

Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD)

119. EL SISTEMA ASISTENCIAL DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DURANTE LA PANDEMIA SARS-CoV-2

Eva Ángeles Sánchez Martos, Minerva Sannicolas Pareja, Eulalia Ribas Obón, Marta Fernández Ros, Alba Rodríguez Sánchez, Natalia de Alfonso Santiago, Teresa Valle del Mas, Abel Mujal Martínez, Manuel Hernández Avila y Elisenda Carrau Vidal

Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, España.

Palabras clave: Infección por SARS-CoV-2. Infecciones adquiridas en la comunidad. COVID-19. Proveedores de servicios de salud. Equipo de protección personal.

Introducción: En el contexto de la pandemia por coronavirus todos los hospitales han tenido que adaptarse a un aumento exponencial de la demanda de servicios sanitarios. Nuestro hospital pasó de tener 39 pacientes COVID el día 15 de marzo a tener 456 el día 28. Se abrió el hotel medicalizado con pacientes diagnosticados de neumonía SARS-CoV-2. Nuestra Unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD) fue creada, hace más de 20 años, para dar soporte al hospital mediante el alta precoz y evitando los ingresos de pacientes en proceso agudo que no precisaran del edificio del hospital. Hipótesis: La capacidad de adaptación de estos servicios a las necesidades asistenciales del hospital, permitió superar el pico de la pandemia de COVID-19 con un alto grado de eficiencia. Aplicabilidad del estudio El conocimiento de nuestra actuación pueden servir de punto de partida para otras unidades.

Objetivos: Describir nuestra actuación durante la pandemia de COVID-19 en el Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell. Describir la actuación de soporte al hospital liberando camas. Describir la actuación en el hotel medicalizado.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo y explicativo en el ámbito de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Parc Taulí entre los pacientes ingresados en esta unidad durante la pandemia del COVID-19. Aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell. El sujeto: todo paciente ingresado en nuestra unidad desde enero a mayo de 2020. Descripción del circuito de ingreso, cartera de servicios y criterios de inclusión. Descripción de la creación del hotel medicalizado, y superación de barreras (oxigenoterapia, palos de suero, timbre de habitación, circuito farmacia o laboratorio).

Resultados: Se atendieron 622 pacientes; 353 en domicilio liberando camas de hospital y 269 pacientes diagnosticados de neumonía SARS-CoV-2 atendidos en el hotel medicalizado. Se dio soporte a 9 instituciones hospitalarias del Área Sanitaria Norte. Pico ocupación 116; media de 7 días ingreso. Edad media de 61 años. Número de profesionales médicos 3 y enfermeras 6. Profesionales de soporte 52. Ningún profesional se contagió.

Conclusiones: Las unidades de Hospitalización a Domicilio han demostrado tener capacidad para dar soporte inmediato a los centros hospitalarios, liberando camas de hospital o transformando otras estructuras para que den soporte al hospital referente.

262. LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO CATALANA (HAD) EN LOS TIEMPOS DEL COVID

Eulalia Villegas Bruguera

Hospital Dos de Maig, Barcelona, España.

Palabras clave: Hospitalización a domicilio. Complejidad. Coordinación territorial.

La hospitalización a domicilio (HaD) es una opción asistencial de atención especializada que ofrece cuidados complejos de intensidad hospitalaria en el domicilio, como opción alternativa al ingreso en hospitalización convencional. La HaD aporta ventajas sanitarias (evita complicaciones nosocomiales), emocionales (minimiza la alienación del ingreso) y sociales (facilita la unión familiar), y contribuye así a la sostenibilidad del sistema sanitario. Cada comunidad autónoma ha desarrollado el recurso de HaD según sus propios criterios de gestión de los recursos sanitarios. En Catalunya la actividad de las 24 unidades HaD representa anualmente menos del 5% de las altas totales hospitalarias. La situación de pandemia por COVID-19 ha incrementado la presión sobre todo el sistema de salud español, obligando a reestructurarse a todos los recursos sanitarios, hospitalarios y territoriales. Desde el principio de la pandemia las HaD de Catalunya han contribuido a mejorar la enorme falta de camas hospitalarias, mediante dos mecanismos: liberando camas hospitalarias con el ingreso en HaD de pacientes con patología no COVID desde los diferentes recursos del hospital (planta, hospital de día, urgencias); e ingresando en la HaD a pacientes COVID-19 a solicitud de los recursos hospitalarios y territoriales (Atención Primaria, residencias, equipos de paliativos). La forma de atender en las HaD a pacientes COVID ha sido muy diferente según el territorio, que ha tenido potestad para organizar sus recursos sanitarios y sociosanitarios. 1. Valorando al enfermo desde el inicio de los síntomas, diagnosticando y tratándolo hasta el fin del proceso. Por

ejemplo la HaD Dos de Maig de Barcelona atendió durante los dos primeros meses de la pandemia a 110 pacientes COVID graves directamente en su domicilio, con más de 700 estancias totales que significaron la liberación diaria de 12 camas hospitalarias. 2. Disminuyendo las estancias en hospitalización convencional de los pacientes con COVID. 3. Colaborando en el control telefónico de los pacientes ya estables en su domicilio. 4. Colaborando en la gestión, o gestionando directamente como equipos responsables, los hoteles-COVID. La variabilidad en la atención de pacientes en época COVID por parte de las diferentes unidades radica en la característica inherente a toda HaD de adaptabilidad y plasticidad para dar respuesta a las necesidades propias de su territorio, en estrecha relación y colaboración con el resto de recursos sanitarios.

264. UTILIDAD DE LA HAD EN EL CONTROL DEL COVID EN PACIENTES PALIATIVOS DE RESIDENCIA

Eulalia Villegas Bruguera

Hospital Dos de Maig, Barcelona, España.

Palabras clave: Hospitalización a domicilio. Residencias. Paliativos.

La hospitalización a domicilio (HAD) es una opción asistencial de atención especializada que ofrece cuidados complejos de intensidad hospitalaria en el domicilio, como opción alternativa a la hospitalización convencional. La HAD de Dos de Maig de Barcelona atiende a una población de más de 400.000 habitantes, de los cuales más de 5.000 viven en residencias geriátricas. Durante toda la pandemia nuestra HAD ha atendido solo a pacientes COVID con criterios de ingreso en hospital de agudos. Desde el inicio, coincidiendo con el colapso de las urgencias y centros hospitalarios, la HAD entró en las residencias a solicitud de los equipos sanitarios de las mismas o de Atención Primaria, para diagnosticar y tratar a los pacientes hasta el final del proceso, incluyendo las pautas de confort de las Situaciones de Últimos Días (SUD). Nuestros equipos comprobaron la muy frecuente falta de categorización de los pacientes, que permite las tomas de decisión rápidas (derivación, tratamiento, pronóstico), por lo que organizamos la creación de grupos de trabajo formados por los médicos de Atención Primaria, los responsables sanitarios de la residencia y el médico de HAD. Se valoraron todos los residentes, se categorizaron según criterios de niveles de intervención (escala de Rogers), se contactó con las familias para informar de los resultados, se consensuaron tratamientos y conciliación terapéutica, y se organizó un circuito de aviso precoz a HAD ante aparición de clínica sugestiva de COVID grave en pacientes Rogers IV y V, susceptibles prioritariamente de medidas y tratamientos no agresivos. Durante el periodo marzo-abril (61 días) la HAD atendió a 110 pacientes COVID graves directamente en su domicilio, de los cuales 71 (65%) vivían en residencias. Todos eran Rogers IV o V, y la familia estuvo de acuerdo. 51 recibieron antibiótico iv (ceftriaxona ev y ertapenem fundamentalmente), 46 la combinación de azitromicina/colchicina, 16 anticoagulantes, 24 precisaron O2 continuado. 15 pacientes (21%) fueron exitus, 4 fueron derivados a hospital. En total representaron más de 600 estancias totales, que significaron la liberación diaria de 10 camas hospitalarias. En conclusión, una unidad de HAD puede contribuir eficazmente al correcto control de los pacientes frágiles con COVID grave en residencias, y actuar además de mecanismo de bisagra entre recursos territoriales, los equipos residenciales y el hospital.

265. PERFIL DE PACIENTE COVID AGUDO EN UNA HAD. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Ana María Torres Corts

Hospital Dos de Maig, Barcelona, España.

Palabras clave: COVID. Enfermería. Educación.

Introducción: Durante la pandemia la Unidad de HAD (Hospital a Domicilio) Barcelona Dreta atendió a pacientes con COVID por diversos diagnósticos en el domicilio. HAD atiende a pacientes como si estuvieran en el Hospital: tratamiento intravenoso, oxigenoterapia, visita diaria médica y/o de enfermería. Estos pacientes recibieron, además de los cuidados de enfermería necesarios para su tratamiento y buena evolución, la educación sanitaria que necesitaban para afrontar sus aislamientos en domicilio y mejorar su salud y la de sus familiares o cuidadores.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes que estuvieron ingresados en nuestra HAD por COVID durante marzo y abril de 2020. Se analizaron diagnósticos, número de días de ingreso, técnicas realizadas en el domicilio, temas de educación tratados, convivencia con otros infectados, residencia o domicilio particular, destino al alta y coordinación al alta con Atención Primaria.

Resultados: Tuvimos ingresados 91 pacientes con COVID, Barthel promedio de 33, Braden de 15 y Pfeiffer de 6: 68 por neumonía, 3 para cuidados paliativos, 9 por infección urinaria, 5 por ICC, 4 por anemia y 2 por celulitis. Suman 558 días de estancia con un promedio de 7,31 por paciente. Recibieron un total de 549 visitas de enfermería (8 por paciente). Se les realizó 148 analíticas, 113 curas, 1 placa, 2 nebulizaciones, 23 oxigenoterapias, 93 vías venosas, 10 transfusiones, 4 ECG. El 80% (73) llevaron tratamiento iv con un total de 570 administraciones de tratamiento parenteral. Educación: 95% recibieron educación sobre el aislamiento, 30% sobre terapia inhalada, 21% sobre ICC, 95% sobre la dieta, 95% sobre el tratamiento oral que estaban recibiendo. Un total de 322 temas de educación, un promedio de 3,5 temas por paciente, incluidas 14 educaciones sobre tratamientos de confort. El 68% vivían en centros geriátricos y convivían por tanto con otros pacientes de COVID. Del 32% (29) que vivían en domicilio particular, 13 convivían con otros enfermos de COVID en el mismo domicilio. Tuvimos 14 fallecimientos, 6 reingresos hospitalarios, 2 ingresos en CSS y 69 coordinaciones de seguimiento al alta con Atención Primaria (75%).

Conclusiones: Los pacientes COVID que se han tratado en la HAD Dreta de Barcelona, han sido de perfil frágil geriátrico y han representado una elevada cantidad de técnicas, cuidados y temas de educación sanitaria para enfermería de HAD.

274. REORGANIZACIÓN FUNCIONAL DE UN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) ANTE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

Marta Sanz Remiro, Amaia Eceolaza Gallastegui, Itziar Garmendia Antia, June Garai Landa, Santiago González de Etxabarri Otsoa, Rosa Suárez Hortelano, Irene Trojaola Regulez, Sofía Calvo Martín, Aitana González Bartolome y Garbiñe Godoy López

Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España.

Palabras clave: Reorganización. Hospitalización a domicilio. SARS-CoV-2.

Objetivos: Exponer los cambios organizativos y modificaciones de la actividad del Servicio de HaD para adaptarnos a la pandemia por SARS-CoV-2.

Material y métodos: A finales de febrero 2020 comenzamos la formación en equipos de protección individual. El día 27 acudimos a domicilios de casos sospechosos para control clínico y diagnóstico, iniciándose la actividad presencial. Se organizó el Servicio en 2 secciones, una habitual y otra específica para la pandemia. La sección COVID, formada por 6 enfermeras y 3 facultativos con vehículos específicos, daba cobertura a todo Bilbao de 8:00 a 20:00h de lunes a domingo. Tras la notificación de casos sospechosos por parte de Epidemiología o Salud Laboral, se contactaba con el paciente para recabar datos clínicos y epidemiológicos y se concertaba visita al domi-

cilio para valoración presencial y toma de muestras. Los casos con resultado PCR no detectable se remitían a Atención Primaria y los positivos sintomáticos permanecían ingresados. Se proporcionó un teléfono de contacto para consultas y fueron contactados telefónicamente cada 24-48h para control. Si era necesario, se acudía al domicilio para valoración presencial y en caso de agravamiento sintomático o precisar pruebas complementarias se remitían al servicio de Urgencias. Además, la sección COVID realizaba la PCR de pacientes sospechosos ingresados en la sección convencional (pacientes paliativos, postoperatorios complicados, tratamiento endovenoso domiciliario), haciéndose responsable de su asistencia si eran positivos. Dada la alta incidencia en pacientes institucionalizados, se realizó prueba diagnóstica a aquellos que requerían ingreso o procedimiento hospitalario. Desde el 18 de abril se colaboró en cribados en residencias de ancianos, pisos comunitarios y congregaciones religiosas, realizándose PCR y test serológicos al personal y a los residentes, así como soporte a los sanitarios de las mismas.

Conclusiones: Se han modificado las pautas de trabajo, asumiendo una nueva actividad que ha supuesto adaptación a dinámicas diferentes a las habituales. Importancia del trabajo en equipo, flexibilidad en la asignación de tareas y redistribución diaria de recursos del servicio. Consideramos importante la sectorización del Servicio que nos permitió aumentar la especialización de cada grupo en su actividad y minimizaba riesgos de exposición a la infección por SARS-CoV-2, continuando con la atención segura en domicilio de los pacientes subsidiarios de hospitalización.

277. RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) DURANTE LA PRIMERA ONDA PANDÉMICA DE SARS-CoV-2

Amaia Eceolaza Gallastegui, Marta Sanz Remiro, Virginia Urzay Atucha, Santiago González de Etxabarri Otxoa, Manuel Fernández Rodríguez, Jon Barainca Guarrochena, María Cracium Cracium, Raquel Carrancio Canal, Teresa Ochagavía Pelayo e Iñigo de Colsa Aguirre

Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España.

Palabras clave: Hospitalización a domicilio. Gestión. SARS-CoV-2.

Objetivos: Presentar los resultados del trabajo realizado por HaD ante la pandemia por COVID-19.

Material y métodos: Recogida de datos desde finales de febrero 2020, inicio de nuestra actividad diferenciada en el servicio, hasta el 11 de mayo del mismo año, fecha de inicio de desescalada en nuestro centro. Actividad: en la última semana de febrero se inició la valoración clínica y toma de muestras PCR en domicilio a pacientes sospechosos de infección por SARS-CoV-2. Los datos de los pacientes con clínica y antecedentes compatibles, eran remitidos desde la Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Laboral. Tras la solicitud de prueba diagnóstica se contactaba con el paciente para datos clínicos y epidemiológicos. Posteriormente, se incrementó la actividad. Se participó también en la toma de muestras de pacientes institucionalizados.

Resultados: A 11 de mayo de 2020: Valorados 1.864 pacientes, 1.267 (68%) fueron mujeres. Se habían realizado un total de 1.976 PCR y 1.009 test serológicos, de los que 1.893 PCR y 838 test corresponden a pacientes ingresados en el Servicio en este periodo y el resto a solicitudes recibidas desde otros ámbitos de la OSI Bilbao-Basurto. La media de edad fue de 70 años (8-103), el 48% mayores de 80 años. La estancia media fue de 4 días. Se realizaron 5.111 consultas de control sintomático telefónico, 2.565 visitas de Enfermería y 56 visitas médicas a domicilios (pacientes no institucionalizados). Los resultados de PCR presentaron un porcentaje de positividad similar en mujeres y hombres, 23,92% y 23,95% respectivamente. En los casos sospechosos el porcentaje de positividad fue superior al 40%, mientras que, en

los cribados, presentaron una positividad del 1%. Derivados al Servicio de Urgencias, por persistencia o agravamiento de los síntomas, para realización de pruebas complementarias y/o ingreso 49 pacientes. De estos, 35 (71,4%) quedaron ingresados.

Conclusiones: Encontramos una diferencia significativa en la distribución por sexo del número de pacientes atendidos: más del doble fueron mujeres. El screening clínico y epidemiológico aportó un porcentaje de positividad de las pruebas superior al 40% mientras que en las pruebas de cribados esa positividad descende hasta el 1%. Por último, queremos destacar el esfuerzo que ha supuesto incorporar a la cartera de servicios nuevas prestaciones y actividades diferenciadas de las convencionales. Un esfuerzo de aprendizaje y adaptación continúa supeditada a la evolución de la pandemia.

517. ATENCIÓN A PACIENTES CON NEUMONÍA SARSCOV2 EN DOMICILIO EVITANDO LA TRANSMISIÓN

Minerva San Nicolás Pareja, Marta Fernández Ros, Eva Ángeles Sánchez Martos, Eulalia Ribas Obon, Natalia de Alfonso Santiago, Teresa Valle Delmàs, Alba Rodríguez Sánchez, Judith Mínguez Nayach, Javier Jose Pérez Acebo y Abel Mujal Martínez

Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, España.

Palabras clave: Hospitalización a domicilio. Riesgo de infección.

Introducción: En el contexto de la actual pandemia por SARS-CoV-2 los centros asistenciales han tenido que modificar sus sistemas de asistencia a los pacientes para adaptarse a la nueva situación y dar respuesta a la demanda tanto del paciente con diagnóstico SARS-CoV-2 como a pacientes de otras patologías. Uno de los objetivos es conseguir que los pacientes pasen el menor tiempo posible en los centros hospitalarios y evitar visitas que se pueden realizar por otros medios. Nuestra unidad de hospitalización a domicilio creó un protocolo de actuación donde se considera a todo paciente ingresado en la unidad como enfermo o potencialmente enfermo de SARS-CoV-2. Hipótesis: al considerar a todos los pacientes como portadores o potencialmente portadores de SARS-CoV-2 conseguimos evitar el contagio de los profesionales o ser vehículo transmisor a otros pacientes.

Objetivos: Conocer el método utilizado por la unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell para evitar la transmisión de SARS-CoV-2 entre profesionales o pacientes y sus resultados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo en el ámbito de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Parc Taulí. El sujeto de estudio fue todo paciente ingresado en la unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell durante el periodo que va del mes de marzo de 2020 a febrero del 2021. Descripción del método utilizado para la atención en el domicilio de los pacientes ingresados en Hospitalización a Domicilio. Descripción de la muestra: diagnóstico de ingreso, días de ingreso, número de visitas del equipo, número de contagios entre el personal, número de contagios entre los pacientes.

Resultados: De un total de 977 pacientes ingresados en nuestra unidad 473 fueron con diagnósticos propios de la unidad, y 504 pacientes ingresaron con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2 de los que 372 fueron visitados en sus domicilios, y 132 fueron atendidos durante el traslado del equipo de UHD al hotel medicalizado situado en Sabadell en el periodo del 27 de marzo al 5 de mayo.

Conclusiones: Se pueden asumir pacientes agudos en el ámbito del domicilio en estado de pandemia con neumonía por SARS-CoV-2 con un alto grado de eficacia y eficiencia. Los servicios de Hospitalización a Domicilio pueden atender pacientes diagnosticados de neumonía por SARS-CoV-2 y otras patologías, en sus domicilios, sin riesgo de transmisión entre pacientes o profesionales.

629. SARS-CoV-2: CAMBIO DE PARADIGMA EN ATENCIÓN AL PACIENTE EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

Eulalia Ribas Obon, Natalia de Alfonso Santiago, Eva Ángeles Sánchez Martos, Teresa Valle Delmas, Minerva San Nicolás Pareja, Alba Rodríguez Sánchez, Judith Mínguez Nayach, Abel Ramón Mujal Martínez, Noelia Jiménez Grille, Marta Fernández Ros

Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, España.

Palabras clave: Quimioterapia. Hospitalización a domicilio. SARS-CoV-2.

Introducción: El colapso hospitalario por el virus SARS-CoV-2 ha obligado a replantear algunos paradigmas del tratamiento de patologías que quedaron relegadas por el incontenible impulso de la pandemia. La optimización de los recursos y la necesidad de minimizar el riesgo de exposición al COVID en pacientes neoplásicos e inmunodeprimidos, han forzado cambios de actitud que han demostrado ser una mejora asistencial importante.

Objetivos: Demostración de la eficiencia de la retirada del tratamiento quimioterápico por una Unidad de Hospitalización a Domicilio. Reducción del riesgo de contagio de pacientes en tratamiento quimioterápico domiciliario por SARS-CoV-2

Material y métodos: Estudio longitudinal, retrospectivo y descriptivo. Sujeto de estudio: todo paciente en seguimiento por Oncología en tratamiento quimioterápico con bombas elastoméricas domiciliarias entre mayo 2020 a febrero 2021. Se habilitaron contenedores individuales y específicos de citostáticos para el transporte de las bombas elastómeras que llevamos al domicilio junto con material básico para la heparinización y retirada del acceso venoso central. Utilización de bata de un solo uso para la protección al paciente frente a posibles infecciones por SARS-CoV-2, mascarilla ffp2 y quirúrgica recambiada en cada domicilio, higiene estricta de manos y guantes. Se realizó cribaje con PCR a todo el personal de la unidad cada dos semanas.

Resultados: Durante el periodo del estudio se retiraron 968 tratamientos quimioterápicos en domicilio. No se produjo ningún contagio por SARS-CoV-2 en ninguno de nuestros pacientes.

Conclusiones: Se ha liberado casi un millar de asistencias en Hospital de día de Oncología lo que ha permitido llevar a cabo otros procedimientos necesarios en dicha ubicación. La reducción de los desplazamientos que debían realizar estos pacientes así como la evitación de las visitas en días festivos a una planta de Hospitalización indudablemente supone una reducción del riesgo de contagio especialmente en época de pandemia. La retirada del tratamiento quimioterápico en domicilio es un procedimiento seguro que reduce la exposición del paciente al ámbito hospitalario disminuyendo así el riesgo de infección por SARS-CoV-2. Este cambio de paradigma abre nuevos horizontes en los que la Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Parc Taulí iniciará en breve (marzo 2021) la realización de tratamientos oncológicos de corta duración de forma segura en domicilio.

637. ROL DE LAS ESCALAS PRONÓSTICAS EN PACIENTES CON COVID EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Joao Modesto dos Santos, Lander Badiola Urquiaga, María Ruiz Castellano, Begoña Llorente Díez, Irene Beatriz Ariño Pérez de Zabalza, Ángela Gómez Garduño, Uxua Asín Samper, Vanesa Antoñana Saenz, Gracia Lanzas Pro y María Hidalgo Santamaría

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.

Palabras clave: Hospitalización a domicilio. COVID. Escalas.

Introducción y objetivos: La hospitalización a domicilio (HaD) ha desempeñado un papel fundamental en la atención médica de una

proporción importante de pacientes con enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID) durante la pandemia actual. En dicha patología se han utilizado distintas escalas validadas para predecir mortalidad: CURB65 mayor o igual a 2 puntos, y MuLBSTA mayor o igual a 12 puntos. Se pretende evaluar dichas escalas como predictoras de complicaciones no mortales y comprobar su aplicabilidad en HaD.

Material y métodos: Se presenta un estudio observacional retrospectivo que evalúa la aplicabilidad de las escalas de gravedad CURB65 y MuLBSTA en pacientes ingresados por COVID en una unidad de HaD de un hospital terciario de referencia, como herramienta para predecir mala evolución y comprobar su aplicabilidad en HaD. Los datos se analizaron con programa STATA 13.

Resultados: Se incluyeron 384 pacientes con neumonía COVID que ingresaron en HaD de marzo a noviembre de 2020, con una proporción de varones de 52,9% y edad media de 62,6 años (IC95% 60,86-64,4, rango 19 a 103). Previo al ingreso, la media de síntomas fue de 8,3 días (IC95% 7,7-8,8); con una estancia media de 8,0 días (IC95% 7,5-8,6, rango 1 a 47). El 78,9% de los pacientes presentaban menos de 2 puntos en la escala de CURB-65 (0: 49,0%, 1: 30,0%, 2: 17,2%, 3: 3,4%, 4: 0,5%, 5: 0,0%) y el 88,3% presentaban menos de 12 puntos en la escala de MuLBSTA. El análisis multivariante detectó que las escalas de CURB-65 y MuLBSTA se relacionan con la mortalidad a 30 días de los pacientes: OR 13,0 (IC95% 4,1-41,5) y OR 3,7 (IC95% 1,2-11,3), respectivamente. Por otro lado, CURB-65 y MuLBSTA no se relacionaron con la necesidad de ingreso en UCI en este entorno: OR 1,7 (IC95% 0,5-5,6) y OR 1,3 (IC95% 0,3-6,4). Por otro lado, la escala de CURB-65 predice la necesidad de oxigenoterapia al alta (OR 6,8, IC95% 3,0-15,3) mientras que MuLBSTA no (OR 1,1, IC95% 0,3-3,9). No obstante, hay que tener en cuenta que, en este estudio, solo se registró la mortalidad a 30 días: esto podría suponer un sesgo infravalorando la relación con la escala de MuLBSTA que evalúa eventos a 90 días.

Conclusiones: Las escalas CURB-65 y MuLBSTA se relacionan con la mortalidad a 30 días de los pacientes ingresados por COVID en Hospitalización a Domicilio. No obstante, dichas escalas no se relacionan con complicaciones durante el ingreso (ingreso en UCI) aunque CURB-65 puede ser útil para predecir la necesidad de oxigenoterapia al alta.

732. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO COVID-19: MODELO MIXTO EN EL HOSPITAL INFANTA CRISTINA

Alejandro Estrada Santiago, Juan Miguel Antón Santos, Yolanda Majo Carbajo, Ana Belén Pomedá Calderón, Mª Victoria Gómez García, Francisco Rodríguez Pino, María del Saz Batres, Alberto Forero de la Sotilla, María de Castro García y Pilar Cubo Romano

Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid, España.

Palabras clave: Hospitalización a domicilio. COVID-19. Oxigenoterapia.

Introducción: En nuestro hospital existe un programa de teleconsulta destinado a evitar ingresos desde urgencias, de pacientes con neumonía COVID-19 de bajo riesgo. Por eso los pacientes que ingresan en planta, tienen criterios de peor pronóstico por la propia enfermedad, por ser de edad avanzada o pluripatológicos. En octubre de 2020 la unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD) puso en marcha una línea específica para tratar a pacientes con COVID-19 en su domicilio en un modelo de alta precoz desde la planta. Se incluyeron pacientes con más de siete días de evolución de los síntomas, pero persistencia de insuficiencia respiratoria o pacientes con menos de siete días de evolución sin predictores de mala evolución por COVID-19, pero que ingresaban por edad avanzada o presencia de pluripatología. Se realiza una primera visita presencial el día del ingreso, por un médico y una enfermera, que incluye además de la va-

loración clínica, educación para la salud, instruyendo en el uso del pulsioxímetro, el manejo de la oxigenoterapia y la administración de medicación subcutánea. Posteriormente a diario se realiza consulta telefónica, indicándose tras la misma, qué pacientes necesitan también visita presencial. Además los pacientes pueden llamar a la unidad a demanda todos los días de la semana, si hay incidencias clínicas.

Resultados: Desde el 1 de octubre de 2020 hasta el 11 de febrero de 2021, se incluyeron 100 pacientes, con una edad media de 65 años, siendo el 56% hombres. En el 92% de los casos el motivo del ingreso en UHAD fue la persistencia de insuficiencia respiratoria, pudiéndose retirar la oxigenoterapia en el 79% de los casos en el momento del alta. Solo 4 pacientes precisaron reingreso hospitalario, y solo uno de ellos por empeoramiento respiratorio: los otros tres fueron por procesos diferentes. La estancia media fue de 11 días, con un ahorro de 1.100 estancias hospitalarias. Se realizó una encuesta de satisfacción en la que el 100% de los pacientes se mostraron satisfechos o muy satisfechos con el ingreso en domicilio.

Conclusiones: Un modelo de hospitalización a domicilio mixto, presencial y telefónico, permite manejar de forma simultánea a un mayor número de pacientes en régimen de hospitalización a domicilio de forma segura, y con un elevado grado de satisfacción por parte de los pacientes. Al acortar las estancias de los pacientes en planta de hospitalización se consigue liberar camas necesarias para pacientes más graves.

745. MARCADORES DE COINFECCIÓN EN PACIENTES COVID: ¿UNA TAREA PENDIENTE?

Joao Modesto dos Santos, María Hidalgo Santamaría, Pedro Ruiz Panalés, María Ruiz Castellano, Begoña Llorente Diez, Irene Beatriz Ariño Pérez de Zabalza, Uxua Asín Samper, Vanesa Antoñana Saenz y Gracia Lanzas Pro

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.

Palabras clave: Hospitalización a domicilio. COVID. Procalcitonina.

Introducción y objetivos: En el tratamiento de pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 (COVID) se han utilizado distintos marcadores bioquímicos para orientar la sospecha diagnóstica de una coinfección bacteriana. Se pretende evaluar el valor de la proteína C-reactiva (PCR) y la procalcitonina (PCT) como marcadores bioquímicos de coinfección en estos pacientes durante su ingreso en hospitalización a domicilio (HaD).

Material y métodos: Se presenta un estudio observacional retrospectivo que evalúa la PCR y PCT como biomarcadores de coinfección de pacientes ingresados con neumonía COVID en una unidad de HaD de un hospital terciario de referencia. Los datos se analizaron con programa STATA 13.

Resultados: Se incluyeron 383 pacientes con neumonía COVID que ingresaron en HaD entre marzo y noviembre de 2020, con una proporción de varones de 52,9% y edad media de 62,6 años (IC95% 60,86-64,4, rango 19 a 103). Previo al ingreso, la media de síntomas fue de 8,3 días (IC95% 7,7-8,8); con una estancia media de 8,0 días (IC95% 7,5-8,6, rango 1 a 47). El valor medio de PCR en la muestra global estudiada fue de 53,7 mg/dL (IC95% 48,5-59,0) y de PCT 0,07 ng/mL (IC95% 0,03-0,11). En la muestra estudiada se informó de sospecha clínica de coinfección en 27,9% de los pacientes (107), conllevando en todos ellos el inicio de antibioterapia empírica. El valor medio de la PCR en los pacientes con sospecha de coinfección (61,8 mg/dL, IC95% 50,6-73,0) no difería de manera significativa de los pacientes sin sospecha de coinfección (50,6 mg/dL, IC95% 44,8-56,5) (diferencia 11,2, IC95% -0,6-22,9). Por otro lado, el valor medio de la PCT en los pacientes con sospecha de coinfección (0,15 ng/mL, IC95% 0,00-0,30) fue superior, de manera estadísticamente significativa, a la media de PCT de los pacientes sin sospecha de coinfección

(0,04 ng/mL, IC95% 0,04-0,05) (diferencia 0,11, IC95% 0,02-0,20). Si bien la diferencia es estadísticamente significativa, los valores medios de PCT en ambos grupos se consideran como negativos (menores de 0,5). Así mismo, la magnitud de la diferencia hace cuestionable su aplicación clínica. Finalmente, hay que tener en cuenta que este estudio evalúa la coinfección basada en la sospecha clínica, no en hallazgos microbiológicos, lo que supone un sesgo relevante.

Conclusiones: La PCR y PCT no son útiles como biomarcadores de coinfección en pacientes con neumonía COVID. No obstante, se requieren estudios específicos dirigidos a evaluar su utilidad clínica.

893. NEUMONÍA COVID-19 EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO FACTORES DE RIESGO DE DERIVACIÓN

María Hidalgo Santamaría¹, M. Belén Salmón García², Pedro Ruiz Panalés¹, Eurne Bidegain Garbala², Elisabel Martínez Litago¹, María Vicenta Bonilla Henandez², Joao Modesto Do Santos¹, Lander Badiola Urquiaga² y María Ruiz Castellanos¹

¹Medicina Interna, Pamplona, España. ²Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.

Palabras clave: Hospitalización a domicilio. Derivación hospitalaria. Neumonía COVID-19.

Objetivos: Detectar factores asociados a la derivación hospitalaria (DH) de pacientes ingresados en Hospitalización a Domicilio (HAD) por neumonía COVID-19.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes > 18 años ingresados en HAD por neumonía COVID-19 procedentes de Urgencias o Atención Primaria desde el 13/03/21 al 06/12/21. Se han utilizado las pruebas de Fisher, U de Mann Whitney y regresión logística multivariable.

Resultados: Incluimos 384 pacientes de los cuales requirieron DH 77 (20,5%) con diagnóstico de neumonía grave el 68,8%. Las causas de DH fueron empeoramiento clínico 59 (80,8%), falta de soporte 11 (15,1%) o ambas 3 (4,1%). Tras la DH requirieron oxígeno de alto flujo o VMNI 7 (10,6%), ingresaron en UCI 22 (30,1%), fallecieron 11 (15,1%). La mortalidad aproximada en HC en dicho periodo fue del 14 al 20%. Al alta hospitalaria 13 (28,6%) precisaron oxígeno domiciliario. Los pacientes que requirieron DH fueron los de mayor edad (≥ 65 años 59,7% vs 38,5% $p < 0,05$), mayor puntuación en las escalas CURB-65 (≥ 2 puntos 36,4% vs 15,1% $p < 0,001$, OR 2,49 IC95% 1,12-5,51) y MULBSTA (≥ 12 puntos 23,4% vs 8,4% $p < 0,05$) y más coinfecciones bacterianas respiratorias (37,6% vs 24,5% $p = 0,03$). Los parámetros medidos al ingreso en HAD fueron diferenciales: saturación de oxígeno ($< 94\%$ 37,6% vs 18,1% $p < 0,001$, OR 2,35 IC95% 1,22-4,51), frecuencia respiratoria (≥ 24 respiraciones por minuto 38,9% vs 25,8% $p = 0,03$), frecuencia cardíaca (> 110 latidos por minuto OR 3,03 IC95% 1,11-2,28), días desde el inicio de los síntomas (< 7 días 50,6% vs 30% $p < 0,05$, OR 2,46 IC95% 1,34-4,52), linfocitos ($< 0,8 \times 10^9/L$ 16,9% vs 6,4% $p = 0,01$, OR 2,82 IC95% 1,11-7,11), ferritina (≥ 300 ug/L 48,1% vs 33,2%, $p = 0,01$), LDH (≥ 254 U/L 59,7% vs 40,3% $p < 0,05$, OR 2,36 IC95% 1,30-4,28), creatinina ($> 1,25$ mg/dL 16,8% vs 7,7% $p = 0,03$), proteína C reactiva (> 100 mg/L 25,9% vs 12,4% $p = 0,01$). No hayamos diferencias en sexo, tabaquismo, afectación radiológica o patologías previas salvo hipertensión arterial (49,5% vs 30,5% $p < 0,05$).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes ingresados directamente en HAD por neumonía COVID siguen evolución favorable. El 20,5% requirieron DH por empeoramiento clínico con mortalidad similar a la HC. La saturación de oxígeno, el nivel de linfocitos y LDH, ≥ 2 en la escala CURB 65 y la duración de síntomas < 7 días al ingreso se asocian de manera independiente con DH en nuestra población. Se requieren más estudios para identificar factores asociados a DH y mejorar la selección de pacientes candidatos

962. PROPUESTA DE UNA HERRAMIENTA PARA EL AUTOCUIDADO DE PACIENTES COVID INGRESADOS EN HAD

Andrea González Gutiérrez, José Celdran Bonafonte, Francisco José Ruiz Gómez y Fernando Ayala Izquierdo

UHAD Hospital Infanta Leonor, Madrid, España.

Palabras clave: Hospitalización a domicilio. COVID-19. Prevención.

Durante la crisis del COVID-19, las Unidades de Hospitalización a Domicilio (HAD) han contribuido a liberar miles de camas en los hospitales, así como a reducir los costes hospitalarios, las infecciones nosocomiales y el riesgo de contagio entre el personal sanitario. Asimismo, el paciente ha podido recibir un trato más individualizado, favoreciendo su bienestar al encontrarse en su entorno domiciliario y rodeado de sus familiares. Uno de los aspectos claves detectados durante la pandemia por el equipo del Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid), fue la incertidumbre y el miedo con el que pacientes y familiares se enfrentaban al ingreso con un diagnóstico de esta nueva enfermedad. A pesar de ser requisito indispensable que el paciente a ingresar se encuentre clínicamente estable y con sintomatología leve, la experiencia del equipo revela que en muchos casos los ingresos se complican. De este modo, la ansiedad de los pacientes aumenta tras no poder manejar sus propios síntomas en el domicilio. A partir de esta realidad, el equipo ha desarrollado una herramienta visual que ayuda a este tipo de pacientes a conocer en todo momento la situación en la que se encuentran y las actividades que tienen que realizar según su sintomatología. Este material es útil para cualquier paciente COVID, independientemente de su edad o su nivel cultural ya que sitúa a los pacientes en 3 niveles de gravedad por colores (leve-verde, moderado-amarillo y grave-rojo) y según la sintomatología que presentan. Además, relaciona estos niveles de gravedad con las actividades o cuidados que deben realizar en el domicilio para un total manejo de estos síntomas. Esta herramienta no solo favorece al paciente tratando de informarle sobre su proceso de enfermedad, sino que también mejora la comunicación HAD-paciente. Además, ofrece una información mucho más detallada de su situación y favorece su independencia durante el ingreso, disminuyendo así las visitas innecesarias al domicilio y reduciendo el riesgo de contagio entre los profesionales. También ayuda a reducir la sobrecarga de trabajo del equipo al recibir únicamente avisos de gravedad que precisan de una atención inmediata. De este modo, tanto pacientes como cuidadores, desde el primer día de ingreso, son conscientes de su situación y de la sintomatología a la que enfrentan, pero igualmente conocen las habilidades y los cuidados que deben implementar para que todo el proceso de ingreso se desarrolle de una forma segura.

1073. PAPEL DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

Vanesa Antoñana Saenz, Uxua Asín Samper, Gracia Lanzas Pro, Pedro Ruiz Panalés, María Hidalgo Santamaría, M. Belén Salmón García, Edurne Bidegain Garbala, Elisabel Martínez Litago, María. V Bonilla Hernández y María Ruiz Castellano

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.

Palabras clave: Neumonía. Hospitalización a domicilio. SARS-CoV-2.

Introducción: Y Objetivos: La hospitalización a domicilio (HaD) ha sido un pilar fundamental en el manejo de ciertos pacientes con enfermedad por SARS-CoV-2 durante la pandemia. Describimos el manejo de pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 en un servicio de HaD durante marzo-diciembre 2020.

Material y métodos: Se analizan retrospectivamente datos clínicos y epidemiológicos correspondientes a pacientes que ingresan por neumonía por SARS-CoV-2 desde Urgencias o Atención Primaria a una unidad de HaD de un hospital terciario. Análisis estadístico realizado con el programa STATA.

Resultados: Se incluyen 384 pacientes (52% hombres). Edad media de 62,6. Días de media desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso de 8,3. Estancia media de 8 días. El 34,6% padecía hipertensión arterial, 13,5% obesidad; 12% enfermedad bronquial; 9,6% diabetes mellitus tipo 2 y 4,2% inmunodepresión. El 5,4% de nuestros pacientes había sido diagnosticado de una neoplasia. 8,3% eran fumadores. Al ingreso, el 34% presentaba una saturación menor de 94% basal. Analíticamente el 9,4% presentaba linfocitos $< 0,8 \times 10^9/L$ y el 35,9% ferritina > 500 (10-200). Más de la mitad de nuestros pacientes (58,6%) presentaban neumonía bilateral. De ellos, el 27,3% en estado grave (saturación basal menor de 90). En relación al tratamiento administrado, el 69,76% recibieron esteroides siendo la dosis más frecuente la de 0,5 mg/Kg/día (60,87%) seguido de 1 mg/Kg/día (19,37%). Un 18,58% recibieron bolos de metilprednisolona endovenosos y solo el 2,6% tozilizumab. A un 27,9% se les añadió antibiótico por sospecha de coinfección bacteriana. El 91% llevaron tratamiento con heparina de bajo peso molecular; la mayoría a dosis profilácticas (69%). Casi la mitad (41,67%) requirieron oxigenoterapia a bajo flujo en domicilio. El 77,6% fueron dados de alta por evolución favorable, siendo solo el 17,97% derivado al hospital. El 2,34% fallecieron en el domicilio. Un 1,82% fallecieron en el hospital tras su traslado. Muy pocos pacientes (7,9%) requirieron al alta mantener oxigenoterapia.

Conclusiones: El manejo de ciertos pacientes seleccionados con neumonía por SARS-CoV-2 en HaD, es una opción segura gracias al seguimiento estrecho por parte de nuestros profesionales sanitarios y por la educación sanitaria dada a los cuidadores en el domicilio. La tasa de mortalidad de nuestra serie es menor al de otros trabajos publicados.

1096. NEUMONÍA POR SARS-CoV-2 EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD). PRIMERA VS SEGUNDA OLA

Irene Beatriz Ariño Pérez de Zabalza, Begoña Llorente Díez, Ángela Gómez Garduño, Uxua Asín Samper, Vanesa Antoñana Saenz, Gracia Lanzas Pro, Pedro Ruiz Panalés, María Hidalgo Santamaría, Belén Salmón García y María Ruiz Castellano

Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), Pamplona, España.

Palabras clave: Hospitalización a domicilio. Neumonía. COVID-19.

Objetivos: comparar características de los pacientes ingresados por neumonía COVID-19 en HAD del CHN en el primer y segundo periodo de la pandemia.

Material y métodos: estudio observacional retrospectivo. Se recogen pacientes ingresados en HAD por neumonía COVID procedentes de Urgencias o Atención Primaria. Análisis con STATA 13.

Resultados: En el primer periodo se analizaron 147 pacientes (13/3/20-30/4/20) y 237 en el segundo (1/8/20-6/12/20), de los 301 y 448 ingresados en COVID-HAD en dichos periodos respectivamente. La edad media fue: $59,2 \pm 17,3$ en el primer periodo y $64,7 \pm 17,5$ en el segundo ($p = 0,003$). Fueron mujeres el 53,7% en el primero y el 52,2% en el segundo. El Barthel medio fue 95,5 vs 90,3. En el segundo periodo tuvieron más comorbilidad, sin alcanzar significación. Fueron fumadores el 9,5% en el primer periodo y el 7,6% en el segundo. El 19,7% tenía CURB65 > 2 en el primer periodo frente al 21,9% en el segundo ($p = 0,001$). La puntuación en la escala MULBSTA fue: $7 \pm 4,2$ vs $7,1 \pm 5,1$. Desde inicio de síntomas hasta ingreso, pasaron $8,2 \pm 6,6$ días en la primera ola y $8,3 \pm 6,1$ en la segunda. En la primera ola el 25,9% tenía SatO₂ $< 94\%$ frente al 39,7%

en la segunda ($p = 0,006$). Tenían crepitantes exploratorios el 51,7% frente al 69,2% ($p = 0,001$). Preciso oxigenoterapia el 11,1% en el primer periodo frente al 24,5% en el segundo ($p < 0,001$). A nivel analítico, 10,2% tuvo dímero D > 1.500 en el primer periodo vs 13,5% en el segundo ($p = 0,001$), y PCR > 50 el 38,8% vs 41,4% ($p < 0,001$). En el tratamiento hubo diferencias a favor del segundo periodo: uso de corticoides (96,6% vs 26,5% ($p < 0,001$), vía de administración intravenosa (81% vs 55%) y metilprednisolona como el más usado (91,7% vs 71,8%). En el primer periodo el 80,9% recibió tratamiento antitrombótico frente al 96,2% del segundo ($p < 0,001$). La estancia media fue $8,6 \pm 6,6$ en el primero vs $7,6 \pm 5$ en el segundo (ns). Se diagnosticó de neumonía grave al 18,4% en el primero vs al 32,9% en el segundo ($p = 0,002$). Se dio de alta al 75,5% en la primera ola y al 78,9% en la segunda, y se derivó al hospital al 23,1% y al 18,2% respectivamente. Al alta, el 5,4% precisó oxígeno en el primer periodo y el 8% en el segundo (ns).

Conclusiones: En el segundo periodo los pacientes tenían mayor edad, comorbilidad, crepitantes y diagnóstico de neumonía grave y menor saturación. A pesar de ello no aumentó la estancia media ni las derivaciones al hospital. Se postula que fue por el mayor uso de corticoides y tratamiento antitrombótico.

1111. ANÁLISIS DE PACIENTES COVID-19 QUE FALLECEN EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL CHN

Eduarne Bidegain Garbala, Elisabel Martínez Litago, María Vicenta Bonilla Hernández, Joao Modesto Dos Santos, Lander Badiola Urquiaga, María Ruiz Castellano, Begoña Llorente Diez, Irene Beatriz Ariño Pérez de Zabalza, Angela Gómez Garduño y María Hidalgo Santamaría

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.

Palabras clave: Hospitalización a domicilio. COVID-19. Exitus.

Objetivos: Analizar las características, evolución y tratamientos de los pacientes que fallecen durante el ingreso por Neumonía COVID-19 en Hospitalización a Domicilio (HAD) del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de 384 pacientes diagnosticados de Neumonía COVID-19 que ingresaron de inicio en HAD del CHN durante la primera y segunda ola (13/03/2020-6/12/2020). Se incluyeron pacientes procedentes de Urgencias e ingresos desde Atención Primaria. Se seleccionaron los 21 pacientes que fallecieron durante su ingreso en HAD y los que requiriendo traslado a hospitalización convencional falleciendo en dicho ingreso. Se analizaron los datos mediante SPSS.

Resultados: En los 384 pacientes ingresados directamente en HAD por neumonía COVID-19 se registra una mortalidad del 5,5%. 20 pacientes fallecieron durante el ingreso y únicamente 1 paciente en los 30 días posteriores. 12 hombres y 9 mujeres. Edad media 81,3 años. Barthel medio 61. CURB 65 medio 1,67. MuLBSTA medio 9,5. La comorbilidad más frecuente fue la HTA (57,1%), enfermedad renal (38,1%) y demencia (23,8%). Los pacientes llevaban una media de 5,3 días de evolución de síntomas previo al ingreso en HAD. La estancia media (HAD) fue de 7,67 días. Se realizó radiografía de tórax al 90,4% de pacientes, objetivándose infiltrados bilaterales en 57,8%. El 47,6% presentaron confección bacteriana. El 85,7% recibieron corticoides, 76,2% heparina a dosis profilácticas y 85% requirió oxígeno endonasal. El 66,6% de los pacientes fallecieron en domicilio con una edad media de 88 años, Barthel medio 41, CURB 65 medio 2,2, MULBSTA medio 9,6. A diferencia de los que requirieron traslado al hospital (33,3%) que presentaban una edad media de 76 años, Barthel medio 75, CURB 65 medio 1,25. MULBSTA medio 9,42. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre I. Barthel ($p = 0,028$) y CURB 65 ($p = 0,026$). El 75% de los pacientes fallecidos recibieron sedación. En HAD fue administrada mediante bombas elastoméricas

y en planta mediante suero perfusión continua endovenosa y/o bolos vía sc. Los fármacos más utilizados: morfina (66,6%), midazolam (66,6%) y buscapina (33,3%).

Conclusiones: De los pacientes con neumonía COVID-19 que ingresaron directamente en HAD fallecen el 5,5%. Los fallecidos en domicilio presentan un perfil de edad más avanzada, mayor dependencia y neumonía más grave frente a los que se trasladaron al hospital y fallecieron en dicho ingreso.

1160. CONVALECENCIA EN DOMICILIO TRAS SARS-CoV-2 GRAVE

Sare Retolaza Lorenzo¹, Begoña Vázquez Vizcaíno¹, Jon Isasi Otaolea¹, Jose Antonio Arancón Vaquero¹, Loreto González Martínez¹, Estibaliz Montoya Ortiz de Zárate², Maite Miranda Artieda³, Jose Manuel Rodríguez Chiniesta⁴, Sonia Castro Quintas⁵ y Zohartze Larizgoitia Elejalde⁶

¹Servicio de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario de Cruces. Osakidetza, Barakaldo, España. ²Programa de Atención Psicosocial Fundación La Caixa, Barakaldo, España. ³Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario de Cruces. Osakidetza, Barakaldo, España. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Cruces. Osakidetza, Barakaldo, España. ⁵Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Cruces. Osakidetza, Barakaldo, España. ⁶Enfermera de Prácticas Avanzadas. Hospital Universitario de Cruces. Osakidetza, Barakaldo, España.

Palabras clave: Convalecencia. Domicilio. Complejidad.

Introducción: La crisis sanitaria y la importante relación del SARS-CoV-2 con la enfermedad crítica crónica y la debilidad muscular adquirida en Unidades de Críticos, ha redimensionado la necesidad de dinámicas multidisciplinares, llevando a consensuar entre los profesionales implicados planes individualizados para cada paciente durante su estancia en el hospital de agudos. Pese a alcanzar cierta estabilidad clínica, existe un número de pacientes de alta complejidad que aún precisan gran cantidad de recursos sanitarios e intervenciones para su recuperación funcional. Entendiendo que el hogar constituye la ubicación idónea para los pacientes, proponemos HaD como alternativa a la convalecencia en hospitales de subagudos.

Objetivos: Reorientar la asistencia con el objetivo de favorecer la recuperación de la funcionalidad, disminuir la estancia hospitalaria, las complicaciones de los ingresos prolongados, detectar y tratar precozmente complicaciones y evitar así reingresos.

Material y métodos: Estudio descriptivo del pilotaje de un programa de rehabilitación multimodal en domicilio. Centrando las intervenciones en 4 áreas: rehabilitación motora y respiratoria, soporte nutricional y emocional y un grupo de prestaciones individualizadas: terapia antimicrobiana endovenosa domiciliaria, curas complejas y manejo de drenajes, sondas y traqueostomas. Se analizan: perfil del paciente y su comorbilidad (I. Charlson), características de intervenciones hospitalarias realizadas, monitorización de la funcionalidad mediante FIM, estancias hospitalarias evitadas, tasa de retornos al hospital e impacto en la calidad de vida.

Resultados: Presentamos los resultados preliminares del programa. Desde junio del 2020 hasta febrero, se han atendido 12 pacientes convalcientes tras SARS-CoV-2 grave. Estas 12 personas tienen en común su alta complejidad clínica, con gran necesidad de atención especializada. Se ha obtenido una buena recuperación funcional, una tasa de reingresos baja y la satisfacción del paciente y familia.

Conclusiones: La hospitalización a domicilio es un modelo que ofrece servicios sanitarios especializados en el hogar de los pacientes. Caracterizado por la intensidad y la complejidad de los cuidados y prestaciones ofrecidas. La estructura y expertización de sus profe-

sionales, en colaboración con otros especialistas, permiten desarrollar con éxito un complejo programa de rehabilitación integral para SARS-CoV-2 grave en domicilio.

1184. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA COMO ALTERNATIVA EN PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO

Iris Violeta de la Rocha Vedia¹,

María Eugenia Choqueticlla Choque², Diego Canqui Ala³, René Alberto Villena Sejas⁴, Abraham Chuquimia Mollo⁵ y Saúl González García⁶

¹Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España. ²Hospital México, Cochabamba, Bolivia. ³Centro de Salud Familiar La Esperanza, Comuna de Peumo, Chile. ⁴Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles-Madrid, España. ⁵Hospital General San Juan de Dios, Oruro, Bolivia. ⁶Centro de Especialidades, Ciudad Real, España.

Palabras clave: Hospitalización Domiciliaria. COVID-19.

Introducción: Desde el inicio de la emergencia epidemiológica por la pandemia de COVID-19, los países en vías de desarrollo son los que han sufrido en mayor medida el impacto sociosanitario y económico. Bolivia, con 11,35 millones de habitantes, cuenta con 1,28 camas de hospital/1.000 habitantes y 1,61 médicos/mil habitantes, presenta 2.085,17 casos/100.000 hab y una tasa de letalidad de 98,67/100.000 hab. Un sistema sanitario en su mayoría privado, en el que el Sistema Universal de Salud, no cubre económicamente el costo de toda la medicación ni de terapia intensiva; y que, tanto en la primera como en la segunda ola, se han visto con colapso de hospitales; surge la hospitalización domiciliaria como alternativa, con colaboración de alumnos de último año de medicina, enfermería, médicos generales y especialistas, que puedan colaborar tanto de forma presencial como a distancia. Presentamos los casos en los que colaboró el grupo Médicos Unidos COVID-19, grupo de galenos bolivianos que se encuentran dentro y fuera de ese país, de mayo a noviembre del 2020 de pacientes con casos moderados, graves y de cuidados paliativos.

Resultados: Se atendieron 91 pacientes, 52 (57,1%) varones y 39 (42,9%) mujeres, con una media de edad de 52,84 años (18-82), de los cuales 63,7% casos moderados y 36,3% graves. 20 (22%) tuvieron que ingresarse en un hospital. Se utilizó tratamiento por vía intravenosa en 60 enfermos (65,9%) y oxigenoterapia en 45 pacientes (49,5%). El porcentaje de fallecidos fue del 8,8%, quienes recibieron además medicación paliativa.

Conclusiones: Nuestros pacientes tuvieron una mortalidad menor a la media de pacientes ingresados. La hospitalización domiciliaria es una alternativa de atención en pacientes moderados y graves afectos de COVID-19, pudiendo reducir así el colapso hospitalario en países en vías de desarrollo como Bolivia.

Bibliografía

1. Mujal A, Regalado J, Ruiz M, Mirón M, Basterretxea A, Estrada O, et al. Derivación a hospitalización a domicilio de pacientes con infección por COVID-19. *Hosp Domic.* 2020;4(2):59-67.
2. Bonanad C, García-Blas S, Tarazona-Santabalbina F, Sanchis J, Bertomeu-González V, Fácila L, Ariza A, Núñez J, Cordero A. The Effect of Age on Mortality in Patients With COVID-19: A Meta-Analysis With 611,583 Subjects. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(7):915-8.

1198. MORTALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DURANTE LA EPIDEMIA POR COVID-19

Francisco Javier Gomes Martín¹, Ariadna Masferrer García², Isabel Gómez de Argila³, Esperanza Castelar Delgado³, Marta Castillo Moreno⁴, Eva Ochoa Nieto⁴, María Carmen Sanz Ballester¹, Maura Nicolau Torroella⁵, Monica Gómez López⁶ y Esther Ferrer Cobo⁶

¹PADES, Atención Domiciliaria Integral, Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Blanes, España. ²Enfermería, Hospital a Domicilio, Atención Domiciliaria Integral, Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Blanes, España. ³Hospital a Domicilio, Atención Domiciliaria Integral, Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Calella, España. ⁴Enfermería, Hospital a Domicilio, Atención Domiciliaria Integral, Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Calella, España. ⁵Atención Domiciliaria Integral, Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Malgrat de Mar, España. ⁶Hospital a Domicilio, Corporació de Salut del Maresme i la Selva, Blanes, España.

Palabras clave: Mortalidad. Hospital a domicilio. Paliativos.

Introducción: Durante la pandemia por COVID-19 se observa un aumento de mortalidad en nuestra unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD): 7,18% en 2020 frente a 3,03% en 2019.

Objetivos: Conocer características epidemiológicas y clínicas de los pacientes fallecidos en nuestra unidad durante 2020.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Incluye las altas por defunción registradas en 2020 mediante revisión de historias clínicas.

Resultados: De 1.226 altas totales, 7,18% lo son por defunción. El 59,09% corresponden a mujeres. La edad media son 83,7 años (DE 10,58). 61,36% institucionalizados en centros geriátricos, en los que la edad media es mayor, 86,91 años (DE 7,29) frente a 78,62 años (DE 12,91) en pacientes no institucionalizados. El 43,18% estaban identificados como paciente crónico complejo (PCC) y en el 36,36% se había identificado necesidad de atención a la enfermedad crónica avanzada (MACA). Un 31,8% estaba incluido en PADES (Programa de Atención Domiciliaria Equipos de Soporte). Las patologías que motivaron los ingresos fueron: infección por COVID-19 (23,86%), otras infecciones respiratorias (12,5%), neoplasia avanzada (11,36%), insuficiencia cardíaca (11,36%), infección urinaria (11,36%), úlcera cutánea/celulitis (9,09%), enfermedad renal terminal (5,68%), EPOC/neumopatía crónica (4,54%) y miscelánea (10,23%). En un 11,36% de casos no constan datos que permitiesen anticipar el desenlace fatal. En 78 pacientes se anticipó evolución a situación de últimos días. En un 89,74% se instauró tratamiento de confort por vía subcutánea. En un 7,14% no se administró tratamiento subcutáneo previsto por ausencia de signos de disconfort. En un 4,28% no se indicó tratamiento subcutáneo a pesar de previsible mala evolución. La estancia media fue 5,37 días (DE 5,09, rango 1-24 días).

Conclusiones: Los pacientes que fallecen en HaD son ancianos con comorbilidades. La mayoría reside en centro geriátrico o tienen seguimiento por PADES. La patología que más frecuentemente ha motivado ingreso con desenlace fatal ha sido la infección por COVID-19. En la mayoría de casos se pudo anticipar la mala evolución y reorientar objetivo terapéutico. La epidemia por COVID-19 ha supuesto un reto para los servicios de Atención Domiciliaria con mayor complejidad clínica, carga laboral e impacto emocional; pero el ingreso en HaD favorece el final de vida en su domicilio habitual en aquellos pacientes con evolución desfavorable.