

Modelo de coordinación de cuidados entre hospital y residencias de mayores iniciado en tiempos de COVID-19

Pilar Delgado Sánchez, Sara Aya Rodríguez, Mally Franchesca Veras Basora, David Guadarrama Ortega, Ana Isabel Díaz Cuasante, Aurora Fabero Jiménez
Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid, España)

Correspondencia: pdelgados@salud.madrid.org (Pilar Delgado Sánchez)

Resumen

Objetivo principal: Describir el desarrollo de un programa coordinación entre los 2 ámbitos asistenciales, para la aplicación de los cuidados del paciente geriátrico, facilitando la atención en su entorno, evitando transferencias al hospital, teniendo en cuenta las características del paciente anciano. Metodología: Descripción de la experiencia desde el 1 de junio de 2020 al 30 de septiembre de 2021. Diseño e implantación del programa: Visitas presenciales semanales, creación de agendas específicas para la gestión de casos tras valoración geriátrica integral en residencias, teleconsulta, coordinación con enfermeras y/o especialistas referentes del hospital en relación a cuidados. Resultados principales: 282 visitas presenciales: 279 primeras consultas, 599 sucesivas, 220 consultas sin presencia del paciente y 103 telemáticas; 1139 intervenciones de residentes ingresados para planificar las altas. Material: 32 envíos de equipos de protección individual y 26 gestiones de material para la medicalización de las residencias y de provisión y prescripción de uso hospitalario. Formación: 43 talleres presenciales (prevención de lesiones cutáneas, prevención en la transmisión de microorganismos y disfagia), 37 infografías y cartelería distribuidas online y 7 talleres impartidos en el hospital para profesionales (formador de formadores en EPI y pronación paciente consciente). Conclusión principal: La coordinación entre niveles habría evitado el desplazamiento de personas mayores al hospital, cobrando mayor relevancia en un contexto de pandemia y teniendo en cuenta las dificultades de movilización y además la complejidad en la valoración de la población anciana fuera de su entorno. Se ha facilitado la enseñanza en prevención de transmisión de microorganismos y en intervenciones de cuidados.

Palabras clave: Enfermería Geriátrica. Atención de Enfermería. Enfermeras Mejorando la Atención de los Ancianos en el Sistema de Salud.

Model of care coordination between hospital and nursing homes started in times of COVID-19

Abstract

Objective: To describe the development of a coordination programme between the 2 care areas, for the application of geriatric patient care, facilitating care in their environment, avoiding transfers to hospital, considering the characteristics of the elderly patient. Methods: Description of the experience from 1 June 2020 to 31 September 2021. Design and implementation of the programme: Weekly face-to-face visits, creation of specific agendas for the management of cases after comprehensive geriatric assessment in nursing homes, teleconsultation, coordination with nurses and/or referral specialists in the hospital in relation to care. Results: 282 face-to-face visits: 279 first consultations, 599 successive consultations, 220 consultations without the presence of the patient and 103 telematic consultations; 1139 interventions of admitted residents to plan discharges. Material: 32 deliveries of personal protective equipment and 26 orders of material for the medicalisation of the residences and the provision and prescription of hospital use. Training: 43 face-to-face workshops (prevention of skin lesions, prevention of the transmission of microorganisms and dysphagia), 37 infographics and posters distributed online and 7 workshops given at the hospital for professionals (trainer of trainers in PPE and conscious patient pronation). Conclusions: Coordination between levels would have reduced the number of elderly people going to hospital, which is even more relevant in the context of a pandemic and taking into account the difficulties of mobilisation and also the complexity of assessing the elderly population outside their environment. Teaching has been facilitated in the prevention of the transmission of micro-organisms and in care interventions.

Key-words: Geriatric Nursing. Nursing Care. Nurses Improving Care for Health System Elders.

Introducción

Dentro de las estrategias de mejora de la continuidad asistencial son especialmente relevantes los entornos definidos como “socio sanitarios” lo que obliga a la coordinación de los

servicios sanitarios y sociales: tanto de hospitales, como con los centros de salud y los servicios sociales.¹ El libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España, en sus conclusiones finales afirma que para poder hacer efectiva la coordinación sociosanitaria deben existir documentos técnicos de consenso,

se han de elaborar normas reguladoras y estructuras de gobierno que la favorezcan, así como programas asistenciales y recursos que den respuesta a las demandas emergentes.^{1,2}

Durante las últimas décadas se han producido cambios demográficos en todo el mundo, llevándonos a replantear el enfoque y la organización de los servicios sanitarios para adaptarnos a ellos, siendo el envejecimiento uno de los principales elementos que marcan este nuevo escenario. Si además tenemos en cuenta en España, el aumento de la esperanza de vida, las mejoras en salud pública y atención sanitaria, así como la adopción de determinados estilos de vida han condicionado que, en la actualidad, el patrón epidemiológico dominante esté representado por las enfermedades crónicas, es preciso que en esta adaptación se logre una mayor integración y coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales.^{3,4}

El envejecimiento progresivo de la población junto con la mejora de las condiciones sociales y el avance de los cuidados sanitarios, han generado un marcado incremento del número de pacientes con enfermedades crónicas, fragilidad y dependencia, lo que condiciona un mayor consumo de recursos sanitarios y sociales.⁵

La pandemia de COVID-19 ha supuesto que los sistemas sanitarios se enfrentasen a una situación nueva que requería una adaptación y reorganización urgente para acondicionarse al aumento de presión asistencial y a las manifestaciones clínicas en los pacientes,⁶ siendo el entorno sociosanitario uno de los afectados en los que se ha evidenciado las limitaciones organizativas y de planificación para adaptarse a una situación como esta,⁷⁻⁹ añadiendo un plus a la situación previa en la que la desconexión entre ámbitos y la fragmentación de cuidados constituía una práctica habitual.⁸ La situación de crisis sanitaria actual ha puesto de manifiesto la necesidad de una integración social y sanitaria.^{10,11}

Por ello resulta necesario crear un modelo de atención y coordinación sanitaria, que incluya protocolos conjuntos de actuación, que permitan el acercamiento de ambas redes de recursos, establecer mecanismos de coordinación, actuaciones compartidas, estrategias de planificación de altas hospitalarias, dando entre todos una respuesta de servicios y recursos lo más eficiente posible.¹⁰⁻¹³

El Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), es un hospital de la red pública del Servicio Madrileño de Salud que atiende a la población de Alcorcón (171.000 habitantes) y es referente de 7 Centros de Salud y 4 Centros Socio Sanitarios (CSS), 1 público y 3 privados/concertados¹⁴ con un total de 688 plazas autorizadas (Residencia 1: 180 plazas, Residencia 2: 144 plazas, Residencia 3: 218 plazas y Residencia 4: 146 plazas). En 2012 se inició la coordinación asistencial entre el HUFA y algunos de los CSS manteniendo reuniones y realizando la gestión de casos de pacientes puntuales entre internistas del hospital y algunas residencias de Alcorcón. En 2015, se incorpora una nueva figura con un rol definido en la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas, la enfermera de enlace (posteriormente llamada enfermera de continuidad asistencial),^{1,4} que además de participar en la coordinación de cuidados promovió talleres formativos en los 4 CSS, impartidos por enfermeros referentes del hospital y adecuados a las necesidades y sugerencias de los profesionales de los centros. También se introdujo el suministro de material específico de prescripción y provisión de uso hospitalario en las residencias, gestionándose este material desde el hospital, y

permitiendo hacer técnicas y cuidados que disminuyesen los desplazamientos de los residentes al hospital para ese cuidado (tales como sustituciones de sondas de gastrostomía percutánea, cambio de sistemas de vacío...). Posteriormente se añadieron a la estrategia de coordinación 2 geriatras que se hicieron cargo de las labores asistenciales que previamente venían realizando sus compañeros internistas y en conjunto con la supervisora de continuidad asistencial.¹⁵ En junio de 2020 se aumentaron los recursos humanos para abordar las necesidades asistenciales que se habían puesto de manifiesto durante la primera ola de la pandemia COVID-19; se incorporaron 2 enfermeras especialistas en geriatría dependientes de la supervisión de enfermería de continuidad asistencial, figuras claves dentro del equipo de geriatría con funciones y responsabilidades previamente definidas, siendo un extra en la coordinación de los cuidados y asesoramiento para los profesionales y pacientes mayores de las residencias.¹⁶

Durante la pandemia COVID-19 ha surgido la necesidad de intensificar la coordinación entre los hospitales públicos y los CSS, así como también la visita en los centros, asesoramiento de casos y formación en cuidados acordados con los profesionales asistenciales de las residencias.⁷ Aunque en nuestra área de referencia ya existía una coordinación previa, esta se ha intensificado y adaptado a la situación con una metodología de trabajo planificada, organizada y a su vez dinámica, que detallamos a continuación.

Objetivo

Describir el desarrollo de un programa de trabajo conjunto y coordinado entre los 2 ámbitos asistenciales, para la aplicación de los cuidados del paciente geriátrico en su CSS, facilitando la atención en su entorno, evitando el mayor número de transferencias al hospital y teniendo en cuenta las características del paciente anciano y su frecuentación en el sistema sanitario.

Metodología y desarrollo

Se realiza una descripción y análisis de resultados de la experiencia de trabajo de coordinación de cuidados durante 1 año desde el 1 de junio de 2020 al 30 de septiembre de 2021.

Elaboración del programa de coordinación de CSS del distrito de Alcorcón.

Para ello se realizó la definición de las responsabilidades y obligaciones de las enfermeras especialistas en geriatría dentro del programa:

- Asesorar en cuidados individualizados a los profesionales referentes del paciente anciano en residencia tras la valoración geriátrica integral.

- Coordinar la asistencia de cuidados prestada al anciano entre ambos ámbitos.

- Realizar talleres formativos destinados a los profesionales de las residencias, según necesidades detectadas.

- Participar en la gestión del material de prescripción o provisión hospitalaria.

Posteriormente se establecieron las funciones, teniendo en cuenta el programa formativo de la especialidad de enfermería geriátrica¹⁷ y el documento técnico de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica¹⁸.

El programa de coordinación comprende:

1.- Actividad asistencial presencial en la residencia: se desarrolla con 1 visita programada semanalmente a cada una de las 4 residencias, estableciéndose un día y franja horaria concreta de la semana para cada una de ellas, pudiéndose incrementar si la situación asistencial lo precisa (brotes COVID-19). Para favorecer la organización de los centros y de los profesionales que intervienen en la visita se designa una enfermera interlocutora directa en cada residencia, que planifica los pacientes de cada visita junto con la enfermera de geriatría del hospital y a su vez es la encargada también de transmitir la información telemática que se envía a la residencia.

La actividad desarrollada en cada visita se recoge en la agenda de enfermería de consultas del hospital registrándose en la Historia Clínica Electrónica (HCE) del residente.

La estructura diaria de la agenda de lunes a jueves (los viernes es a demanda) es la siguiente:

- 2 primeras consultas.
- 2 consultas sucesivas.
- 2 consultas sin presencia del paciente.
- 1 sesión formativa a demanda.

Los problemas de cuidados sobre los que asesora mayormente la enfermera de geriatría son:

- Alto riesgo de caídas.
- Disfunción del patrón nutricional-metabólico:
 - Alteración de la deglución.
 - Alteración de la nutrición (por exceso o por defecto).
 - Deterioro de la integridad cutánea (lesiones por presión, lesiones cutáneas asociadas a la humedad, ostomías, úlceras vasculares, pie diabético, lesiones tumorales, herida quirúrgica, dehiscencia...).
- Trastornos del hábito de eliminación:
 - Estreñimiento, incontinencia fecal.
 - Ostomías digestivas.
 - Incontinencia urinaria funcional, de urgencia, por rebozamiento y neurógena.
- Déficit de autocuidados actividades básicas de la vida diaria.
 - Deterioro de la deambulaci3n/movilidad.
 - Ostomías respiratorias.
 - Alteraci3n del patr3n sueño/descanso.
 - Manejo del dolor (tratamiento no farmacol3gico).
 - Manejo conductual del s3ndrome confusional agudo.
 - Deprivaci3n sensorial.

Adem3s de la actividad presencial, se presta atenci3n telef3nica, los d3as laborales de 8 a 15h para consultas telem3ticas de cuidados y gesti3n de recursos materiales necesarios.

2.- Planificaci3n al alta de los residentes ingresados en el hospital: esta actividad consiste en hacer seguimiento de los residentes derivados del CSS al Servicio de Urgencias y/o est3n hospitalizados en el HUFA, con la finalidad de facilitar informaci3n a los profesionales de 3mbos 3mbitos y la continuidad de cuidados al alta. Se hace una revisi3n diaria del listado "Pacientes ingresados procedentes de residencias" de la HCE, captando a aquellos que precisan continuidad de cuidados. Posteriormente se realiza el seguimiento de la evoluci3n de los pacientes seleccionados durante su estancia hospitalaria, incluyendo una valoraci3n conjunta entre profesionales si es preciso. Y finalmente, al alta se planifica la consulta presencial

de la enfermera de geriatría en el CSS para una revisi3n posterior del residente.

3.- Interconsulta a enfermeros referentes del hospital en cuidados: consiste en realizar una interconsulta a enfermeros referentes de cuidados del hospital, para gestionar casos de residentes de los CSS y dar una respuesta a esa necesidad de cuidados sin la presencia del paciente en el centro hospitalario.

4.- Gesti3n del material: se gestiona todo el material de prescripci3n y uso hospitalario que precisan los residentes para iniciar y/o continuar el tratamiento y cuidados en su centro residencial. Desde el 1 de junio de 2020, durante la pandemia del SARS-CoV-2, las enfermeras de geriatría junto con la supervisora de continuidad asistencial, gestionan los env3os quincenales de equipos de protecci3n individual, material de limpieza y desinfecci3n de superficies y de higiene de manos a los CSS. Para ello se hace una valoraci3n previa de la situaci3n epidemiol3gica de la residencia, el n3mero de plazas de residentes y los profesionales del centro en las fechas previstas de env3o. Esta labor da continuidad a la iniciada previamente por el departamento de compras del hospital y que actualmente se hace en colaboraci3n con el mismo.

5.- Formaci3n de profesionales: una vez iniciado el programa de visitas de las enfermeras de geriatría a los centros y conocido el contexto de actividades de cuidados, as3 como el estado de salud de los residentes, se desarroll3 un programa formativo en cada una de ellas. Este programa se individualiz3 seg3n sus necesidades, teniendo en cuenta las solicitudes de los profesionales sanitarios responsables del centro y los recursos disponibles para dispensar los cuidados. La mayor parte de la formaci3n es proporcionada por las enfermeras de geriatría en la propia residencia facilitando la asistencia de los profesionales, y en ocasiones en el propio hospital en colaboraci3n con instructores o referentes de esa actividad formativa.

Al iniciarse en situaci3n de pandemia, la formaci3n ha sido impartida en grupos muy reducidos, variando de 2 a 8 personas por taller y en horarios adaptados a los de menor carga asistencial del centro.

Adem3s de los talleres presenciales, en aquellos temas que no requieren de instrucci3n y/o habilidades t3cnicas, se han desarrollado presentaciones, infograf3as y cartelera con informaci3n de cuidados que resultaban indispensable y/o son solicitados a modo de recordatorio.

Resultados

Los resultados obtenidos durante los primeros quince meses de su implantaci3n se resumen a continuaci3n:

Actividad asistencial presencial: se han realizado 282 visitas a los 4 CSS, con un total de 673 horas efectivas presenciales. El promedio de tiempo destinado en cada visita corresponde a 2,4 horas (1/3 de la jornada laboral diaria de la enfermera de geriatría).

Se han realizado 1201 consultas en los 4 CSS, desglos3ndose en:

- 279 primeras consultas
- 599 consultas sucesivas
- 220 consultas sin presencia del paciente
- 103 consultas telem3ticas

Planificación al alta: de los 360 ingresos hospitalarios generados por 221 residentes de los CSS, se han realizado 1139 intervenciones de seguimiento y planificación al alta.

Interconsulta a enfermeros referentes del HUFA: 9 interconsultas realizadas a enfermeros referentes (4 para enfermero referente de urología, 3 para enfermera referente de cirugía vascular y 2 para enfermera de dermatología).

Gestión de material: En cuanto al material de equipos de protección individual y prevención de transmisión de microorganismos, los envíos se han realizado a las 3 residencias de privadas, ya que la pública recibía material directamente del Servicio Madrileño de Salud. El material suministrado en 32 envíos totales, se resume en la tabla 1.

Tabla 1. Relación de material frente al COVID-19 enviado a los CSS

Material suministrado	R1	R2	R3	Total
Guantes	48.600	49.000	50.500	148.100
Mascarillas	64.000	47.800	46.800	158.600
Hidroalcohol 500 CL aprox	975	945	995	2.915
Delantal	27.300	27.300	27.400	82.000
Batas impermeables	5.470	4.250	4.950	14.670
Instrunet dosificador	224	140	238	602
Gafas	60	50	50	160
Pantallas	290	250	259	799
FFP2	4.425	4.245	4.445	13.115
Buzos	1.120	1.455	1.415	3.990
Gorros	3.500	3.400	3.200	10.100
Calzas	3.000	3.000	2.750	8.750
Bolsa plástico normal analíticas	200	200	200	600
Total Unidades	159.164	142.035	143.202	474.557

Respecto al material relacionado con la medicalización de las residencias y de provisión y prescripción de uso hospitalario, se realizaron 26 gestiones de material. El 80,8% se relacionan con la administración de tratamientos, 11,5% con dispositivos y el 7,7% con equipos barrera.

Actividad de formación impartida en los CSS: en la tabla 2 se muestran los talleres formativos realizados presencialmente.

Tabla 2. Talleres formativos realizados presencialmente

Nombre de la sesión	Lu gar	Nº sesio- nes	Nº Asisten- tes
Cuidados al paciente portador de sonda gastrostomía percutánea	CS S	11	90
Disfagia en el paciente geriátrico	CS S	14	62
Prevención de lesiones por presión y lesiones cutáneas asociadas a la humedad en CSS	CS S	14	147
Entrenamiento para formadores frente a riesgos biológicos COVID-19	HU FA	3	9
Taller pronación de paciente consciente adaptado a CSS. Centro de Simulación HUFA	HU FA	4	16
Valoración funcional y entrenamiento multicomponente	CS S	2	13
Síndrome de inmovilidad	CS S	1	4
Taller transferencias en CSS. Centro de Simulación HUFA	HU FA	1	6
Total asistentes		50	347

En la tabla 3 se resume los materiales de apoyo e información realizados para los CSS.

Tabla 3. Materiales de apoyo e información realizados para los CSS

Formación ONLINE	RESIDEN- CIA 1	RESIDEN- CIA 2	RESIDEN- CIA 3	RESIDEN- CIA 4	To- tal
Cartelería de higiene de manos	1	1	1	1	4
Infografía elastómeros	--	--	--	1	1
Infografía Lesiones por Presión	--	1	--	1	2
Listado de verificación medidas de aislamiento en paciente COVID positivo y sospechoso	1	1	1	1	4
Presentación medidas de higiene y prevención de la transmisión de microorganismos en entorno CSS	2	2	2	2	8
Presentación: "Prevención de lesiones cutáneas relacionadas con la utilización de equipos de protección individual en profesionales sanitarios: Guía de recomendaciones"	1	1	1	1	4
Presentación: "Medidas de aislamiento en paciente con Clostridium Difficile"	--	--	--	1	1
Presentación: "Medidas para evitar la transmisión de COVID-19".	1	1	1	1	4
Presentación: "Píldoras vía subcutánea y elastómeros"	--	--	--	1	1
Maniobras de decúbito prono en pacientes conscientes y actividades de cuidados	2	2	2	2	8
Total general	8	9	8	12	37

El número total de encuestas respondidas por los asistentes a las formaciones ha sido de 285 (79,3%). El resultado de los cuestionarios realizados tras la formación se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. Resultados de los cuestionarios realizados tras la formación

Cuestionarios de formación en CSS	Resultado
Organización del taller (respuesta del 1 al 5)	4,4
Contenidos y metodología de impartición (respuesta del 1 al 5)	4,6
Duración y horario (respuesta del 1 al 5)	4,7
Formador (respuesta del 1 al 5)	4,1
Grado de satisfacción general con el taller (respuesta de 1 al 5)	4,6
¿El asistir a este taller puede mejorar mi trabajo? (Si)	96,8%
¿Los conocimientos aprendidos los puedo transferir inmediatamente en mi puesto de trabajo? (Si)	96,8%
Cuestionarios de formación en Centro de Simulación HUFA	
Organización (respuesta del 1 al 5)	4,9
Instalaciones (respuesta del 1 al 5)	4,8
Recursos (respuesta del 1 al 5)	4,9
Contenidos (respuesta del 1 al 5)	4,8
Utilidad aprendido (respuesta del 1 al 5)	4,9

Discusión y conclusiones

Las consultas enfermeras presenciales y no presenciales en los CSS han permitido hacer una valoración geriátrica integral del paciente anciano, elaborar junto a las enfermeras de las residencias un plan de cuidados y llevar a cabo las intervenciones precisas para abordar los diferentes síndromes geriátricos detectados, así como también participar en la asistencia interdisciplinar del equipo de geriatría del hospital con los profesionales sanitarios de la residencia.

El suministro de material, junto a la formación, ha posibilitado realizar técnicas y cuidados en el propio centro que anteriormente se realizaban en el hospital. También la provisión de equipos de protección individual y material relacionado con la prevención de transmisión de microorganismos en el entorno sanitario, además de la información de cartelería e infografías relacionado con ello, han facilitado poder llevar a cabo las medidas de prevención y control de las infecciones en estos momentos de pandemia que han sufrido muchos CSS a nivel nacional e internacional.¹⁹

Actualmente, el grado de satisfacción de los profesionales sanitarios que asistieron a los talleres en el CSS fue alto y con una alta aplicabilidad en su puesto de trabajo; teniendo en cuenta que el 72,4% de los profesionales de servicios sociales, considera que existe bastante necesidad de recibir formación.^{20,21}

Las solicitudes de los talleres formativos, dirigidos a los profesionales asistenciales de las residencias, han ido en au-

mento a medida que han participado en los talleres y compartido con los compañeros la experiencia. También hay que considerar como posible influencia, la buena aceptación de los propios profesionales puesto de manifiesto en las encuestas y las facilidades dadas para coordinar y adaptar los días y horarios con sus actividades asistenciales, buscando también que dichas acciones formativas se perpetúen a futuro en los respectivos centros.

La coordinación entre ámbitos asistenciales ha evitado el desplazamiento de personas mayores al hospital tanto para consultas de cuidados como para procedimientos diagnósticos o terapéuticos, como reportan Díaz-Gegúndez et. al.¹² Esto cobra mayor relevancia en un contexto de pandemia teniendo presente las recomendaciones de restricciones de contactos que estaban en vigor durante la implantación del programa. También las dificultades de movilización del paciente anciano y la complejidad en la valoración de la población anciana fuera de su entorno.

Consideramos que esta experiencia podría ser puesta en marcha en otros centros por los beneficios que pueden obtener los residentes tanto en la situación epidemiológica actual y a futuro.

Agradecimientos

Agradecemos a todos los profesionales de las residencias que han facilitado la realización de los talleres y la asistencia de los trabajadores a los mismos. También agradecemos el apoyo prestado a los profesionales del hospital que han participado en la formación que se ha realizado en el centro de simulación de IDEhA del HUFA y al resto del equipo de geriatría que desempeñan, junto a las enfermeras de geriatría, la coordinación y asesoramiento en las residencias de mayores. A Carmen Altea, Administrativa de Continuidad Asistencial, a Beatriz González, de Sistemas de Información que nos han dado soporte para la extracción de datos; a los diferentes profesionales de servicios que participan en el desarrollo de esta actividad: Margarita Díaz y Ana Belén Arredondo (enfermeras de Medicina Preventiva), a los profesionales del Área de Farmacia, Francisco José Pérez (Departamento de Compras) y Miguel Muñoz (Almacén). Y, por último, a Gregorio Bonilla, Carmen Noguera y Magdalena Martínez (Dirección de Enfermería) por ayudarnos y facilitarnos la implantación y desarrollo del programa.

Bibliografía

1. Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial. Consejería de Sanidad; Viceconsejería de Asistencia Sanitaria. Documento Marco para el desarrollo de la Continuidad Asistencial en la Comunidad de Madrid [Internet]. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2015 [citado 10 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17726>
2. Ministerio de Sanidad PS e I. Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. 2011.
3. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. Boletín Of del Estado. 2012;80.
4. Consejería de Sanidad. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013.
5. Vallejo Maroto I, Cubo Romano P, Mafé Nogueroles MC, Matesanz-Fernández M, Pérez-Belmonte LM, Said Criado I, et al. Recommendations on the comprehensive, multidimensional assessment of hospitalized elderly people. Position of the Spanish Society of Internal Medicine. Rev Clin Esp. 2021;221(6):347-58.
6. Martínez-Piédrola MM, Guadarrama-Ortega D, Pérez-Fernández E. Estrategia de planificación y ejecución de un estudio a gran escala de seroprevalencia de SARS-CoV-2 en trabajadores de un hospital universitario durante una situación de pandemia. 2021;

7. Picardo García JM. COVID-19 en residencias de mayores: una asignatura pendiente - ScienceDirect. Enfermería Clínica [Internet]. febrero de 2021 [citado 3 de marzo de 2021];31(Supplement 1):S117-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120303120?via%3DIihub>
8. Menéndez-Colino R, Argentina F, de Miguel AM, Barcons Marqués M, Chaparro Jiménez B, Figueroa Poblete C, et al. La Geriatria de Enlace con residencias en la época de la COVID-19. Un nuevo modelo de coordinación que ha llegado para quedarse. Rev Esp Geriatr Gerontol. enero de 2021;
9. British Geriatrics Society. Managing the COVID-19 pandemic in care homes for older people [Internet]. 2020. p. 1-8. Disponible en: www.bgs.org.uk/COVID-19
10. Fuentes FV. Social and health care coordination: towards a new culture of care. Enferm Clin. 2020;30(5):291-4.
11. Porcel-Gálvez AM, Badanta B, Barrientos-Trigo S, Lima-Serrano M. Elderly people, dependency and vulnerability in the coronavirus pandemic: an emergency for a social and health integration. Enferm Clin [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 18 de marzo de 2021];31:S18-23. Disponible en: www.elsevier.es/enfermeriaclinicaARTICULOESPECIAL
12. Díaz-Gegúndez M, Paluzie G, Sanz-Ballester C, Boada-Mejorana M, Terré-Ohme S, Ruiz-Poza D. Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación hospitalaria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46(5):261-4.
13. Maehara T. IgG4-related disease -Mechanistic insights from both clinical and immunologic understanding of this condition. Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi. 2017;40(3):206-12.
14. Consejería de Sanidad SG del Servicio Madrileño de Salud. Hospital Fundación Alcorcón Memoria 2018. Servicio Madrileño de Salud, editor. 2019.
15. Sáez-López P, Arredondo-Provecho AB. Experiencia de colaboración entre hospital y centros sociosanitarios para la atención de pacientes con COVID-19. Rev Esp Salud Publica. 2021;95:1-15.
16. Viña-García-Bericua M, Román-Medina I. The role of the geriatric nurse specialist as a key response in the care of the elderly, chronicity, complex chronicity and its consequences on dependence. Enferm Clin. 1 de noviembre de 2019;29(6):381-4.
17. Ministerio de Sanidad Y Política Social. Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. [Internet]. Boletín oficial del Estado 2009 p. 101976-92. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2009/11/30/pdfs/BOE-A-2009-19139.pdf>
18. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. “Competencias de la enfermera en las residencias de ancianos” [Internet]. 2002. p. 1-3. Disponible en: http://seegg.es/wp-content/uploads/2019/05/doc_tec_01.pdf
19. Kruse FM, Mah J, Metsemakers S, Andrew MK, Jeurissen PPT. The Relationship between Ownership of Nursing Homes and their Response to the COVID-19 Pandemic: a Systematic Review.
20. Izal M, Losada A, Márquez M, Montorio I. Análisis de la percepción de capacitación y formación de los profesionales del ámbito sociosanitario en la atención a los cuidadores de personas mayores dependientes. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2003;38(4):203-11.
21. Stanyon MR, Goldberg SE, Astle A, Griffiths A, Gordon AL. The competencies of Registered Nurses working in care homes: A modified Delphi study. Age Ageing. 2017;46(4):582-8.