

María José Martín Legorburo*, Teresa Pareja Sierra, Mariela Martínez Ramírez, Eva Martín Alcalde, Miguel Torralba y Juan Rodríguez Solís

Sección de Geriátría, Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariajosemartinleg@hotmail.com (M.J. Martín Legorburo).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.06.002>

0211-139X/ © 2022 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Pandemia COVID-19: experiencia e impacto en un centro hospitalario de atención intermedia de Tarragona



COVID-19 pandemic: Experience and impact in an intermediate healthcare center of Tarragona

Los centros sociosanitarios de atención intermedia (AI) se propusieron para la tipología de pacientes con necesidades especiales y condiciones complejas de salud, como alternativas a la hospitalización convencional en los hospitales de agudos (subagudos) o continuidad asistencial después de un proceso agudo (postagudos), con el objetivo de evitar ingresos hospitalarios innecesarios y promover la independencia del paciente¹.

Nuestro Hospital Sociosanitario Francolí es un centro de AI de alta complejidad en el ámbito sociosanitario. Se encuentra ubicado en la misma zona geográfica del Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII; con alianzas estratégicas, sinergias y comisiones mixtas, asistenciales y no asistenciales. El área de hospitalización tiene disponibilidad de 152 camas, distribuidas equitativamente en 4 unidades de enfermería, con capacidad asistencial de atención a pacientes subagudos, postagudos y de curas paliativas. Es referente de 9 áreas básicas de salud del Instituto Catalán de la Salud, con una población total de 138.954 habitantes, dentro de la Comarca del Tarragonès, con un índice de envejecimiento del 106% y un 18,7% de personas mayores de 65, de los cuales 15,2% son mayores de 85 (Idescat, 2021).

La enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) supuso un impacto en las personas de edad avanzada y con pluripatología²⁻⁵ y como consecuencia en nuestro centro, donde se produjeron cambios organizativos dinámicos, y se dedicó intensamente para atender la demanda generada de los pacientes crónicos complejos y con enfermedades avanzadas.

En el presente estudio (descriptivo y observacional), en el periodo comprendido entre el 14 de marzo del 2020 —con la declaración del estado de alarma— y el 31 de marzo del 2022, se establecieron 2 objetivos. Primero, analizar el impacto de la pandemia sobre la actividad asistencial ordinaria no COVID-19 (2020 y 2021) y su comparativa con el periodo prepandemia (2019). Segundo, comparar las diferencias entre las primeras 6 oleadas de pandemia de una serie consecutiva de pacientes COVID-19 atendidos en el centro; analizando las siguientes variables: la incidencia de infección nosocomial por SARS-CoV-2 entre los pacientes ingresados, su destinación al alta y la tasa de defunción, así como la incidencia de infección por SARS-CoV-2 entre los profesionales sanitarios. Para la recogida y el procesamiento de los datos se utilizó la aplicación informática SAP y el programa Software GoWinHSS series AFILMAIL TECHNOLOGIES S.L.

Durante los primeros 24 meses de pandemia, las consecuencias sobre la actividad asistencial ordinaria no COVID-19 fueron de gran impacto en nuestro centro, con decremento hasta un 34,8% en el

2020 (se atendió a 1.375 pacientes no COVID-19) y un 18,2% en el 2021 (se atendió a 1.725 pacientes no COVID-19), respecto al 2019 (se atendió a 2.108 pacientes no COVID-19).

En el periodo del estudio, se atendió a un total de 677 pacientes COVID-19: 270 pacientes en 2020, 279 pacientes en 2021 y 128 pacientes hasta el 31 de marzo del 2022, con 55% del sexo femenino y una edad media de 79. Aproximadamente el 43% fueron infecciones nosocomiales, sobre todo en las oleadas primera, segunda y sexta (tabla 1). El 57% restante fueron ingresos directamente desde domicilio u otros centros sanitarios o residenciales, con tendencia creciente. En este sentido, nuestro hospital fue asignado como centro de AI de referencia a nivel del territorio, para realizar actividad asistencial dual COVID-19/no COVID-19. Hasta un 80,3% de los pacientes presentaron evolución favorable o fueron destinados a otro recurso sociosanitario después de la recuperación de la fase aguda de infección, falleció el 17,3% y solamente un 2,4% requirió retorno a hospital de agudos para tratamiento más específico (tabla 1). La tasa de defunción fue más alta durante las 3 primeras oleadas en orden decreciente (el 33, el 23 y el 15%, respectivamente). La incidencia de infección entre los profesionales sanitarios fue más alta durante la primera oleada (19,8%) seguida por la sexta oleada (10,2%), sin diferencias significativas comparando con otros estudios publicados de seroprevalencia² (tabla 1).

Con el diagnóstico del primer caso COVID-19 en nuestro centro, hubo una cadena de superdispersión⁶, que nos explica, a posteriori, la alta incidencia de infección entre los pacientes ingresados y los profesionales sanitarios durante las primeras semanas de la primera oleada, y como consecuencia el decremento de la actividad asistencial ordinaria no COVID-19 a expensas de la actividad extraordinaria COVID-19. Seguidamente se abordaron de manera conjunta los ulteriores pasos a seguir, para la recuperación progresiva de la actividad asistencial ordinaria, teniendo en consideración las enfermedades demoradas y según la evolución de la situación epidemiológica (plan de desescalada).

Cabe mencionar que la pandemia puso de manifiesto algunas carencias, acelerando nuevos proyectos en el marco de un plan de acción vinculado a la labor asistencial dedicada a la pandemia, para dar respuesta a las necesidades que iban surgiendo, en sintonía con nuestro plan estratégico y programa de calidad y seguridad del paciente: adaptación de la organización, adecuación de los procesos y espacios y la transformación en la relación con los pacientes y familiares, así como la coordinación con otros niveles asistenciales con visión territorial. Así mismo, puso en evidencia la situación compleja del control de la infección en nuestro centro, en un entorno de difícil actuación, por la fragilidad y vulnerabilidad de los pacientes. Esa situación fue una ocasión para implementar estrategias de prevención y adecuar la dotación de los recursos estructurales y humanos.

Como conclusión, la población de los centros de AI sufrió un grave impacto por la COVID-19, en términos de aislamiento social, gravedad y comorbilidad, con necesidad de una atención sociosa-

Tabla 1
Análisis descriptivo y comparativo de actividad hospitalaria extraordinaria COVID-19 en el periodo 14/3/2020-31/3/2022

Oleada Periodo (meses)	Primera Marzo, abril y mayo 2020	Segunda septiembre, octubre y noviembre 2020	Tercera diciembre 2020, enero y febrero 2021	Cuarta marzo y abril 2021	Quinta julio y agosto 2021	Sexta diciembre 2021, enero, febrero y marzo 2022	Total 24 meses
<i>Variantes SARS-CoV-2 de preocupación (VOC en inglés; variant of concern)</i>	Novel coronavirus. Origen en China, diciembre del 2019	Alfa B.1.1.7. Origen en Reino Unido, septiembre del 2020	Delta B.1.617.2, origen en India, octubre del 2020		–	Ómicron B.1.1529. Origen en Sudáfrica, noviembre del 2021	–
<i>Pacientes totales atendidos acumulados con PCR positiva</i>	104	166	143	38	98	128	677
<i>Infección nosocomial (brote intrahospitalario)</i>	67 (64,4%)	75 (45,2%)	32 (22,4%)	0 (0%)	29 (29,6%)	93 (72,6%)	296 (43,7%)
<i>Ingresos desde Atención Primaria, Hospital de Agudos, otros centros sociosanitarios o residencias sociales</i>	37 (35,6%)	91 (54,8%)	111 (77,6%)	38 (100%)	69 (70,4%)	35 (27,3%)	381 (56,3%)
<i>Destinación al alta</i>							
<i>Recuperación con alta a domicilio u otro recurso sociosanitario</i>	66 (63,5%)	125 (75,3%)	118 (82,5%)	33 (86,8%)	90 (91,8%)	107 (87,7%)	539 (80,2%)
<i>Retorno a Hospital de Agudos</i>	4 (3,8%)	3 (1,8%)	3 (2,1%)	2 (5,3%)	1 (1,02%)	3 (2,5%)	16 (2,4%)
<i>Defunción</i>	34 (32,7%)	38 (22,9%)	22 (15,4%)	3 (7,9%)	7 (7,14%)	12 (9,8%)	116 (17,3%)
<i>Profesionales sanitarios con infección sobre el total de trabajadores activos del centro</i>	62 (19,8%)	23 (7,3%)	18 (5,7%)	1 (0,4%)	5 (1,6%)	32 (10,2%)	141 (45%)

nitaria diferenciada y especializada de una valoración geriátrica integral.

El manejo de la pandemia fue (seguramente) inadecuado inicialmente ante un virus desconocido. La situación mejoró sustancialmente con la vacunación, la medidas farmacológicas y no farmacológicas, y la entrada de la variante ómicron que nos situó en un escenario bastante bueno.

Autoría

Rami Qanneta se ha encargado de la concepción del manuscrito, recogida, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción, revisión y aprobación del manuscrito remitido.

Bibliografía

- Gual N, Yuste Font A, Enfedaque Montes B, Blay Pueyo C, Martín Álvarez R, Inzitari M. Profile and evolution of chronic complex patients in a subacute unit. *Aten Primaria*. 2017;49:510–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.010>.
- Moreno Borraz LA, Giménez López M, Carrera Lasfuentes P, González Pérez E, Ortiz Domingo C, Bonafonte Marteles JL, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 coronavirus infection in patients and professional staff at a medium or long-stay hospital in Spain. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2021;56:75–80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2020.10.005>.

- Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Canalsalut.gencat.cat [página web] [consultao 30 Mar 2022]. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/procediment-actuacio-coronavirus.pdf.
- Rapid Risk Assessment. European Centre for Disease Prevention and Control [página web] [consultado 1 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-covid-19-14th-update-15-feb-2021.pdf>.
- Ministerio de Sanidad. Sanidad.gob.es [página web] [consultado 1 Mar 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19.Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf.
- López MG, Chiner-Oms Á, García de Viedma D, Ruiz-Rodríguez P, Bracho MA, Cancino I, et al. The first wave of the COVID-19 epidemic in Spain was associated with early introductions and fast spread of a dominating genetic variant. *Nat Genet*. 2021;53:1405–14, <http://dx.doi.org/10.1038/s41588-021-009366>.

Rami Qanneta

Direcció Asistencial, Hospital Sociosanitari Francolí, Gestió i Prestació de Serveis de Salut (GIPSS), Tarragona, España

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.07.001>
0211-139X/ © 2022 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.