

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL SAN PEDRO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA RIOJA

M^a JOSÉ GÓMEZ GARCÍA¹
NATALIA MARTÍN BLANCO¹
MARÍA NÚÑEZ MURGA¹
MÓNICA GUARDIA TORRES¹
ISABEL VITORIA ALONSO¹
MARTA ZABALZA AZPARREN¹
JOSÉ CARLOS PARADIÑEIRO SOMOZA¹
TERESA ELÍAS SÁNCHEZ^{1*}

RESUMEN

La pandemia por COVID-19 ha supuesto un grave problema de salud que ha tensionado a todos los sistemas sanitarios, forzándolos a una rápida reestructuración para poder atender el gran aumento de la demanda generado.

En el caso de Hospitalización a Domicilio (HAD), la peculiaridad de realizar una asistencia de rango hospitalario en el lugar de residencia del paciente nos permitió priorizar la atención de los pacientes más vulnerables, a la vez que colaborar en la realización de pruebas diagnósticas y seguimientos relacionados con la COVID-19, pero con la dificultad de un entorno menos controlado y difícil (sobre todo en los centros sociosanitarios, donde más intensamente se vivió la virulencia del SARS-CoV2 durante los primeros meses de la pandemia).

La flexibilidad de la estructura organizativa de la Unidad de HAD, su relación transversal con el resto de las unidades y servicios, el trabajo en equipo multidisciplinar y la capacidad de adaptación del personal, han sido los pilares sobre los que se ha podido mantener una atención de calidad en momentos difíciles.

Palabras clave: Pandemia covid 19. Hospitalización a Domicilio. Trabajo multidisciplinar.

1. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario San Pedro.

* Autora de correspondencia: telias@riojasalud.es

The COVID-19 pandemic has been a serious health problem that has put stress on all health systems, forcing them to rapidly restructure in order to meet the large increase in demand generated.

In the case of Home Hospitalization (HAD), the peculiarity of providing hospital-level assistance in the patient's place of residence allowed us to prioritize the care of the most vulnerable patients, while collaborating in performing diagnostic tests and follow-ups related to COVID-19, but with the difficulty of a less controlled and difficult environment (especially in social health centers, where the virulence of SARS-CoV2 was experienced more intensely during the first months of the pandemic).

The flexibility of the organizational structure of the HAD Unit, its transversal relationship with the rest of the units and services, the multidisciplinary teamwork, and the adaptability of the staff, have been the pillars on which it has been able to maintain attention quality in difficult times.

Keywords: Covid-19 pandemic. Hospitalization at home. Multidisciplinary work.

1. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

La Hospitalización a Domicilio (HAD) se define como una alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y proporcionar cuidados similares a los dispensados en los hospitales (Shepperd, Illife, 2005. Shepperd *et al.*, 2016. Goncalvez- Bradley *et al.*, 2017). Es proporcionada por profesionales de salud especializados, durante un período de tiempo limitado, a pacientes que de otra manera habrían precisado atención en un hospital de agudos en cualquiera de sus áreas (Leff *et al.*, 2016. Levine *et al.*, 2020).

En marzo de 2004 entró en funcionamiento la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD) del Hospital San Pedro de Logroño (entonces Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro), y en 2007 se completó el desarrollo de esta modalidad en nuestra Comunidad Autónoma con la apertura de la unidad de la Fundación Hospital de Calahorra. Se dispone por tanto de Hospitalización a Domicilio en todos los hospitales públicos, y la cobertura alcanza al 99% de la población, lo que sitúa a La Rioja entre las comunidades autónomas con mayor desarrollo e implantación.

Para poder ser atendido en HAD sin menoscabar la seguridad del paciente, además de unas condiciones del entorno que permitan que los cuidados sean administrados en sus domicilios, y de la aceptación voluntaria por parte del paciente tras una información completa de esta modalidad de asistencia, es fundamental la estabilidad clínica de la patología a tratar, entendiéndose como estabilidad clínica que en el curso de la enfermedad no se prevea a corto plazo un empeoramiento agudo que implique la necesidad de atención en Cuidados Intensivos.

Se trata de administrar el mejor tratamiento en el mejor lugar terapéutico en cada momento de la enfermedad, y tiene unos objetivos bien definidos: mejorar la asistencia del paciente (mejor lugar terapéutico, asistencia integral, individualizada y humanizada, respetar la autonomía funcional y la independencia sociofamiliar, y promover los autocuidados), el aprovechamiento de los recursos sanitarios, la coordinación entre niveles asistenciales y la educación sanitaria del paciente.

Partiendo de estas premisas, en enero de 2016 se implantó en La Rioja, un programa de colaboración entre HAD del Hospital San Pedro y centros sociosanitarios (CSS), cuyo objetivo fundamental es proporcionar asistencia sanitaria de rango hospitalario en los propios CSS, evitando en lo posible el traslado al hospital de los pacientes, disminuyendo así la iatrogenia asociada al ingreso, aumentando la satisfacción del paciente y sus familiares, y mejorando la gestión hospitalaria.

2. COVID-19

A finales del año 2019 se identificó un nuevo coronavirus, denominado SARS-CoV2, como la causa de un grupo de casos de neumonía en Wuhan, ciudad de la provincia china de Hubei (Zhu *et al.*, 2019). Se propagó rápidamente, y el 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de coronavirus en China, como emergencia de salud pública de importancia internacional y el 11 de marzo como pandemia mundial (WHO, COVID-19).

El primer caso confirmado en España fue diagnosticado el 31 de enero en La Gomera, Gran Canaria y el 2 de marzo se diagnosticó el primer caso en la Comunidad de La Rioja. Ante la rápida expansión del virus, el 14 de marzo el Gobierno español decreta el estado de alarma en todo el territorio nacional con el objetivo de frenarlo.

La infección por SARS-CoV2, denominada COVID-19, y su alta capacidad de diseminación, ha cambiado el mundo a todos los niveles, en la forma en que vivimos, nos relacionamos y trabajamos, especialmente en el ámbito sanitario.

Desde los primeros momentos se vio que la COVID-19 era una infección que podía ser prácticamente asintomática, o presentar sintomatología que requería ingreso hospitalario (síntomas respiratorios, digestivos, cardiacos, neurológicos, tromboembólicos...), o evolucionar rápidamente a un distress respiratorio agudo severo que requería ventilación mecánica y atención en Cuidados Intensivos.

No se disponía, ni se dispone por el momento, de fármacos con indicación aprobada o eficacia clínica demostrada en humanos para el tratamiento definitivo de esta enfermedad, por lo que evitar el contagio y la diseminación ha sido el arma fundamental para el control de la pandemia.

Por otro lado, la edad se mostró desde el inicio de la pandemia como uno de los principales factores de mal pronóstico y de mortalidad. Entre los

factores de riesgo analizados en una cohorte china ya en marzo de 2020, tras ajustar las variables, en el modelo de regresión logística multivariable, sólo resultó asociada de forma significativa a la mortalidad la edad (OR 1,10; IC95% 1,03-1,17 por cada año de incremento; $p < 0,005$) (Zhou *et al.*, 2020). Estos datos se han visto posteriormente reforzados, en La Rioja, a fecha 07/05/21, cuando la vacunación ya se ha administrado a todos los residentes de CSS, la mortalidad total por COVID-19 era de 761 pacientes, y de ellos 300 residían en CSS (40%).

Esta forma de presentación, su gravedad en la población general y la mortalidad en mayores de 70 años ha afectado y tensionado a todas las estructuras sanitarias, y ha obligado a los sistemas sanitarios a realizar cambios profundos, organizativos, de gestión y logísticos. Los hospitales, centros de salud y centros sociosanitarios, se han enfrentado a importantes desafíos (falta de camas, de personal, de material incluyendo equipos de protección personal, valoraciones telefónicas, aislamientos...), tanto estructurales como en la propia atención sanitaria, provocando una dificultad para el tratamiento no sólo de pacientes infectados por SARS-CoV2, sino también del resto de los pacientes que han podido precisar atención médica por el resto de las patologías (Park *et al.*, 2020).

3. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Por sus características clínicas, el seguimiento en domicilio por HAD durante la infección aguda por COVID-19 no es el mejor lugar terapéutico para la población general, bien por no precisar seguimiento de rango hospitalario, bien porque si lo precisa aumenta el riesgo de empeoramiento brusco y necesidad de cuidados intensivos, una de las contraindicaciones para ingresar en HAD. Sin embargo, las características principales de la HAD son la transversalidad y la adaptabilidad. En la encuesta realizada desde la SEHAD (Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio) sobre la actividad desarrollada por las UHAD de España durante la pandemia, en la que participaron 85 de las 108 UHAD censadas, se pone de manifiesto que cada territorio ha pedido a sus unidades que desarrollen trabajos y asuman responsabilidades diferentes, en función de las necesidades de cada hospital (COVID en domicilio, en hospitales, no-COVID...).

Lo mismo se puso de manifiesto en el Congreso Mundial de la Hospitalización a Domicilio del año 2021, en el que cada país y cada región se han adaptado a las necesidades locales. En el hospital San Giovanni de Turín (región de Lombardia) los pacientes geriátricos y de extrema fragilidad fueron atendidos en sus domicilios, con el fin de liberar camas hospitalarias y optimizar recursos y personal (Tibaldi, 2021).

En la UHAD del Hospital San Pedro de Logroño, valorando la función de puente entre niveles asistenciales y entre servicios, nos planteamos varias líneas de actuación prioritarias, teniendo como principal objetivo mantener la calidad de la asistencia y la atención de los más vulnerables (pacientes sin

infección por SARS-CoV2 -población de edad avanzada y población joven inmunodeprimida o con comorbilidades-, y pacientes residentes en CSS), y ayudar a la gestión y sostenibilidad del sistema priorizando altas precoces e ingresos directos (sin precisar hospitalización convencional).

De esta forma, tras la creación de circuitos diferenciados para la atención COVID y no-COVID, y gracias a la colaboración de compañeros de otros servicios (fundamentalmente del servicio de Geriátrica) desarrollamos las siguientes líneas de actuación:

a) Potenciamos **el ingreso de pacientes no-COVID** desde plantas de hospitalización, asumiendo pacientes en momentos más precoces, para poder aumentar la rotación y mejorar la gestión de las escasas camas hospitalarias que se ofertaban en determinados momentos.

El ingreso de pacientes de manera más precoz (teniendo siempre en cuenta su seguridad) lo vemos de forma indirecta en el incremento de visitas por paciente (Tabla 1). El esfuerzo por incrementar las altas del hospital se observa en que el porcentaje de rechazos al ingreso en HAD sufrió un marcado descenso en 2020 (19,2% en 2019 frente al 12,8% en 2020). Es importante señalar que entre abril y mayo del 2020 no se rechazó ninguna solicitud de ingreso en HAD (Tabla 2).

Tabla 1. Visitas anuales	2019	2020
Camas	61	52
V. médicas	7217	5945
Por paciente	4,5	4,9
V. enfermería	16914	14741
Por paciente	10,9	12,2

Tabla 2. Solicitudes de ingreso rechazadas	2019	2020
	19,2%	12,8%

b) Aumentamos los **ingresos directos** (sin precisar ingreso en hospitalización convencional previo), desde la unidad de Pluripatológicos, unidad de Cuidados Paliativos, Urgencias y consultas externas, evitando en lo posible la movilización de pacientes, disminuyendo de nuevo la carga hospitalaria y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

c) Colaboramos con **Atención Primaria**, a través de asesoramiento telefónico, apoyo al diagnóstico y tratamiento, solicitud de equipos de oxigenoterapia si era necesario, y potenciando también cuando era posible los ingresos directos en HAD.

d) Priorizamos la atención a los más vulnerables a esta enfermedad, ampliando nuestra relación con los CSS, gracias a la colaboración del Servicio de Geriatría, creando un **programa de colaboración HAD-Geriatría-CSS-COVID**. Estuvo en funcionamiento desde marzo de 2020 a finales de mayo de 2020, con el objetivo no sólo de proteger a una población especialmente vulnerable y con alta mortalidad por COVID-19, sino también de evitar la propagación interna en sus centros de residencia, y de administrar el mejor tratamiento en el mejor entorno intentando minimizar riesgos personales, asistenciales y sociales.

Este programa se creó alrededor de un eje formado por un único teléfono de contacto de HAD para los médicos y responsables de las residencias, para poder cribar y derivar llamadas y recursos, y tres equipos de HAD diferenciados para valorar pacientes COVID y no-COVID.

- *Contacto telefónico*: Tanto para casos sospechosos de infección por COVID-19, casos positivos, como para cualquier otra interconsulta de otras patologías.
 - Manejo del paciente por parte del personal de la residencia, enviando desde el hospital los fármacos que se consideren oportunos.
 - Solicitud de equipos de oxigenoterapia si es necesario.
 - Envío de equipos HAD-Residencias (COVID y no-COVID) para valoración.
 - Envío de personal de enfermería para realización de frotis diagnósticos de SARS-CoV2.
 - Información de resultados de pruebas diagnósticas y consejos de actuación.
 - Derivación de pacientes a centro hospitalario de crónicos o de agudos.
- *Un equipo HAD-Residencias para pacientes no-COVID*: Equipo HAD (formado por un médico y enfermera), que realizaba las valoraciones y seguimiento de los pacientes en residencias como venía realizándose antes de la pandemia (ingresos directos, valoraciones, ajustes de tratamiento, seguimiento del ingreso).
- *Dos equipos HAD-Residencias para pacientes COVID*: Equipos formado por dos geriatras y dos enfermeras de consultas externas. Se incluyeron todas las residencias de La Rioja con excepción de la Rioja Baja (perteneciente a la Fundación Hospital de Calahorra). El seguimiento no presencial lo asumía HAD el resto del horario.
 - Seguimiento telefónico de los pacientes COVID con síntomas leves.
 - Solicitud de equipos de oxigenoterapia si es necesario.
 - Valoración de la capacidad in situ de aislamiento y tratamiento en residencias.

- Valoración clínica en la residencia de pacientes sospechosos con síntomas moderados-graves y realización de frotis SARS-CoV2.
- Valoración clínica y seguimiento, tratamiento y/o derivación de pacientes positivos con síntomas moderados-graves.

A partir de junio de 2020 se cerraron los dos equipos HAD-Residencias para pacientes COVID, manteniéndose el teléfono específico hasta septiembre de 2020. Posteriormente desde HAD se ha continuado con el programa de colaboración previo, (asesoramiento y atención presencial para pacientes no-COVID) y se ha mantenido el asesoramiento telefónico para los casos COVID.

El esfuerzo realizado para potenciar el ingreso directo en HAD desde todos los niveles asistenciales (CSS, Atención Primaria, Pluripatológicos, Consultas Externas, Cuidados Paliativos, Urgencias-UCE), para minimizar riesgos a los pacientes y disminuir la presión asistencial hospitalaria, manteniendo una atención de calidad, queda reflejado en el incremento del porcentaje de ingresos directos que se ha producido en el último año. Comparado con 2019, en donde se tramitaron 1920 solicitudes con un 27,1% de ingresos directos, en 2020 se realizaron 1389 solicitudes con un 36,4% de ingresos directos.

e) Colaboramos en la realización de **pruebas diagnósticas** de SARS-Cov2. El personal de enfermería de HAD y especialmente su supervisora, han tenido un papel activo fundamental desde el inicio de la pandemia y actualmente con el programa de vacunación. Inicialmente estos frotis diagnósticos se realizaban únicamente en el entorno hospitalario o en el domicilio del paciente, previa cita telefónica, para lo cual se contó con personal de enfermería de consultas externas y nuevos contratos. Al carecer de circuitos preestablecidos, se aprovechó la estructura informática de HAD, y por extensión, a todo el personal de HAD (médicos, enfermeras, secretarías): organización y gestión de las citas, realización de pruebas e información de resultados (desde HAD resultados sólo a CSS). Después vinieron las serologías, mejoró el acceso a las pruebas diagnósticas, los puntos de atención móviles, y la creación de un circuito para citas y gestión de resultados, y finalmente las vacunas.

f) La pandemia por COVID-19 ha afectado a todos los profesionales sanitarios, lo que ha propiciado el **trabajo colaborativo** y la formación de equipos multidisciplinares. Durante la primera ola, contamos con la colaboración de tres médicos geriatras, un neurólogo y un médico de familia. Así mismo, a lo largo de los meses, dos médicos de HAD han colaborado en el seguimiento telefónico de pacientes COVID y otros dos en plantas de hospitalización COVID.

g) Elaboración de un **folleto informativo** de prevención de infección por COVID-19, para el paciente y sus convivientes al ingreso en HAD, con el objetivo de minimizar el riesgo de contagio, especialmente tras la finalización del confinamiento domiciliario.

4. CONCLUSIONES

La pandemia por COVID-19 ha supuesto un grave problema sanitario que ha obligado a una reestructuración rápida de todo el sistema, afectando a todos los estamentos y a todo el personal sanitario.

Todos nos vimos obligados a adaptarnos a nuevas rutinas de trabajo para las que no estábamos preparados, lo que nos obligó a formarnos de forma inexcusable y continua para poder ofrecer y prestar los mejores servicios sanitarios a la población, siempre con las mejores garantías.

El caso de HAD fue todavía más complicado porque nuestra atención se realiza en el lugar de residencia del paciente, siendo este un entorno mucho menos controlado que en el hospital en cuanto a contagios se refiere, y más difícil aún fue la asistencia en centros sociosanitarios, donde más intensamente vivieron la virulencia del SARS-CoV2 durante los primeros meses de la pandemia.

Por todo ello ha sido fundamental la flexibilidad tanto de la unidad (asumiendo ingresos precoces y por tanto más agudos, ingresos directos y pacientes más vulnerables) como del personal, que se ha tenido que adaptar trabajando en circunstancias no siempre favorables, en ocasiones con falta de material adecuado, y desempeñando también labores telefónicas, administrativas y, especialmente, ofreciendo apoyo emocional en los momentos de más incertidumbre.

Ha sido también primordial el trabajo multidisciplinar y en equipo realizado, y en especial el programa de colaboración de HAD y Geriátría con los CSS, ofreciendo una atención clínica de la máxima calidad, con los medios y conocimientos disponibles, a los pacientes más vulnerables a esta nueva infección en unas circunstancias muy complicadas.

Sin embargo y aunque nuestro principal objetivo desde el inicio de la pandemia fue proteger a la población más frágil, creemos que desde el sistema sanitario y para próximas situaciones adversas, el punto de mira debe focalizarse más intensamente en los más vulnerables.

Las peculiaridades de la asistencia en HAD (conducción, dispersión, asistencia en lugares de residencia), y el hecho de realizarla en momentos en los que entrar en domicilios ajenos y en CSS creaba mucha inseguridad, hacen que agradezcamos especialmente la profesionalidad, compromiso y capacidad de adaptación, de todos los compañeros que han colaborado con HAD a lo largo de estos meses difíciles.

BIBLIOGRAFÍA

- Goncalves-Bradley, D. C., Iliffe, S., Doll, H. A., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., ... & Shepperd, S. (2017). Early discharge hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Leff, B., Soones, T., & DeCherrie, L. (2016). The Hospital at Home program for older adults. *JAMA Internal Medicine*, 176(11), 1724-1725.

- Levine, D. M., Ouchi, K., Blanchfield, B., Saenz, A., Burke, K., Paz, M., ... & Schnipper, J. L. (2020). Hospital-level care at home for acutely ill adults: a randomized controlled trial. *Annals of internal medicine*, 172(2), 77-85.
- Park, S., Elliott, J., Berlin, A., Hamer-Hunt, J., & Haines, A. (2020). Strengthening the UK primary care response to covid-19. *Bmj*, 370.
- Shepperd, S., & Iliffe, S. (2005). Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).
- Shepperd, S., Iliffe, S., Doll, H. A., Clarke, M. J., Kalra, L., Wilson, A. D., & Gonçalves-Bradley, D. C. (2016). Admission avoidance hospital at home. *Cochrane database of systematic reviews*, (9).
- Tibaldi V. HAD in the time of Covid 19. An Italian experience. World Hospital at Home Congress virtual, April 19-21, 2021. Disponible en <https://whahc.kenes.com>
- World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Reports. Disponible en : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., ... & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The lancet*, 395(10229), 1054-1062.
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., ... & Tan, W. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England journal of medicine*.