**UN NOVO MODELO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DURANTE A PANDEMIA**

**DISCURSO PARA A ENTRADA COMO ACADÉMICO CORRESPONDENTE DA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE GALICIA**

**(Dr. A. Pose Reino)**

Ilmo. Sr. Presidente da Real Academia de Medicina de Galicia, señoras e señores académicos, autoridades académicas, sanitarias e xudiciais, amigas e amigos, moi boa tarde.

En primeiro lugar quero agradecer ao Presidente e académicos numerarios a oportunidade que me brindan de poder pertencer a esta Real Academia como Membro correspondente. É un inestimable recoñecemento formar parte desta institución de máximo prestixio. Grazas en especial aos académicos Jesús Pino, Rafael López, José Manuel Martínez Vázquez, Javier de Toro e Álvaro Ruibal pola súa implicación directa no meu nomeamento. Moitas grazas a Jesús Pino polas súas palabras de loanza.

É un reto e un compromiso que acepto con orgullo, asumindo a responsabilidade que iso implica e comprometéndome a participar nas actividades e labores que a academia desenvolva. Fago extensible este recoñecemento aos meus profesores e mestres, os meus residentes e estudantes, compañeiros e directivos que ao longo dos anos contribuíron e enriqueceron a miña traxectoria profesional como médico e docente. Un home non é nunca un primeiro home, senón o froito tamén de todas as relacións, estudios e cargos que no transcurso dos anos axudaron a conformalo como profesional e como persoa.

A nivel máis persoal, grazas por suposto ao apoio constante da miña familia, e a todos os colegas, amigas e amigos que hoxe me acompañan e que sempre están aí. A súa amizade é especialmente valiosa para min. Escoitaba o outro día unha frase que hoxe me apropio para dicirvos que cos anos un aprende que son moito máis importantes os afectos que os éxitos. Por iso grazas a todas e a todos.

As experiencias que me tocaron vivir, fixeron que amase a miña profesión e encheron a miña vida e por isto considérome moi afortunado.

Aínda que o noso sistema sanitario estivo sempre máis preparado para atender a fase aguda da enfermidade, o incremento da esperanza de vida e con el o desenvolvemento de enfermidades crónicas fixo e fai necesario enfrontarse a novos desafíos que afectan a todos os niveis asistenciais, sociais e económicos.

A Cronicidade é unha variable continua que empeza moitas veces na infancia e que desemboca no crónico complexo, con frecuencia ancián, que precisa unha atención especializada e multidisciplinar. Aínda que a relación entre Cronicidade e poboación Xeriátrica é estreita, como veño de comentar, non é exclusiva, habendo cada vez más crónicos que non son maiores e que se non se tratan de forma axeitada, acabarán sendo crónicos complexos.

Cos anos de profesión o meu interese decantouse pola atención ao paciente maior, crónico e complexo. Este paciente crónico e pluripatolóxico satura en moitas ocasións o noso sistema sanitario, que ao non estar especificamente preparado para atendelo, non lle achega beneficio, prognóstico de supervivencia, nin mellora, en moitos casos, á súa calidade de vida.

Por outra parte a vellez e a cronicidade son especialmente pouco rendibles para o sistema sociosanitario e por tanto non deben estar en mans exclusivas da iniciativa privada. Trátase dun grupo de poboación altamente vulnerable e como sucedeu en moitas residencias durante a pandemia COVID, para a xestión privada priman os obxectivos económicos fronte os humanitarios e de calidade da atención. E como ben sabemos, unha sociedade que non coida dos seus maiores é unha sociedade que Está enferma en si mesma.

Fai agora moitos anos e atendendo a esta demanda progresiva do sistema sanitario, no ano 2011 creamos a Unidade de Pluripatoloxía e Idade avanzada do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago, Unidade que coordinei ata asumir a Xefatura do Servicio de Medicina Interna do CHUS no 2017. Esta Unidade, que na actualidade coordina o doutor Suárez Dono, busca atender ao paciente crónico e de idade avanzada de xeito menos fragmentado, aumentando a calidade da súa asistencia e tamén a efectividade no uso dos recursos.

No ano 2019 a USC en colaboración con catro entidades privadas, firma un convenio para crear a cátedra de Cronicidade que teño a honra de dirixir co asesoramento inestimable de Rafael Bengoa, amigo persoal e experto internacional en Cronicidade. Contando ademais co estímulo e apoio constante de Monstserrat Sánchez Agostiño, como subdirectora, sen ela e o seu entusiasmo e iniciativas o proxecto non se levaría adiante. Desde a cátedra promovemos a colaboración na formación e investigación na Cronicidade, que é segundo a OMS, a principal causa de morte a nivel mundial e unha das Pandemias deste século.

O traballo que vou presentar a continuación, e que dá título á miña intervención, é froito da colaboración entre clínicos e xestores co fin de mellorar a atención ás persoas ingresadas en Centros Sociosanitarios (CCSS) durante a Pandemia do COVID-19. Trátase dunha experiencia pioneira na nosa área sanitaria durante a miña etapa como Xefe de Servizo de Medicina Interna do CHUS. Unha residencia de xestión pública que ten demostrado calidade na asistencia e eficiencia no uso de recursos evitando un maior colapso nos servizos asistenciais. Este traballo foi publicado na primeira revista a nivel mundial dedicada á investigación de todas as variantes de Coronavirus (Coronaviruses).

Na introdución comentaremos a distribución da asistencia sanitaria e sociosanitaria en Galicia e na área sanitaria de Santiago Barbanza, onde se desenvolve o meu traballo.

Seguidamente, describimos o novo modelo de atención sociosanitaria medicalizada, finalizando a exposición con algunhas experiencias innovadoras, que confiamos sexan de utilidade no futuro no caso de que a Pandemia do COVID-19 se manteña activa ou regrese con novas variantes.

Galicia ten unha poboación aproximada de 2.600.000 habitantes, dos cales o 26% ten máis de 65 anos e o 8,9% máis de 80 anos. Para a súa atención sanitaria dividiuse á Comunidade en 7 áreas sanitarias (Santiago-Barbanza, Coruña-Cee, Ferrol, Pontevedra- O Salnés, Vigo, Lugo-A Mariña- Monforte e Ourense-Verín-O Barco de Valdeorras.

A área sanitaria onde desenvolvo a miña actividade, Santiago-Barbanza atende unha poboación de 442.000 TIS, dos cales o 25% ten máis de 65 anos e o 8,5% máis de 80 anos, o que supón máis de 37.000 persoas maiores. Para atender a estas persoas maiores e con necesidades sociosanitarias, a área conta con 36 Residencias sociosanitarias e 9 Residencias para discapacitados e drogo- dependentes.

O envellecemento da poboación, a Pandemia da Cronicidade e a dureza da pandemia COVID-19, facía necesario desenvolver novos modelos de atención á poboación máis vulnerable, achegando a atención sanitaria aos seus Centros residenciais e evitando así o colapso dos hospitais.

A proposta da Presidencia da Xunta desenvolvéronse dous Centros en Galicia para atender a estes pacientes. Un deles é o de Santiago, do que vou falar.

En Santiago situouse nunha Residencia localizada no Centro, na que se fixeron múltiples modificacións estruturais e funcionais, adaptadas ás necesidades de asistencia e calidade, poñendo á súa disposición a historia clínica electrónica e o Sistema de Prescrición hospitalaria do SILICON, en colaboración coa Farmacia do hospital. Tamén se estableceu unha conexión directa co Hospital e melloráronse os recursos sanitarios, establecendo uns ratios de persoal, intermedios entre hospital e CCSS.

Sen dúbida, un dos aspectos clave é contar con persoal adecuado e preparado para a eventualidade e para isto dispuxemos dun equipo formado no hospital, cun Coordinador asistencial que hoxe é o responsable da hospitalización domiciliaria (HADO) e Paliativos na área, Dr. Ignacio Novo, peza clave neste Proxecto, así como todo o equipo colaborador directo de médicos, enfermeiros/as e auxiliares.

Como expuxen anteriormente, este Centro era un dos dous cos que contou a nosa Comunidade para atender aos enfermos dos CCSS que se contaxiaban de COVID. No noso caso recibimos pacientes da Coruña, Ferrol, Cee, Barbanza, Santiago, Lugo, Monforte e A Mariña. Estes pacientes clasificabámolos ao ingreso segundo o prognóstico, en leves moderados e graves.

Por entón non estaba nada claro cal era a medicación que podía ser útil para estes doentes e esta foise cambiando segundo foron aparecendo evidencias con diferentes fármacos, ata chegar aos corticoides por vía sistémica, utilizados nos casos máis graves.

A idade media dos 84 ingresados no período de dous meses que estivo aberta a Residencia era de 80 anos, sendo máis numerosas as mulleres. Como se pode apreciar a maioría dos afectados tiñan unha ou varias comorbilidades.

Dos 77 pacientes que ingresaron como leves, 38 seguiron con síntomas leves, 4 tiñan enfermidade moderada pero despois pasaron a ser 21 os afectados, e con respecto aos graves, só 3 presentaban tal prognóstico inicialmente, pero durante o ingreso 25 doentes desenvolveron enfermidade grave con insuficiencia respiratoria.

A estancia media foi longa, de 21 días, porque hai que ter en conta que estes enfermos non podían ser derivados ao seu Centro de Procedencia ata que a PCR fose negativa para evitar contaxios. Destacamos que a mortalidade foi do 14%, cando nos pacientes destas características en diferentes series oscila entre o 20 e o 40%. Os criterios de gravidade ao ingreso, o deterioro cognitivo, a presenza de pneumonía, a idade moi avanzada e o Barthel foron as variables que se relacionaron co peor prognóstico. A presenza de enfermidade sintomática ao ingreso relacionouse cun período de tempo máis longo ata negativizarse a PCR.

Como saben, a introdución do tratamento con Corticoides sistémicos representou un antes e un despois no prognóstico desta enfermidade. Nós puidemos ver, aínda que a mostra era pequena, que os doentes tratados con Corticoides tiveron unha maior supervivencia. Por entón empezábase a describir o efecto beneficioso dos corticoides nestes casos e tivemos a oportunidade de confirmalo nun ensaio clínico realizado con 200 dos nosos ingresados no hospital na Unidade COVID nos que a dose máis alta de Dexametasona de 20 mg/día mellorou a evolución con respecto á dose máis baixa (6 mg). Este beneficio fíxose aparente na evolución clínica e esta achega tivo unha gran difusión e impacto na comunidade científica tras a súa publicación no European Respiratory Journal, e foi de gran axuda para o manexo destes enfermos.

Durante este período da Pandemia tentamos tamén mellorar o prognóstico dos nosos pacientes con terapias inhaladas na fase inicial da enfermidade, unha vez coñecido o mecanismo de transmisión e a forma de entrar do virus a través dos receptores da ECA2, distribuídos especialmente no aparello respiratorio.

Unha das moléculas na que mais empeño puxemos foi o *etanol* inhalado a concentracións do 65% ao que o virus é moi sensible. Houbo que demostrar primeiro que non era tóxico en animais e logo en persoas voluntarias, resultados publicados en Pharmaceutics. Aplicámolo en forma de inhalación a un fluxo de 2-3 litros/minuto durante 15 minutos cada 8 horas en persoas nun novo Centro residencial adaptado (CEGADI) no segundo ano de Pandemia e puidemos observar que era seguro, aínda que o beneficio obtido parece ter que ver máis coa negatividade da PCR no tempo que coa melloría clínica. Estes resultados están pendentes de publicación.

Na actualidade, compartimos con Odontoloxía un Proxecto FIS para ensaiar a utilidade de múltiples colutorios na evolución clínica do COVID leve. Afortunadamente non o puidemos ensaiar ata este momento grazas ao control da Pandemia, pero é algo que hai que ter presente no caso de que a Pandemia non se controle de forma definitiva ou reapareza con novas variantes.

Todo este traballo non se podería desenvolver sen apoio institucional e un equipo multidisciplinar con profesionais, que deron o mellor de si durante a Pandemia. A eles debémoslle estes resultados.

Gustaríame rematar, concluíndo:

1.- O modelo sociosanitario actual non está preparado para enfrontarse a unha pandemia.

2.-O modelo sociosanitario actual pódese adaptar a unha Pandemia, medicalizándoo, mellorando a calidade da asistencia nas súas residencias por ser aí onde reside a poboación máis vulnerable.

3.- Necesítase un vínculo estreito e coordinación entre a asistencia sociosanitaria e a sanitaria.

4.- A HADO podería ser ese vínculo entre o Hospital e os CCSS.

5.- A historia clínica electrónica compartida e o rexistro electrónico da medicación, sen dúbida representaron un avance importante na asistencia.

6.- Os avances tecnolóxicos e informáticos, que axuden a detectar precozmente calquera cambio clínico nun residente, poden ser de especial utilidade para actuar de forma precoz e mellorar a calidade da asistencia nos CCSS.

 A Coruña a 2 de Febreiro do 2023