicio: 7 de marzo 2020 Fecha de finalización: Continúa actualmente.
En esta fase de desescalada de la Pandemia COVID19 se va recuperando la actividad normal, pero a fecha de 10 de julio de 2020 se está en fase de transición.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN / JUSTIFICACIÓN

El SUMMA112, es el Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid, que tiene la misión de prestar atención a la urgencia y emergencia extrahospitalaria así como la gestión del Transporte Sanitario Urgente (TSU) y No Urgente (TSNU).

Por razón de su cometido dentro del Sistema Sanitario de la CM, precisa tener una gran versatilidad en la gestión operativa y en la especialización y adaptabilidad de los profesionales ya que tiene un papel de eslabón fundamental en toda la cadena asistencial, como ligazón de los distintos estamentos (Salud Pública, Atención Primaria y Hospitales) para hacer efectiva la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Las prestaciones que habitualmente se realizan en TSNU son tratamientos (diálisis, rehabilitación, quimioterapia, radioterapia, hospital de día, logopedia, curas, etc), consultas, pruebas complementarias, altas hospitalarias, interhospitalarios no asistidos e intercomunitarios no asistidos. El TSU se refiere al transporte originado en el Servicio Coordinador de Urgencias (SCU) del SUMMA112 en relación con las llamadas del 061 y 112 y además realizan las altas de los Servicios de Urgencia Hospitalarios.

Con la detección de los primeros casos de la epidemia de COVID19 a finales de febrero, el SCU experimentó un incremento exponencial de llamadas de los ciudadanos, que continuaría incrementándose hasta cuadruplicar en marzo.

Esta circunstancia se acompaña con una cada vez mayor complejidad de las llamadas, y un discreto incremento de la atención por los recursos móviles, pero cada vez de mayor complejidad y duración de las intervenciones derivado de la necesidad de utilización de Equipos de Protección, que requieren un manejo especializado y cuidadoso, y por las labores de limpieza y desinfección de equipos, vehículos...que tuvieron que intensificarse.

El avance de la epidemia COVID19 trajo consigo cambios en otros niveles asistenciales de elevado impacto sobre nuestro servicio:

- Desde Atención Hospitalaria se anularon o reorientaron servicios que generaron el cese de consultas, rehabilitación, pruebas diagnósticas, etc... lo que suponía una disminución de los requerimientos de Transporte Sanitario No Urgente.
- La Gestión Centralizada de camas tanto de pacientes de los servicios de urgencias como críticos, instaurada por la Consejería el 7 de marzo de 2020 que se vertebró en torno al SUMMA112, según la presión de los servicios de urgencias. En este sentido, organizó el transporte más adecuado y eficiente según la situación del paciente, a hospitales públicos, privados, IFEMA y hoteles medicalizados. Lo que ha supuesto el manejo de una gran cantidad de transportes diversos: grandes colectivos, colectivos, individuales y UVI móviles .Siempre garantizando además la atención de patologías emergentes no relacionadas con el COVID: código ictus, código infarto etc...
- La puesta en marcha del Hospital de IFEMA con criterios específicos para el ingreso de pacientes que requerirían transporte sanitario en grandes colectivos y una coordinación en la entrada y salida de pacientes, según la disponibilidad de camas.

Estos cambios conllevaron la reducción de la actividad de TSNU entre un 50% y 70% y del TSU entre el 12,5% y 17,09%, a la vez se incrementaba la necesidad de traslado sanitario de pacientes COVID (positivos o de alta sospecha clínica) de grado variable de gravedad que generaban una enorme carga sobre el operativo de emergencias habitual.

A la vez un aumento en la complejidad de los circuitos derivados de los diferentes centros y criterios de derivación, los diferentes tipos de paciente en relación a su gravedad y diferenciación entre pacientes con sospecha o diagnóstico de certeza COVID19, y pacientes con otras patologías de urgencia o emergencia.

OBJETIVOS

- 1) Garantizar un traslado sanitario seguro tanto a los pacientes con sospecha o diagnóstico de certeza de COVID19 como a los pacientes que demandan atención urgente o de emergencia por otros problemas de salud.
- 2) Minimizar las posibilidades de contagio cruzado entre los pacientes trasladados.
- 3) Minimizar las posibilidades de contagio de profesionales del SUMMA112 con el doble objetivo de cuidar del principal activo de nuestro servicio y para mantener un número de profesionales suficiente para prestar la atención sanitaria requerida.

- 4) Reorganizar el transporte sanitario urgente y programado adaptándolo a los cambios en las necesidades de los pacientes debidas a la pandemia así como a los cambios organizativos propios, de la Consejería de Sanidad, Hospitales y Atención Primaria.
- 5) Documentar y generar registros de actividad y decisiones para realizar un análisis postpandemia que permitiese aprendizaje, mejora y previsión tanto de nuevas oleadas como de otras pandemias.

CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

En el contexto se tuvo en cuenta:

Fortalezas:

- Competencia de los profesionales asistenciales y gestores de recursos.
- Gran versatilidad del equipo directivo y mandos intermedios.
- Procesos bien estructurados, incluido transporte sanitario urgente y no urgente.
- Sistema de Información potente que permite anticipar y prever cambios y tomar ágilmente decisiones de adaptación a nuevo escenario.
- Capacidad de reorganización y generación de formación con rapidez y agilidad.
- Recursos propios y de aliados y proveedores disponibles y existencia de herramientas que facilitaban una coordinación y organización que implementase con agilidad los cambios.

Debilidades:

- Falta relativa de médicos y potencialmente de profesionales en su conjunto por afectación en personal propio y de las empresas proveedoras de transporte.
- Sistemas de Información no integrado con aliados.
- Posibilidad de sobrecarga emocional de los profesionales ante una situación de incertidumbre que genera toma de decisiones difíciles de forma reiterada.
- Falta de experiencia previa en la organización ante una pandemia de la magnitud que se comenzó a evidenciar.

Amenaza

- Cambios del entorno tanto por la evolución no predecible de la epidemia, como por los cambios en otros niveles y estamentos sanitarios para optimizar la atención a los pacientes.
- Colapso del servicio tanto asistencial como de traslado sanitario.
- No disponer de EPI ni mascarillas para proteger a pacientes y a profesionales.

- Pérdida de capacidad de actuación por afectación (enfermedad) de la epidemia a todos los profesionales asistenciales y demás trabajadores sanitarios a la vez que aumentaba la demanda sanitaria.

Oportunidad

- Reconocimiento de la población que “da alas” al compromiso y vocación de servicio de los profesionales y trabajadores sanitarios.
- Incorporación de profesionales de otras instituciones,
- Alianza con otras entidades: protecciones civiles, UME, Cruz Roja, transporte para aumentar y adaptar el transporte sanitario a las necesidades.
- Posición privilegiada en cuanto a la visión, organización y gestión dentro de la Consejería de Sanidad para gestionar y optimizar la atención y gestionar proactivamente el riesgo tanto del transporte sanitario, como en los nuevos dispositivos (hospitales, hoteles).

En el contexto externo resultaron determinantes para el transporte sanitario:

- 1.- El cese de actividad programada de Hospitales para reorientar su servicio hacia el paciente con COVID, y unidades de críticos.
- 2.- La dotación de un nuevo hospital en IFEMA, inicialmente para pacientes no críticos y en una segunda fase críticos.
- 3.- La reorganización de los servicios para que los pacientes no acudiesen a los centros sanitarios y fuesen atendidos en su domicilio con objeto de reducir el riesgo de exposición.
- 4.- La gestión centralizada de camas a partir del día 7 de marzo por parte de la Consejería de Sanidad.

Población diana: Todos los ciudadanos de hecho y derecho de la Comunidad de Madrid que precisó transporte sanitario.

METODOLOGÍA

- 1.- Creación de un Equipo Gestor de Transporte que incluía miembros de la Dirección, gestores propios de la mesa de transporte sanitario, que desarrolló entre otras, las siguientes actuaciones:
 - a) Análisis de situación y, en base a los datos, modelización de las necesidades. Análisis diario de la información y de las nuevas demandas de otras partes de la organización.
 - b) Planificación y desagregación de actuaciones en función de tipo de paciente (COVID positivo o no) y necesidades (emergencia, urgencia) y asignación del traslado.

- c) Coordinación con gestores de las empresas subcontratadas de transporte urgente y no urgente, con los referentes de otros aliados (protecciones civiles, Unidad Militar de Emergencias, particulares,...).
- d) Incorporación de los nuevos criterios a la página web de transporte sanitario, manteniendo la información y la aplicación de los cambios, a tiempo real.
- e) Incorporación de nuevas tecnologías de la comunicación para generar agilidad en la gestión de casos de traslados críticos y gestión de camas (altas y necesidades de traslados)
- f) Implementación de nuevos desarrollos informáticos para responder a necesidades nuevas de información determinadas por los cambios en la actividad.
- g) Gestión por procesos flexible que permitía cambiar, incluso a diario, los circuitos para adaptarlos a nuevos requerimientos tanto en la fase de escalada como en la de desescalada y optimizar los recursos.

2.- Optimización de todos los recursos móviles propios disponibles del SUMMA112 y de las empresas adjudicatarias del SUMMA112 de TSU y TSNU, incorporación de efectivos de Protecciones Civiles (SAMUR) y de la Unidad Militar de Emergencias para garantizar la realización de los traslados en condiciones que permitiesen agilidad en el tiempo en función del nivel crítico del paciente y seguridad de no contagio (respeto a tiempos de desinfección, y dotación de equipos de protección adecuados al riesgo a personal propio y de aliados).

3.- Gestión centralizada de los Equipos de Protección Individual con asignación de responsabilidad de la gestión a un TES con la finalidad de que se pudiera proveer a todo aquel que lo precisara sin fallos en el stokaje ni pérdidas.

4.- Reorganización del TSNU y TSU para trasladar pacientes COVID, en función de síntomas y de centros sanitarios. Los circuitos desarrollados fueron los siguientes:

- Traslados Interhospitalarios de Soporte Vital Avanzado (SVA)

- Traslados interhospitalarios de Soporte Vital Básico (SVB) a

Centros públicos, privados y de residencias

Hospital IFEMA

- Otros traslados:

De Centro hospitalario a Hotel

De hotel a Hotel

De Residencia a Residencia

5.- Generación de registros:

- Sistema de Información: trazabilidad por registro informático a través de web de transporte.
- De comunicaciones a través de una herramienta compartida.

EVALUACION / RESULTADOS

DATOS DE ACTIVIDAD

En el periodo del 12/03/2020 al 03/05/2020 el 13% de las altas de urgencias en transporte sanitario fueron pacientes COVID y el 61% de las altas hospitalarias.

Se trasladaron más de 6000 pacientes entre hospitales, entre los que destaca 3811 pacientes trasladados al Hospital IFEMA y 1125 a centros privados. Estos servicios interhospitalarios se realizaron: 170 en SVA, 82 en grandes colectivos, 307 en transporte colectivo, 572 en transporte individual y 96 servicios por el SAMUR.

Con respecto a los traslados de SVA. Los hospitales que trasladaron un mayor número de pacientes críticos son: HU Infanta Leonor con un 15,79%, HU Henares con un 14,62% y el HU Príncipe de Asturias con 12,87%. Y los hospitales que recibieron un mayor número de pacientes son: HU Puerta de Hierro- Majadahonda con un 16,37%, H Clínico San Carlos con un 10,53% y el HU Ramón y Cajal un 7,60% .

Se realizó un traslado intercomunitario de elevadísima complejidad con participación de UVI móvil con la técnica ECMO.

Los hospitales que enviaron un mayor número de pacientes a IFEMA han sido: el HU 12 de Octubre con 13,82%, HGUGM con 12,44%, H Clínico San Carlos con 9,83% y el HU Infanta Leonor con 9,56%.

En los meses de marzo, abril y mayo se trasladaron un total de 9457 pacientes desde residencias a las Urgencias de los distintos hospitales, lo que supone una media de 105 ancianos trasladados al día.

Reorganización de la atención urgente del paciente pediátrico, de la atención obstétrica y ginecológica y de psiquiatría centralizándose en los hospitales especializados, siendo el Centro Coordinador una pieza clave tanto para la comunicación a las familias como en las derivaciones en recursos móviles.

Reorientación del servicio de Transporte Sanitario No Urgente, con especial atención a los pacientes en diálisis dadas su necesidad de continuar con su tratamiento, utilizando transporte individual cuando era necesario. Y en las altas desde los hospitales para mejorar la capacidad de atención de los mismos.

Complementar la actividad del TSNU con los traslados interhospitalarios originados por la gestión centralizada de camas como consecuencia del cese de actividad de las consultas programadas y de la rehabilitación.

A medida que se recupera la actividad hospitalaria normal, se reanudan todas las prestaciones del Transporte Sanitario No Urgente (TSNU)

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

1.- En situaciones de pandemia o excepcionales, la reorientación de la utilización de los recursos disponibles, en este caso del transporte sanitario urgente y no urgente, por cambio de las necesidades, es una actuación efectiva, eficiente, que genera seguridad del paciente y seguridad para el profesional y la organización. Aumenta o mantiene la calidad de la atención sanitaria frente a una amenaza de elevada incertidumbre y potencialidad para colapsar el sistema. La situación de disminución de los requerimientos habituales de TSNU y, en nuestro caso, del TSU que se ocupa de las altas de los Servicios de Urgencia Hospitalaria, es trasladable a cualquier otra Comunidad Autónoma del Estado por la misma causa de situación de pandemia. La reorientación de la utilización de estos recursos sanitarios es una buena práctica que añade efectividad y seguridad para pacientes, seguridad y apoyo a los profesionales, certezas a la organización en un momento en el que la preocupación por el colapso del sistema está en el trasfondo de todas las actuaciones y en base a nuestra experiencia, mantiene la calidad del servicio a todos los pacientes y mejora en conjunto la atención sanitaria.

2.- La gestión centralizada de los recursos tanto de pacientes críticos como hospitalarios mejora la eficiencia de los traslados y es un requisito fundamental para la efectividad, eficiencia y seguridad con la que se realiza tanto el traslado interhospitalario como el traslado desde el lugar en el que está el paciente a un centro sanitario o medicalizado.

3.- La existencia de un sistema centralizado de información, en nuestro caso a través de la web de transporte sanitario que nos ubica en el centro de la información entre pacientes, empresas proveedoras de servicios y centros sanitarios o sociosanitarios, se ha mostrado fundamental para de forma rápida implementar todos los cambios con información y comunicación a todas las partes interesadas, minimizar errores o subsanarlo a tiempo real e implantar cambios en 24 horas con mínimo riesgo para pacientes y profesionales.

4.- Son necesarios canales de comunicación alternativos al teléfono móvil y correo electrónico en esta situación, así como sistemas de información integrados que facilitan que de forma simultánea se comparta información clínica, de organización y los cambios previstos. Como Microsoft TEAMS®.

5.- Un aspecto particular de gran impacto en la seguridad y en la efectividad que hemos identificado e implantado como mejora es la adaptación personalizada del transporte de cada paciente según su situación clínica y basal, comunicada por el propio profesional que tiene a cargo al paciente. Esto favorece la rapidez de evacuación de los centros y la confortabilidad del paciente. Para que sea más ágil y evitar el uso del teléfono y correo electrónico se ha diseñado una herramienta informática *ad hoc* integrada en el circuito de petición de transporte sanitario.

6.- En base a nuestra experiencia, consideramos que en las pandemias los servicios de urgencias extrahospitalarias que atienden la emergencia y gestionan el transporte sanitario son fundamentales como eje vertebrador de la atención sanitaria en el ámbito territorial que se trate, en nuestro caso la Comunidad Autónoma, al posibilitar que se realice de forma efectiva una gestión centralizada de los recursos y que estos sean asignados con equidad (llevando al paciente al lugar idóneo según su estado de salud y los recursos sanitarios o sociosanitarios disponibles), efectividad (a tiempo y en el día toda la previsión de atención que se genera), eficiencia (asignación de recursos centralizada optimizando tiempos y tipo), mejorando la seguridad del paciente (circuitos de limpio y sucio) y del profesional (disposición centralizada de todos los recursos de prevención de riesgo laboral).

7.- En base a nuestra experiencia, en situación de Pandemia, es relevante tener un trabajo continuado y colaborativo tanto con proveedores (destacar la colaboración de las empresas proveedoras de transporte y de sus profesionales) como de aliados de los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios (Protecciones Civiles como SAMUR, Unidad Militar de Emergencias, y otros como taxis particulares que solidariamente realizaron traslados a hoteles medicalizados) que han resultado fundamentales en la prestación del servicio y en el compromiso de minimizar en lo posible el impacto de la pandemia y el bienestar emocional de nuestros propios profesionales y ciudadanos.