



HAD

www.revistahad.eu

HOSPITAL A DOMICILIO

VOL. 7 SUPPL 1 · AÑO 2023 · ISSN-L 2530-5115



Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

www.congreso-sehad.com

EDITORA: CENTRO INTERNACIONAL VIRTUAL DE INVESTIGACIÓN EN NUTRICIÓN (CIVIN)
C/ CLARA CAMPOAMOR 8-E, 03540 ALICANTE, ESPAÑA. · REVISTAHAD@REVISTAHAD.EU



HAD

www.revistahad.eu

HOSPITAL A DOMICILIO

ISSN-L 2530-5115 · DOI: 10.22585

ENTIDADES EDITORAS



Centro Internacional Virtual de Investigación en
Nutrición



Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

ENTIDADES COLABORADORAS



Vegenat[®]
HEALTHCARE

PÁGINA WEB

<http://www.revistahad.eu>

CONTACTO

Revista Hospital a Domicilio
Calle Clara Campoamor 8-E,
03540 Alicante, España
Teléfono: +34 666840787
editor@revistahad.eu

CONTACTO DE ASISTENCIA

Soporte técnico HAD
revista@revistahad.eu

EQUIPO EDITORIAL

<http://revistahad.eu/index.php/revistahad/pages/view/equipo>

ENVÍO DE TRABAJOS

<http://revistahad.eu/index.php/revistahad/about/submissions>

EVALUACIÓN POR PARES

<http://revistahad.eu/index.php/revistahad/about/editorialPolicies#peerReviewProcess>

DISEÑO

MOTU ESTUDIO
www.motuestudio.com

Hospital a Domicilio es una revista multidisciplinar de publicación trimestral (4 números al año), dirigida a los profesionales relacionados con la prestación de servicios de salud, en el domicilio, dependientes del hospital.

Es el órgano de expresión del Centro Internacional Virtual de Investigación en Nutrición – CIVIN (<http://www.civin.eu/>); y de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio – SEHAD (<http://www.sehad.org/>).

Su título abreviado normalizado es **Hosp Domic** y debe ser utilizado en las notas a pie de página y referencias bibliográficas que así lo requieran.

La revista, publica: editoriales, trabajos originales, originales breves, artículos de revisión (preferiblemente mediante técnica sistemática), artículos especiales y cartas al director/a o científicas, relacionados con la prestación de servicios de salud, en el domicilio, dependientes del hospital.

Nace en el año 2017 y se alinea con la *Open Access Initiative*, lo que significa que todo su contenido es accesible libremente sin cargo para el usuario final o su institución. Los lectores de la revista están autorizados a leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar o enlazar a los textos completos de los artículos de esta revista sin permiso previo del editor o del autor, según los términos de la licencia Creative Commons 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0).

La revista Hospital a Domicilio no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.



HOSPITAL A DOMICILIO

VOL. 7 SUPPL 1 · AÑO 2023 · OCTUBRE-DICIEMBRE

SUMARIO

9 // MEDICINA

- 10 //** Descriptivo de los pacientes de cirugía vascular ingresados en hospitalización domiciliaria
- 11 //** Puesta en marcha de la ecografía clínica en un servicio de Hospitalización a Domicilio
- 12 //** El zinc: un viejo desconocido. A propósito de un caso
- 13 //** Descripción de los factores precipitantes de descompensación de insuficiencia cardíaca y perfil del paciente con ingreso en Hospitalización a Domicilio
- 14 //** Serie de 11 casos: utilización de furosemida subcutánea en insuficiencia cardíaca avanzada. Un paso más en la adecuación del esfuerzo terapéutico
- 15 //** La adecuación del dispositivo vascular: un imprescindible en hospitalización a domicilio
- 16 //** Experiencia de pacientes que han recibido el servicio de hospitalización a domicilio (HAD) con diagnóstico Covid-19
- 17 //** Encuesta sobre nutrición artificial domiciliaria: ¿existen diferencias en las unidades de hospitalización a domicilio?
- 18 //** Transfusión de concentrados de hemáties a domicilio. Experiencia de una unidad de hospitalización a domicilio en un hospital comarcal tras 9 meses de implementación
- 19 //** HomeConnect
- 20 //** Programa de atención a residencias asistidas desde la UHD
- 21 //** Otitis externa maligna. Serie de casos de pacientes ingresados en una UHD
- 22 //** Incorporación de sistemas de control de calidad y gestión en la hospitalización a domicilio (HAD)
- 23 //** HAD-AI: hospitalización a domicilio de atención intermedia. Modelo de HAD adaptado a pacientes de perfil geriátrico. Descripción del primer año
- 24 //** Implementación de hospitalización a domicilio en el postoperatorio inmediato de cirugía bariátrica
- 25 //** Implantación de un circuito de atención continuada nocturna en un dispositivo de hospitalización a domicilio
- 26 //** Administración de Remdesivir iv en domicilio en pacientes COVID de riesgo

- 27 //** Conocimientos sobre la diversidad cultural y la normalización de los cuidados en hospitalización a domicilio (HAD). Visión del cuidador sobre el cuidado
- 28 //** Terapia de presión negativa de un solo uso en zonas de difícil sellado
- 29 //** Análisis del perfil funcional de los pacientes atendidos en una unidad de hospitalización domiciliaria. Justificación del rol de la terapia ocupacional
- 30 //** La HAD es una propuesta segura para la administración de hierro endovenoso en domicilio
- 31 //** Perfil y resultados de los pacientes ingresados en hospitalización a domicilio atención intermedia (HADA AI) Mutua Barcelona
- 32 //** Unidad de hospitalización a domicilio con pacientes quirúrgicos: un año de experiencia
- 33 //** Administración de hierro carboximaltosa intravenoso en el domicilio. Experiencia en HAD de Mutua Terrassa
- 34 //** Importancia de la desprescripción en la hospitalización a domicilio en centros sanitarios
- 35 //** Un nuevo reto en cuidados de enfermería. Tras el alta precoz de pacientes trasplantados de médula ósea ¿es posible la administración del esquema antibiótico en el domicilio mediante el uso de bombas de perfusión intermitente?
- 36 //** Seguridad Clínica: mejorar procesos minimizando riesgos
- 37 //** Evolución de las técnicas de paracentesis paliativa en una unidad pequeña de hospitalización a domicilio
- 38 //** Buenas prácticas ante la canalización del acceso venoso ecoguiado en el domicilio
- 39 //** Terapia larval en UHD. A propósito de un caso
- 40 //** Lesiones cutáneas de evolución tórpida en anciana con insuficiencia cardíaca
- 41 //** Circuito asistencial de pacientes en régimen HAD sin visita a domicilio
- 42 //** Uso de la vía subcutánea en la práctica clínica en hospitalización a domicilio en centros sociosanitarios
- 43 //** Tratamiento precoz con Remdesivir para prevenir el desarrollo de enfermedad grave por SARS-CoV-2 en pacientes trasplantados renales
- 44 //** Seguridad en la administración de carboximaltosa férrica en la unidad HAD del Área de Salud de Tudela
- 45 //** Terapia de desbridamiento larval en el domicilio
- 46 //** Reevaluación, aplicación y mejora del protocolo de transfusión en domicilio
- 47 //** Profilaxis con Remdesivir en domicilio a pacientes vulnerables con infección por SARS-COV-2
- 48 //** Administración de carbidopa/levodopa intraduodenal en HAD
- 49 //** Interacción entre Hospitalización a Domicilio (HADO) y la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) en 2021. I: de UCP a HADO
- 50 //** Interacción entre Hospitalización a Domicilio (HADO) y la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) en 2021. II: de UCP a HADO
- 51 //** Lesión en paciente con etiología venosa ¿Cuál es el kit de la cuestión?
- 52 //** Protocolo de manejo del tromboembolismo pulmonar de bajo riesgo en hospitalización domiciliaria del hospital Sierrallana (Servicio Cántabro de Salud, Torrelavega)
- 53 //** Manejo de diverticulitis aguda (DA) en hospitalización a domicilio (HAD) en el Hospital Universitario de Navarra (HUN)

- 54 //** Proyecto de implantación de Unidad de Terapia Endovenosa (UTI) en hospitalización a domicilio (HAD) en el hospital universitario de navarra (HUN)
- 55 //** Catéteres de línea media: ¿presente o futuro de la hospitalización a domicilio?
- 56 //** Aplicabilidad de la escala de Resvech 2.0 en la resolución de una lesión por presión de larga evolución en un paciente crónico complejo
- 57 //** Descripción del Desarrollo de Registro Clínico Electrónico en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile
- 58 //** Factores de riesgo para reingreso en el hospital desde hospitalización a domicilio
- 59 //** Factores de riesgo de portadores de microorganismos multirresistentes en una serie de pacientes ingresados en HaD durante un año
- 60 //** Implementación de un protocolo de transfusión extrahospitalaria. Cosas que la pandemia trajo para quedarse
- 61 //** Evitación de ingreso; objetivo HAD
- 62 //** Evolución en la complejidad. GMA del ingreso en una unidad de hospital de tercer nivel
- 63 //** Población atendida en UHAD
- 64 //** Comparación de las características clínicas, tratamiento instaurado y resultados entre las diferentes olas de COVID-19 en pacientes ingresados en una unidad de hospitalización a domicilio
- 65 //** Análisis de los pacientes con lesiones en extremidades inferiores en una unidad de HAD
- 66 //** Implementación de la administración de Daratumumab en régimen de hospitalización a domicilio (HAD)
- 67 //** ¿Cuáles son los cambios asistenciales más llamativos en la evolución histórica de unaHAD quirúrgica (HADQ)?
- 68 //** Caso clínico: Neumoperitoneo preoperatorio progresivo en hospitalización domiciliaria como parte del tratamiento de las hernias gigantes de la pared abdominal
- 69 //** Manejo de la diverticulitis aguda en hospitalización a domicilio del hospital de Laredo
- 70 //** Análisis del tipo y tiempo de respuesta de la continuidad asistencial en domicilio
- 71 //** Colangitis agudas grado II o moderadas ¿pueden “esperar” en hospitalización a domicilio el drenaje de la vía biliar?
- 72 //** Estudio descriptivo de las infecciones urinarias en el año 2021 en el Hospital Moisés Broggi
- 73 //** Mejora funcional según la vía de ingreso en hospitalización geriátrica domiciliaria integral
- 74 //** Celulitis extraña en joven varón
- 75 //** Descripción de las transfusiones de hematíes en paciente paliativo y crónico realizadas en el Hospital Universitario de Cruces en 12 meses
- 76 //** Optimización de visitas con infusores elastoméricos
- 77 //** Relación de la escala Gijón sobre el mantenimiento de la cura de un PICC en pacientes ingresados en hospitalización a domicilio
- 78 //** Experiencia sobre el uso en hospitalización a domicilio del tratamiento endovenoso con prostaglandinas en pacientes con isquemia de extremidades inferiores
- 79 //** Ingreso de la cirugía bariátrica en hospitalización a domicilio
- 80 //** Manejo del dolor postoperatorio en hospitalización a domicilio
- 81 //** Experiencia y seguridad de la administración de Remdesivir a nivel domiciliario

- 82 //** Encuesta de satisfacción al servicio de hospitalización a domicilio 2021
- 83 //** Manejo de pacientes con catéter pleural tunelizado permanente en hospitalización a domicilio
- 84 //** Tratamiento antibiótico intravenoso en la unidad de hospitalización a domicilio
- 85 //** Rotación del residente MIR de primer año de cirugía general y hospitalización a domicilio (HAD)
- 86 //** Acercando el sevoflurano al ámbito domiciliario ¿mito o realidad?
- 87 //** Proyecto de integración de trabajo social en una unidad de hospitalización a domicilio
- 88 //** Sedación en un servicio de hospitalización a domicilio
- 89 //** Soporte transfusional en enfermos hematológicos en hospitalización a domicilio
- 90 //** Utilización de la herramienta 3D/3D+ para el cribaje de pacientes mayores frágiles en urgencias tributarios de hospitalización a domicilio
- 91 //** Abordaje de los procedimientos quirúrgicos con postoperatorio en hospitalización a domicilio
- 92 //** Protocolo de hospitalización domiciliaria de pacientes intervenidos quirúrgicamente según las recomendaciones de la guía RICA
- 93 //** Prestación de ayuda a morir en domicilio
- 94 //** Manejo una cura con terapia de presión negativa en un paciente ingresado en hospitalización domiciliaria integral geriátrico
- 95 //** Una nueva estrategia para optimizar a los pacientes oncológicos prequirúrgicos: Nutrición Parenteral Domiciliaria Preoperatoria (NPDPREOP) con Hospitalización a Domicilio (HAD)
- 96 //** ¿Por qué retornan al hospital los pacientes desde hospitalización a domicilio?
- 97 //** Relación entre un Programa de Atención Paliativa Compartida (PAPC), hospitalización a domicilio (HADO) y el fallecimiento en domicilio
- 98 //** Intervención grupal para cuidadores de pacientes ingresados en hospitalización a domicilio integral a través del mindfunless

99 // ENFERMERÍA

- 100 //** Un modelo de colaboración contra los microorganismos multirresistentes (MMR)
- 101 //** Impacto de un protocolo de valoración nutricional en una adecuada codificación de desnutrición relacionada con la enfermedad
- 102 //** Administración de remdesivir en domicilio a pacientes con COVID 19 leve
- 103 //** Descripción de la relación entre cuidador y cuidado según la teoría de la transculturalidad. Subestudio en Hospital Mutua de Terrassa
- 104 //** Circuito de ingreso de pacientes con diverticulitis aguda en una unidad de hospitalización a domicilio
- 105 //** Terapia larval como alternativa al tratamiento convencional de úlceras en hospitalización a domicilio
- 106 //** Estudio de costes en el 2019 de la unidad de hospitalización a domicilio (HAD) del Hospital Germans Trias I Pujol
- 107 //** Tratamiento diurético intravenoso (TDIV) guiado por CA 125 en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) avanzadas atendidos en hospitalización a domicilio (HAD)

- 108 //** Administración de hierro endovenoso en paciente con enfermedad renal crónica en hospital de día a domicilio
- 109 //** Promoción del autocuidado al paciente ingresado en hospitalización a domicilio
- 110 //** Aspectos generales de la bacteriemia en hospitalización domiciliaria
- 111 //** Circuito de ingreso directo en hospitalización a domicilio desde atención primaria
- 112 //** Los inicios en HAD del h. Universitario Infanta Sofía (San Sebastian de Los Reyes, Madrid)
- 113 //** Implementación de una vía clínica para la artroplastia total de cadera ambulatoria y el alta hospitalaria el mismo día integrada con hospitalización a domicilio
- 114 //** Infusión de anticuerpos monoclonales en una unidad de hospitalización a domicilio pediátrica
- 115 //** UHAD: Eslabón dinámico en un caso de endocarditis
- 116 //** La ampliación y diversificación de la unidad de hospitalización a domicilio en un hospital terciario. Un ejemplo de adaptación a un escenario cambiante
- 117 //** Aplicación de redes neuronales artificiales para la detección de pacientes potencialmente aptos a recibir hospitalización a domicilio
- 118 //** Prestación de ayuda para morir. Experiencia de nuestro servicio de hospitalización a domicilio tras la aprobación de la ley reguladora
- 119 //** Análisis de las interconsultas recibidas en la unidad de hospitalización a domicilio de un hospital de tercer nivel por insuficiencia cardiaca durante un año
- 120 //** Características basales y evolución de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en una unidad de hospitalización a domicilio de un hospital de tercer nivel
- 121 //** Antibioterapia intravenosa (TADE): Evaluación de los pacientes bajo TADE procedentes de Urgencias (URG) y de la Unidad de Corta Estancia (UCEU)
- 122 //** Antibioterapia intravenosa domiciliaria (TADE): Piperacilina -Tazobactam (P/T) en perfusión continua intravenosa (PC)
- 123 //** Evaluación de la experiencia de una unidad HAD en antibioterapia intravenosa (TADE)
- 124 //** Evaluación del manejo de 78 casos de endocarditis infecciosa (E I) infecciosa en régimen HAD
- 125 //** Independencia y rehabilitación funcional: intervención de terapia ocupacional en hospitalización domiciliaria geriátrica integral
- 126 //** ¿Es posible acortar la duración del tratamiento antibiótico endovenoso de las diverticulitis agudas? Experiencia de un año tras la implantación de un protocolo
- 127 //** Análisis de los pacientes atendidos con necesidades de cuidados paliativos en el año 2021 en un servicio de hospitalización a domicilio
- 128 //** Rehabilitación en fisioterapia de paciente amputado de la extremidad inferior en hospitalización a domicilio integral
- 129 //** Hospitalización a domicilio, una alternativa al ingreso convencional
- 130 //** Contrato de Gestión Clínica ¿Una buena herramienta para consolidar un Servicio de HAD en la estructura hospitalaria?
- 131 //** Encuesta telefónica con índice NPS como herramienta de evaluación de la calidad percibida y de mejora en una unidad de hospitalización a domicilio
- 132 //** Atención especializada conjunta en un acto único en pacientes remitidos desde cirugía vascular (CV) a hospitalización a domicilio (HAD)

133 // Implicación de las unidades de hospitalización a domicilio (HAD) en el seguimiento de los pacientes paliativos

134 // Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización a domicilio durante la primera ola de la pandemia por COVID-19

135 // Caso clínico. Tratamiento de la herida compleja tras amputación quirúrgica con apósito anti-oxidante Reoxcare®

136 // Día a día en el domicilio con cura de terapia de presión negativa

137 // Manejo de pacientes neuromusculares y ventilación mecánica no invasiva en domicilio

138 // FISIOTERAPIA

139 // Administración de Cefiderocol en hospitalización a domicilio

140 // Telemonitorización del paciente en ventilación mecánica

141 // Prevalencia de infección relacionada con la atención médica en la atención domiciliaria

142 // Tecnología como herramienta en el trabajo asistencial de la unidad de hospitalización a domicilio

143 // TRABAJO SOCIAL

143 // Puesta en marcha de un programa de rehabilitación multimodal en el domicilio

144 // Hospitalización domiciliaria geriátrica integral en el área metropolitana de Barcelona



MEDICINA



Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

www.congreso-sehad.com



DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES DE CIRUGIA VASCULAR INGRESADOS EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

A. Arenas Miquelez¹, I. Martínez de Narvajas Urra¹, D. Aguiar Cano¹, A. Vilas Enriquez¹, S. Salinas Urra¹, M. Ruiz Castellano¹
¹Hospital Universitario de Navarra.

Introducción

- Los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Vascular (CV) presentan una **importante comorbilidad y fragilidad**. Esto hace necesario un enfoque multidisciplinar y la utilización de recursos que disminuyan la estancia hospitalaria y sus complicaciones.
- En el Servicio de CV del Hospital Universitario de Navarra ingresaron 942 pacientes en 2021 (estancia media de 11.3 días).
- La hospitalización domiciliaria (HAD) es una modalidad asistencial eficaz que permite disminuir el ingreso hospitalario, mejorando la calidad asistencial.

Objetivos

- Describir las características clínicas y demográficas de los pacientes del Servicio de CV remitidos a HAD en 2021.

Material y método

- Estudio **descriptivo, retrospectivo**, unicéntrico. Se evaluaron variables epidemiológicas, motivo de ingreso, tratamiento, estancia media y reingresos.

Resultados

- En 2021, el Servicio de CV hizo 109 consultas a HAD (57 procedían de planta y 52 de Consultas), de ellas, ingresaron **95 pacientes** en HAD (87,2%). La edad media fue 73 años, siendo el 78% varones. La estancia media fueron 14.36 días.

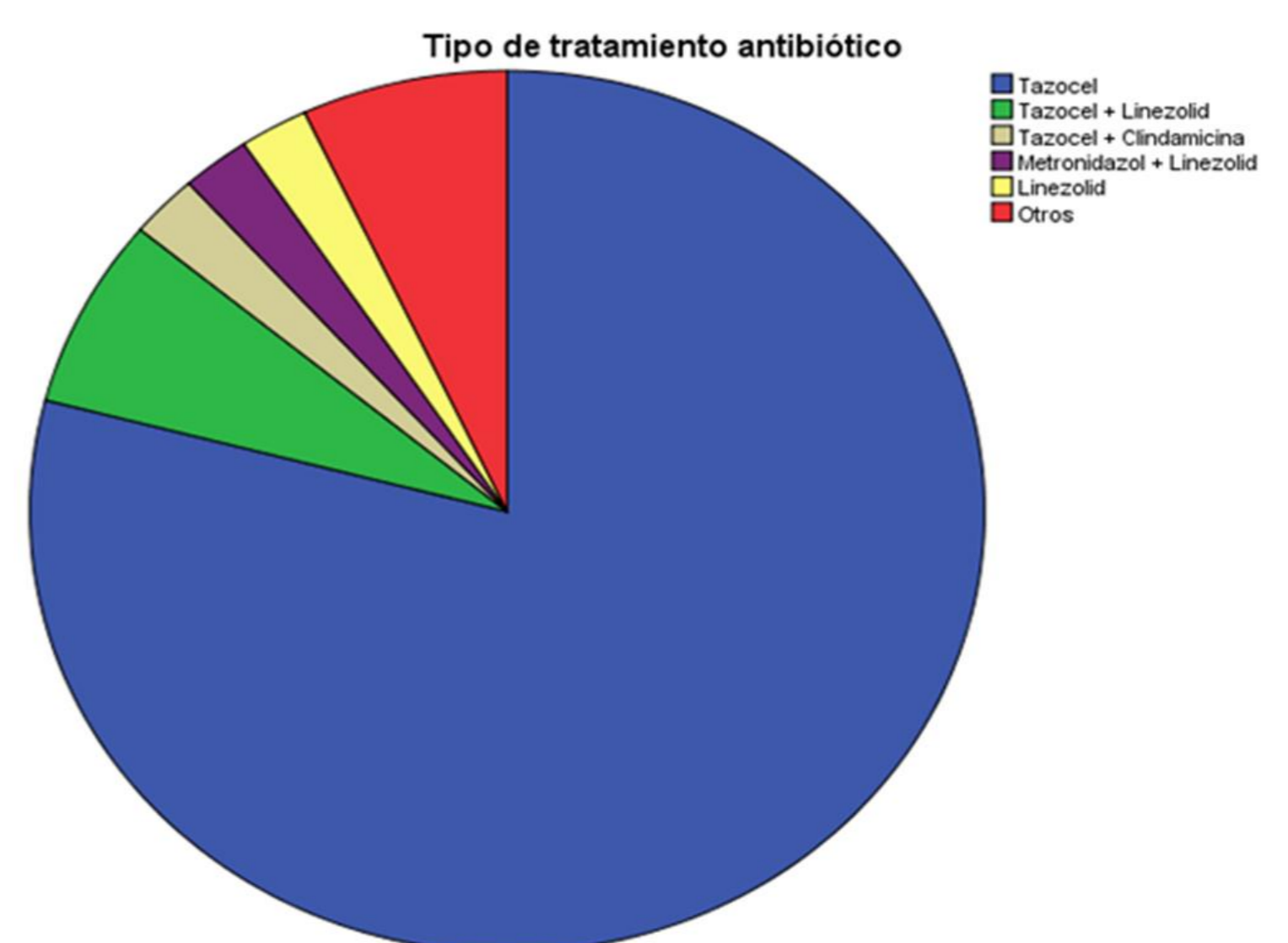
- **Motivo de ingreso:**

	n (Porcentaje)
-Nefroprotección	39 (35,8%)
-Sobreinfección Pie Diabético /Úlceras vasc	47 (43,1%)
-Isquemia	23 (21,1%)

- **Excluyendo** los pacientes para **Nefroprotección:**

- 43 (76.8%) llevaron antibioterapia (Tazocel-79%),
- 50 (89.3%) precisaron curas,
- 11 (19.6%) prostaglandinas,
- 5 (8.9 %) portaron VAC.

- **Destino al alta:** -81(85%) – remitidos a consultas de CV
-7 (7.4%) – ingresan en el hospital por empeoramiento clínico
-1 (1.1%) – exitus



Conclusiones

- HAD es un **modelo seguro y eficaz** para disminuir la estancia hospitalaria en pacientes de CV seleccionados.
- Consideramos como **área de mejora aumentar la derivación postquirúrgica precoz** desde la planta de CV, ya que contribuiría a **disminuir las complicaciones** asociadas al ingreso: descompensación de patologías de base, deterioro funcional, síndrome confusional, desnutrición, infección nosocomial, entre otras.



Puesta en marcha de la ecografía clínica en un servicio de Hospitalización a Domicilio

Iratxe Martinez de Narvajás Urra, Sergio Arnedo Hernández, Arantzazu Arenas Miquelez, Diego Aguiar Cano, Joao Modesto Dos Santos, Uxua Asin Samper, María Ruiz Castellanos
Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

OBJETIVOS

La ecografía clínica constituye un complemento diagnóstico a la exploración física convencional. En febrero de 2022 se incorporaron 2 ecógrafos portátiles a la cartera de servicios de Hospitalización a Domicilio (HaD) del Hospital Universitario de Navarra.

El objetivo del estudio es evaluar el uso de la ecografía clínica en dicho servicio.



MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo de los pacientes a los que se realizó una ecografía a pie de cama en los 4 primeros meses de puesta en marcha de la ecografía clínica (marzo a junio de 2022) en un servicio de HaD. Se registraron las características de los pacientes, el tipo de ecografía realizada y el motivo de realización de la técnica.

RESULTADOS

Se realizaron 35 ecografías a 27 pacientes; edad 86 ± 5 ; 54,3% mujeres; índice de Charlson $3 \pm 1,8$

Tipo ecografía

Multiórgano	68 %
Vascular	3 %
Partes blandas	3 %
Tórax	9 %
Abdomen	17 %

Motivo de realización

Seguimiento insuficiencia cardíaca	63 %
Realización de técnica invasiva (toracocentesis)	3 %
Alteración exploración, finalidad diagnóstica	34 %

Los clínicos consideraron que el resultado ecográfico les aportó información en el manejo terapéutico del paciente en el 94% de las ecografías.

CONCLUSIONES



- ✓ La ecografía clínica resulta una herramienta muy útil en los servicios de HaD, permitiendo mejorar la toma de decisiones clínicas e incluso evitando el traslado de pacientes al hospital.
- ✓ En nuestro servicio las ecografías más frecuentemente utilizadas han sido multiórgano, en especial para monitorizar el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca aguda.
- ✓ Es necesario generalizar el uso de la ecografía clínica en los servicios de HaD y para ello se debe de fomentar la formación y la adquisición de ecógrafos portátiles.



**EL ZINC: UN VIEJO DESCONOCIDO.
A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Beatriz Ezquerro Bacigalupe
Raquel Mendoza Quintanar
Lucía I. Peña Pachón

**DESCRIPTORES EN
CIENCIAS DE LA SALUD**

- * Insuficiencia Venosa
- * Óxido de zinc
- * Cicatrización de heridas

OBJETIVO

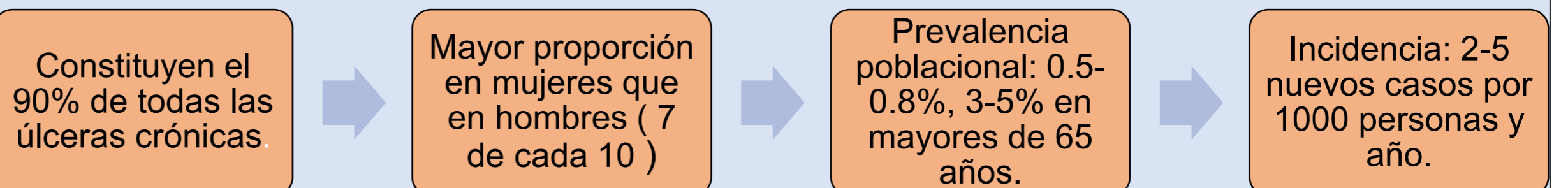
Valorar la efectividad del óxido de zinc en el lecho y piel perilesional de una úlcera de origen venoso.

INTRODUCCIÓN

El zinc es un micronutriente esencial para la salud humana. El mecanismo de este oligoelemento en la cicatrización se desconoce aunque parece estar implicado en los siguientes procesos:



Las úlceras venosas son lesiones que aparecen en las EEII, causadas por un deterioro de la microcirculación cutánea a causa de la hipertensión venosa y la hipoxia que se inicia en la superficie de la piel.



Presentamos un caso clínico de una mujer de 67 años diagnosticada de insuficiencia venosa crónica, con úlceras de evolución tórpida en EEII desde el año 2020, que llega al servicio de HAD el 18/02/2022 para curas y tratamiento antibiótico endovenoso. Es dada de alta el 22 de marzo con las lesiones resueltas y la piel perilesional sana.

**VALORACIÓN
INICIAL Y
TRATAMIENTO
PREVIO AL ZINC**

**EVOLUCIÓN CON
ÓXIDO DE ZINC**

FECHA	ESTADO DE LA HERIDA	TRATAMIENTO	FOTO
27/2/22	Forma circular Medidas: 5x2 cm 4x3cm Lecho esfacelado Bordes macerados Piel perilesional edematizada Dolor y Picor	Prontosan Hidrofibra de plata Apósito absorbente de celulosa Vendaje algodónoso	
07/3/22	Forma circular Lecho limpio Bordes sanos Exudado leve Piel perilesional escamada	Prontosan Óxido de Zinc Gasas Vendaje algodónoso	
11/3/22	Forma circular Lecho limpio con tejido de epitelización (50%) Bordes sanos Exudado escaso Piel perilesional mas hidratada Mejoría del dolor y picor	Prontosan Óxido de Zinc Gasas Vendaje algodónoso	
22/3/22	Úlcera prácticamente cerrada Bordes sanos y bien hidratados Ausencia del dolor y del picor	Óxido de Zinc	

RESULTADOS:

- Potenciamos el tejido de granulación y el cierre epitelial en 11 días.
- Mejoró la dermatitis, el dolor y prurito asociados a la insuficiencia venosa.
- Conseguimos cicatrizar las úlceras vasculares de evolución tórpida en 32 días conjugando el tratamiento de la infección con el uso del óxido de zinc.

CONCLUSIONES

La elección del óxido de zinc como tratamiento de una herida una vez limpia, ha sido efectivo como ayuda a la cicatrización y al cierre epitelial en un tiempo inesperado.



DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES PRECIPITANTES DE DESCOMPENSACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDÍACA Y PERFIL DEL PACIENTE CON INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Autores: E. Martínez Litago, C. Morales García, L. Valderas Monge, L. Cambra Vidart, M.J Ruiz Gómez, I. Erro Jauregui. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Servicio de Medicina Interna. **Hospital Universitario de Navarra.**

Introducción

La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) representa el principal motivo de consulta y hospitalización en pacientes mayores de 65 años. Es importante la detección de los desencadenantes de la descompensación para corregirlos y contribuir a un manejo óptimo.

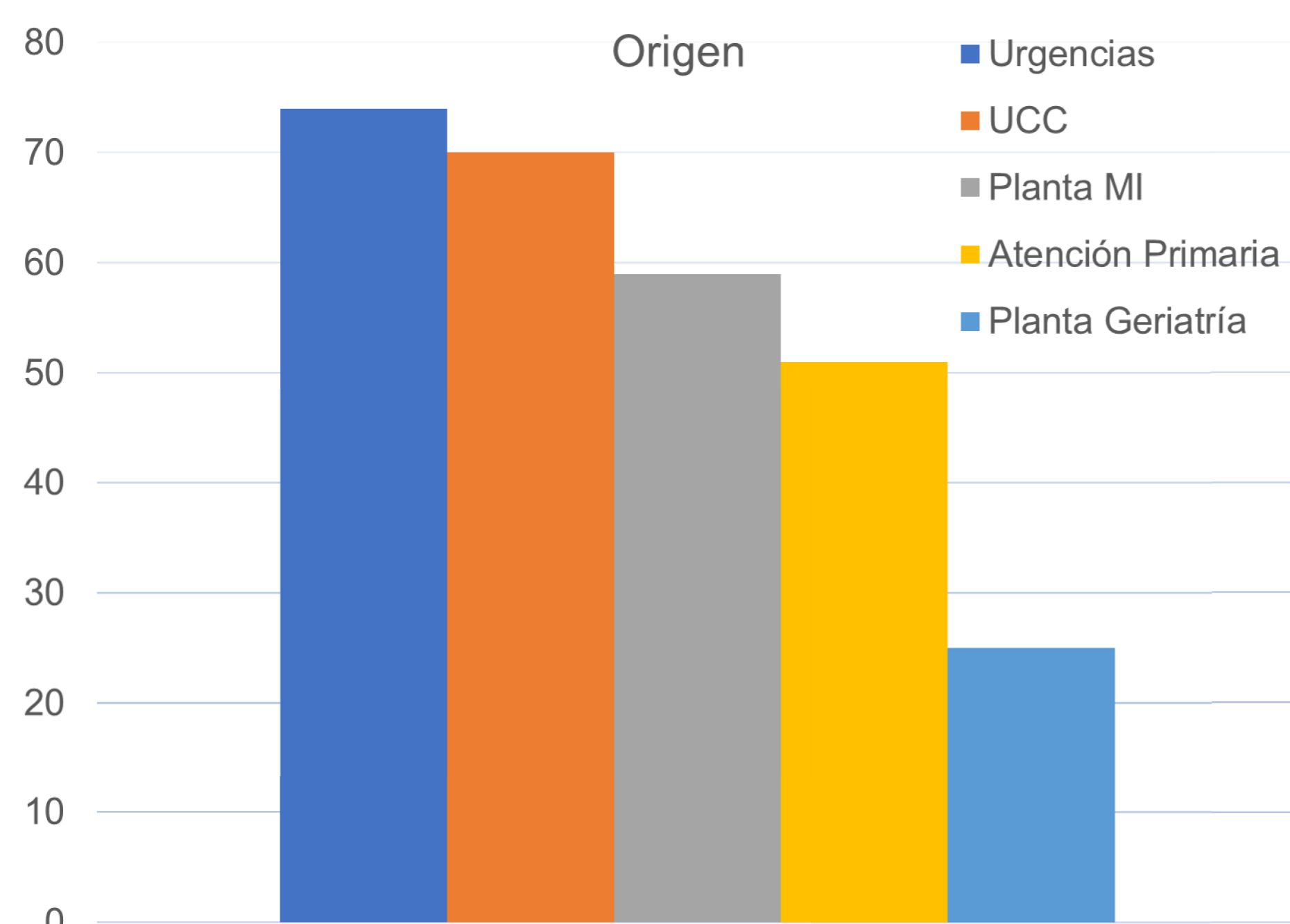
Material y métodos

Estudio retrospectivo observacional descriptivo. Se incluyen los pacientes ingresados con diagnóstico de ICA en 2019.

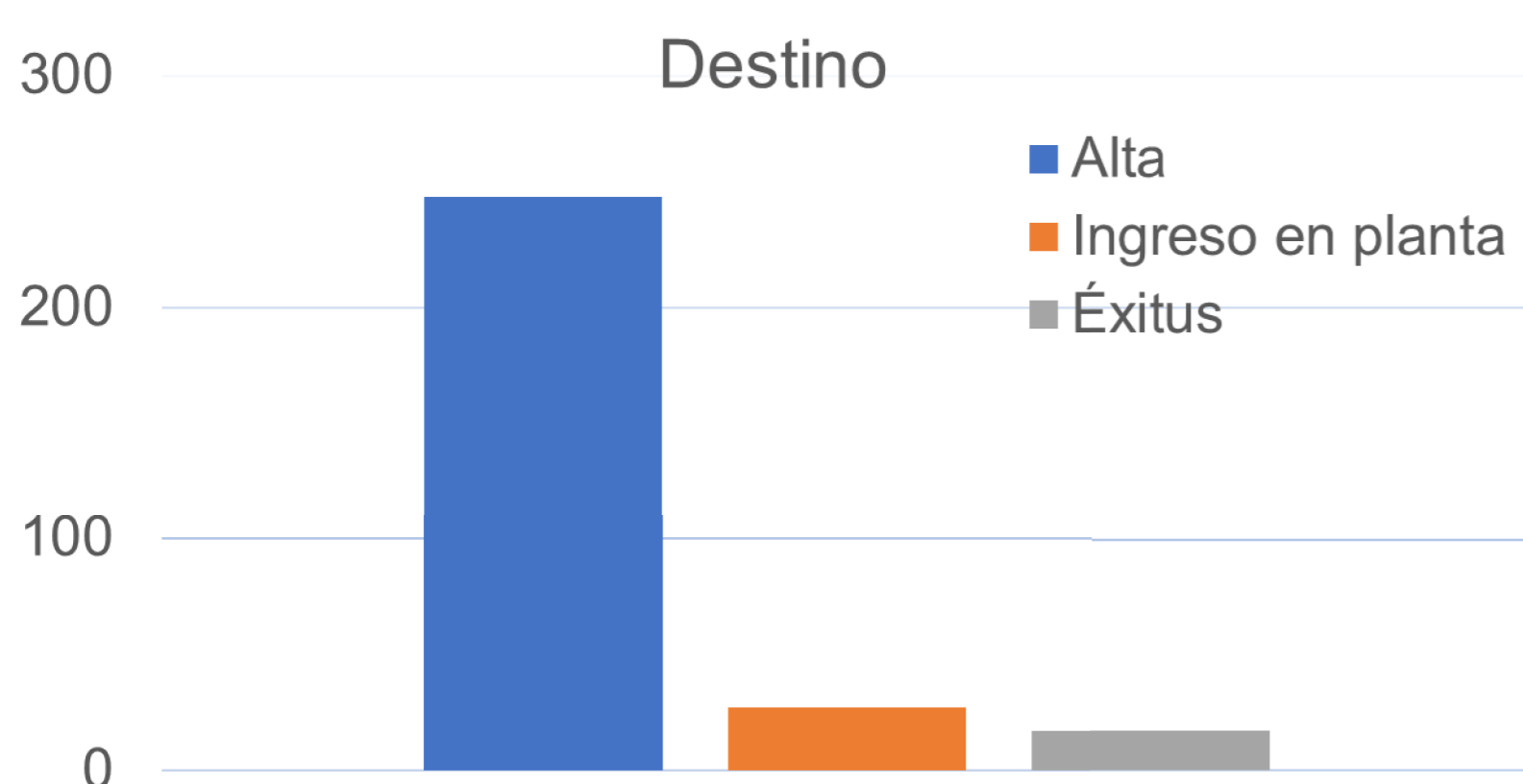
Objetivos

Describir el perfil clínico y los factores precipitantes de descompensación de ICA en pacientes que ingresan en HaD del HUN.

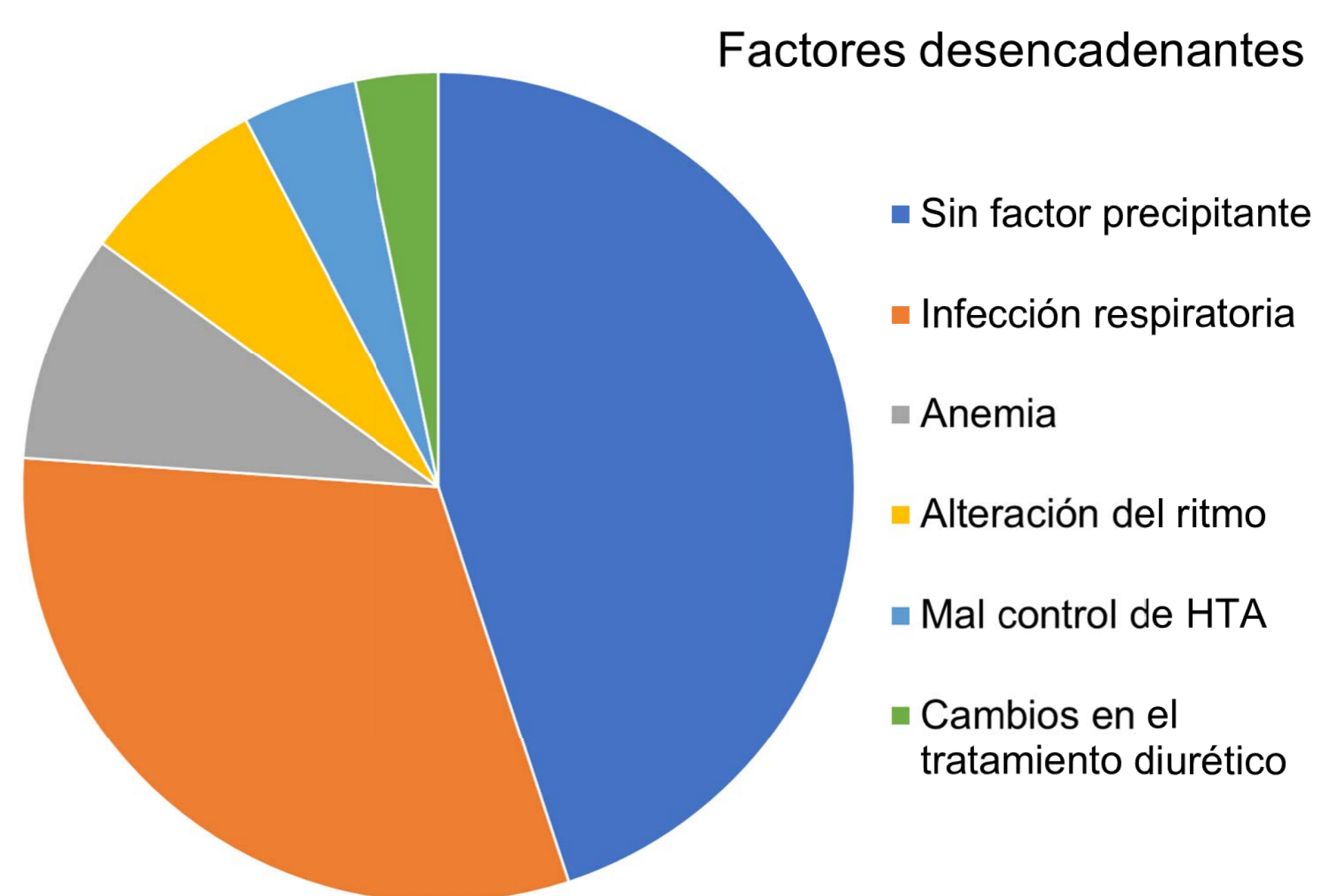
Resultados



UCC: Unidad de Crónicos-Complejos



Se incluyeron 292 pacientes, con edad media de 85 años (50,17% varones). El 66,89% estaban incluidos en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico-Complejo. El 60% tenían FEV_i preservada, el 20% reducida y el resto se desconocía. La estancia media fue de 13 días. A diferencia de lo que describe la literatura se objetivó más descompensación por infecciones respiratorias en primavera-verano frente al periodo otoño-invierno (periodo de gripe). Un 41% de los exitus procede de Atención Primaria y 35% de la Unidad de Crónicos, siendo la infección respiratoria (30%) y la progresión de la enfermedad (21%) los motivos de ingreso.



Conclusiones

La ICA se asocia a factores precipitantes no relacionados con la enfermedad. En un elevado número de pacientes no se identifica este factor, pudiendo estar relacionado con la progresión de la enfermedad. La identificación de estos actores permitiría diseñar estrategias de manejo multidisciplinar, incluyendo educación sanitaria, para evitar nuevos eventos de descompensación.

Bibliografía

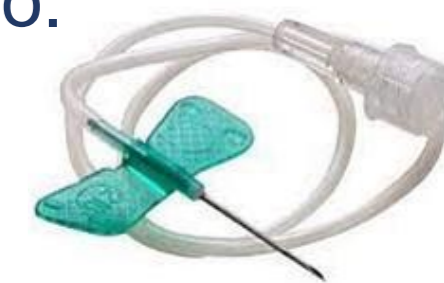
Aguirre Tejedo, A., & Miró, Ò. (2016). Prevalencia de factores precipitantes de insuficiencia cardiaca aguda y su impacto pronóstico: una revisión sistemática. *Emergencias*(28), 185-193.



SERIE DE 11 CASOS: UTILIZACIÓN DE FUROSEMIDA SUBCUTÁNEA EN INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA.

UN PASO MÁS EN LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEÚTICO

AUTORES: E. Martínez Litago, C. Morales García, L. Valderas Monge, M. Ruiz Castellano.
Hospitalización a Domicilio. Medicina Interna. Hospital Universitario de Navarra.



INTRODUCCIÓN:

La administración subcutánea de furosemida es un tratamiento eficaz con baja tasa de complicaciones graves. No existen ensayos controlados y aleatorizados en la población de tratamiento. Los datos observados se derivan de series de casos pequeñas. El uso de furosemida subcutánea se realiza fuera de ficha técnica como alternativa en pacientes con resistencia crónica al diurético oral y como tratamiento paliativo en insuficiencia cardiaca (IC) avanzada refractaria.

OBJETIVO:

Descripción del uso de furosemida subcutánea en pacientes con IC descompensada en Hospitalización a Domicilio (HaD).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Descripción de 11 casos de pacientes ingresados en HaD desde noviembre 2019 – junio 2022 por IC descompensada en los que se administró la furosemida por vía subcutánea. Se recogen datos demográficos, tiempo y dosis de furosemida subcutánea, complicaciones secundarias y evolución.

RESULTADOS:

11 pacientes ingresados por IC descompensada en HaD. 10 mujeres y 1 hombre. Edad media 89 años. Barthel medio 46 (5-100).

8 pacientes presentaban cardiopatía con FEVI preservada de origen hipertensivo o valvular, 1 paciente FEVI deprimida de origen isquémico. 2 pacientes FE desconocida.

Evaluación del filtrado glomerular con media de 42ml/min/1,73m² (21-78).

Una paciente recibió furosemida subcutánea en bolo. 10 pacientes recibieron el tratamiento diurético mediante infusión continua con bomba elastomérica, con dosis media de 80 mg/24horas con duración media de 9 días (2-30 días).

Dos pacientes presentaron eritema local, una de ellas precisando suspensión por mala tolerancia.

2 pacientes fallecieron durante el ingreso, 5 pacientes durante el año posterior al ingreso.

SEXO	EDAD	FEVI	DOSIS (mg)	DURACIÓN (días)	TIPO ADM	FG	BARTHEL	DESTINO
Mujer	91	FEp	100	6	Infusor	35	100	Alta
Mujer	88	FEp	100	11	Infusor	60	40	Alta
Mujer	90	FEp	20	4	Bolo	100	78	Alta
Mujer	99	No conoc	100	11	Infusor	59	5	Alta
Mujer	92	FEp	No conoc	5	Infusor	65	75	Alta
Mujer	85	FEp	60	5	Infusor	40	25	Alta
Mujer	92	No conoc	100	18	Infusor	24	45	Éxito
Mujer	86	FE no p	50	3	Infusor	32	100	Alta
Mujer	86	FEp	125	2	Infusor	40	20	Éxito
Varón	85	FEp	80	4	Infusor	No conoc	No conoc	Alta
Mujer	87	FEp	100	No conoc	Infusor	21	50	Alta

Figura 1. Resumen de las características de los pacientes analizados que han recibido tratamiento con furosemida subcutánea

CONCLUSIÓN:

La furosemida por vía subcutánea es una alternativa de tratamiento en pacientes con ingreso por descompensación de IC. Por su refractariedad al tratamiento oral y la dificultad de canalizar un acceso venoso periférico puede establecerse como parte de la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Esta opción de tratamiento requiere de más estudios que avalen su indicación ya que supone un recurso adecuado para pacientes seleccionados.



LA ADECUACIÓN DEL DISPOSITIVO VASCULAR UN IMPRESCINDIBLE EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Larrondo González A ; Ruiz de Gauna A; Martos Arroyo B, González Martínez ML; Aizpuru Martínez A; Escalera Lana J; Oregui Apraiz A ;Basterretxea Ozamiz A. Retolaza SI ,Esteban Román C; Brizuela Clinch S; Curiel Rodríguez C; López Zabala ME.

Hospitalización a Domicilio. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Hospital Universitario Cruces, Bizkaia

INTRODUCCIÓN :

El personal de enfermería que forma parte del Equipo de Terapia intravenosa (ETI) pertenece a Hospitalización a domicilio (HAD) del Hospital Universitario de Cruces (HUC). Da servicio a todos los pacientes de las plantas de hospitalización repercutiendo así en los pacientes que son derivados a nuestro servicio, ya que se prima la adecuación en la elección del catéter según duración, características del fármaco y capital venoso del paciente.

OBJETIVOS

Analizar los datos del ETI para exponer los resultados de la canalización de líneas medias ecoguiadas (LME) en Hospitalización a Domicilio y los derivados de otras unidades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los datos recogidos por el ETI en la base de datos del servicio de HAD del HUC desde 1 de enero de 2022 a 30 junio 2022.

RESULTADOS:

Las canalizaciones de LME fueron 135. La permanencia media del catéter fue de 16 días siendo el rango de 1 a 83 días. La retirada del catéter por fin de tratamiento supuso un 87.4% de los casos. Únicamente el 1.44% precisó mas de una canalización. La tasa por 1000 días de catéter fue de 0.44 para la bacteriemia relacionada con catéter (BRC) , 0.89 para la trombosis, 0.44 para flebitis y de 5.38 para otros motivos. Los pacientes pertenecientes al servicio de HAD que han precisado canalización de LME han sido 26 y otros 109 fueron derivados con catéteres implantados en el hospital la por el ETI.

	BRC	Trombosis	Flebitis	Otros
Tasa x 1000 días catéter	0,44	0,89	0,44	5,38

CONCLUSIONES:

La adecuación en la elección del dispositivo venoso y la canalización de LME ha supuesto una mejora para los pacientes, disminuyendo la tasa de complicaciones y evitando múltiples punciones para la finalización del tratamiento endovenoso.



EXPERIENCIA DE PACIENTES QUE HAN RECIBIDO EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HaD) CON DIAGNÓSTICO COVID-19

I. Pereta, C. Cardozo, B. Ibáñez, N. Subirana, E. Rosero, E. Castells, C. Grané, L. Moreno, L. García, N. Seijas.

INTRODUCCIÓN

Debido a la pandemia por COVID-19 ha sido necesario ampliar la cartera de servicios

Es de interés conocer la experiencia de los pacientes (XPA) y sus cuidadores durante el ingreso a domicilio

Hay pocos estudios que reflejen específicamente la XPA en el marco de la HaD

OBJETIVO

Conocer la experiencia de pacientes ingresados por COVID y sus cuidadores en un programa de HaD para identificar oportunidades de mejora.

METODOLOGÍA

Equipo multidisciplinar (HaD+Área de XPA)

Definición mapa implicados

Elaboración guion focal

Grupo focal virtual de 5 pacientes (60')

Grabación, transcripción literal y análisis cualitativo

RESULTADOS

- ✓ Se identificaron 55 conceptos que se agruparon en 12 categorías y posteriormente en 5 meta-categorías.
- ✓ Los pacientes tienen una opinión global positiva sobre la HaD.

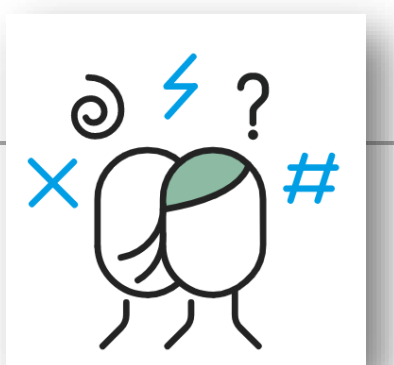
BENEFICIOS HaD

- Trato del personal
- Comunicación con el hospital
- Seguridad / Beneficios de estar en casa



INCONVENIENTES HaD

- Impacto cuidadores
- Información al ingreso



CONCLUSIONES

Las opiniones e ideas reflejadas tienen limitaciones al ser fruto de la XPA de pocos pacientes.

Reporte de un encuesta vía correo electrónico a los más de 450 pacientes que han ingresado en HaD con diagnóstico COVID-19

Definir aspectos mejora



ENCUESTA SOBRE NUTRICIÓN ARTIFICIAL DOMICILIARIA:

¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO?

E. Ferrer Cobo, MC. Mias Carballal, C. Wanden-Berghe Lozano, A.M^a. Torres Cortes, M.A. Ponce González, R. Martín Zurdo, A. Apezetxea Celaya, M^aJ. Gómez García, J.M. Villosa Allegue, C.Cases Alarcón

Grupo de Nutrición de la SEHAD

Introducción

El cribado nutricional y la suplementación a los pacientes de HAD difieren según las unidades.

Objetivos

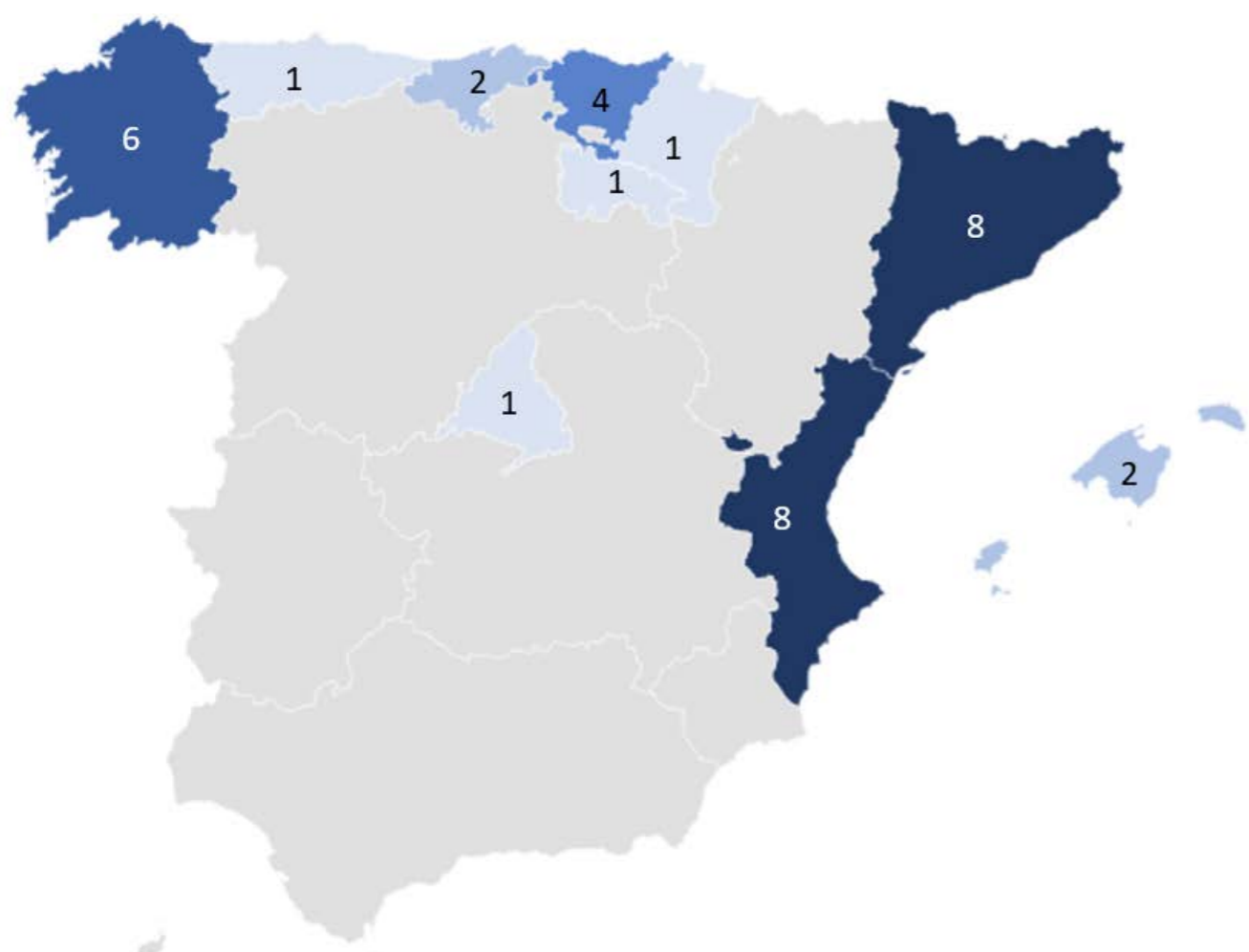
Analizar estudio nutricional, NAD ofrecida y circuitos.

Material y método

Encuesta a las unidades de HAD. Septiembre-2021 a través de secretaria SEHAD. Abril-2022 reenvío a todo el directorio de SEHAD.

Resultados

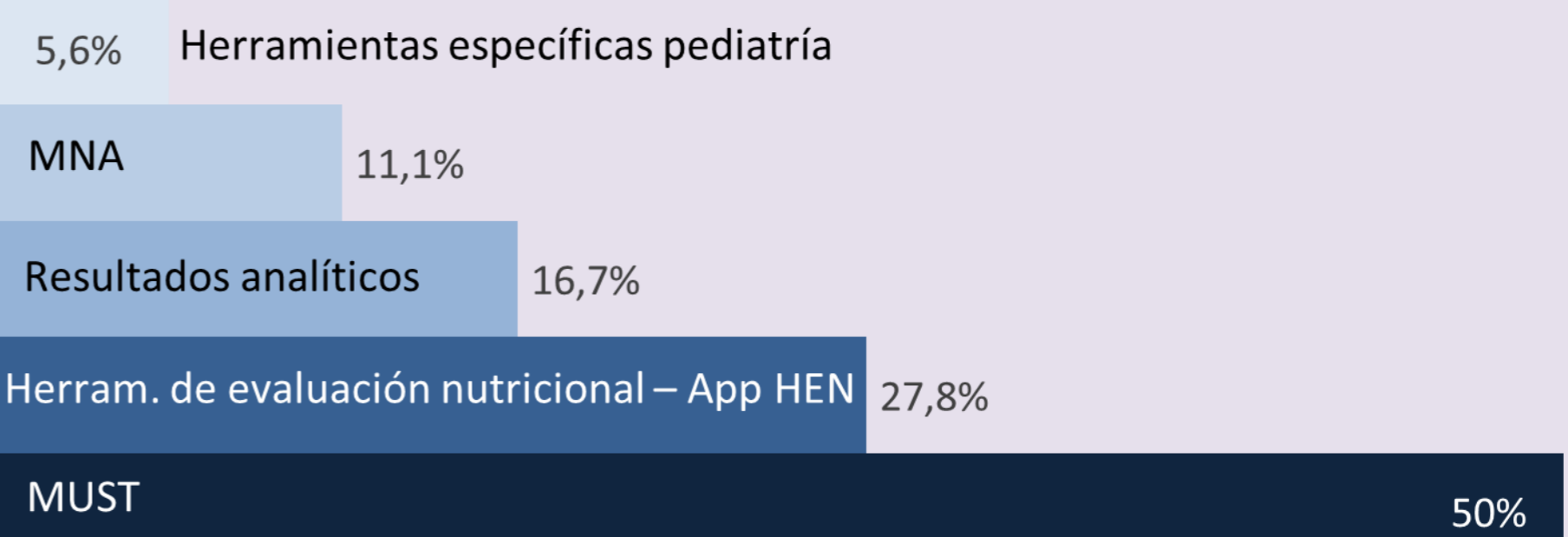
Contestaron 2,6% UHAD, 23 en primera convocatoria y 13 en segunda (2 repitieron).



Unidad de nutrición en 73,5% UHAD

Formada principalmente por Endocrinólogos (64,7%) y nutricionistas (20,6%)
En 35,3% cualquier médico puede prescribir NED
En 32,3% sólo la Unidad de Nutrición puede prescribir NED
8,8% UHAD protocolo nutricional y rehabilitación específico Covid19

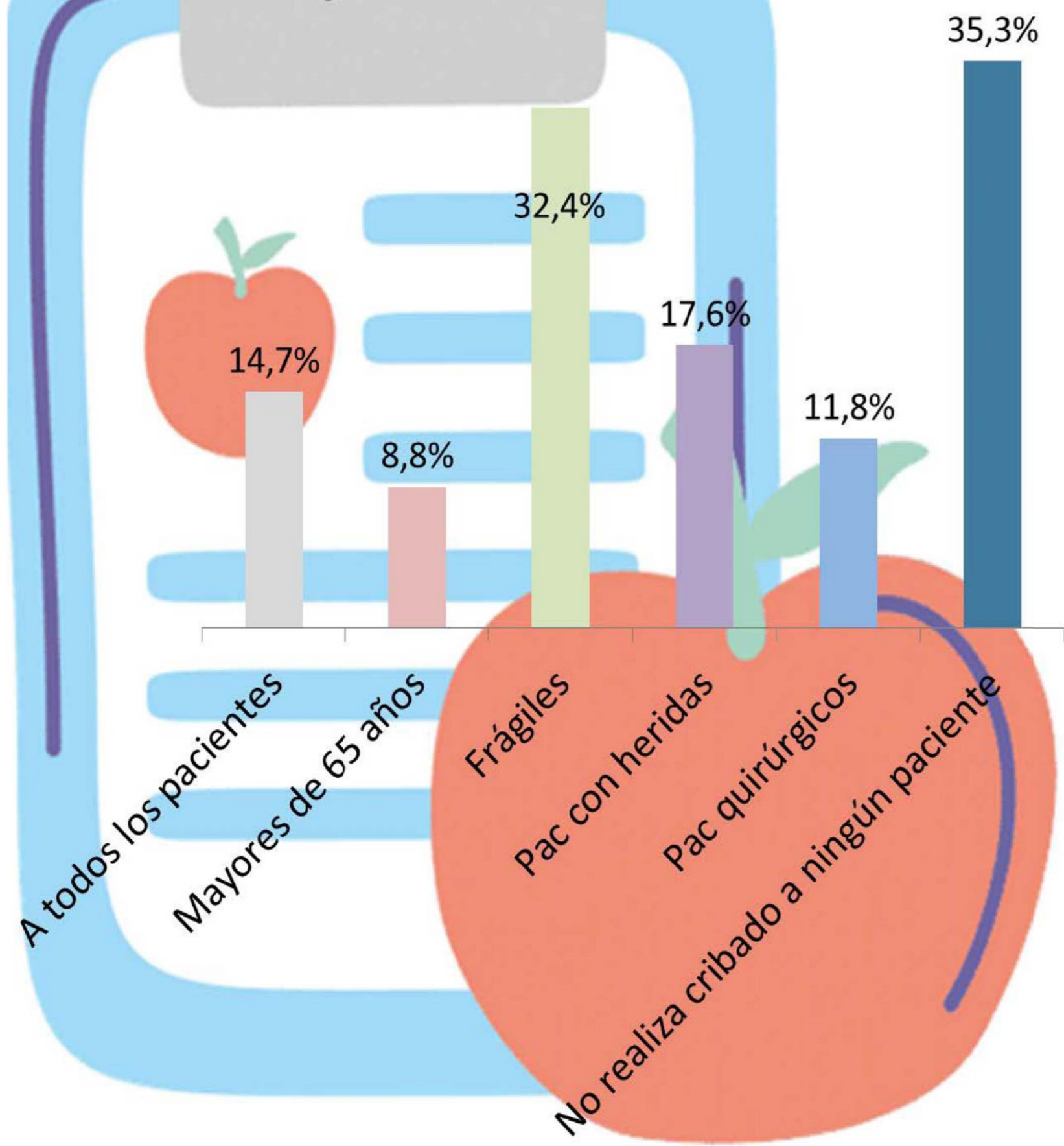
Herramientas de evaluación



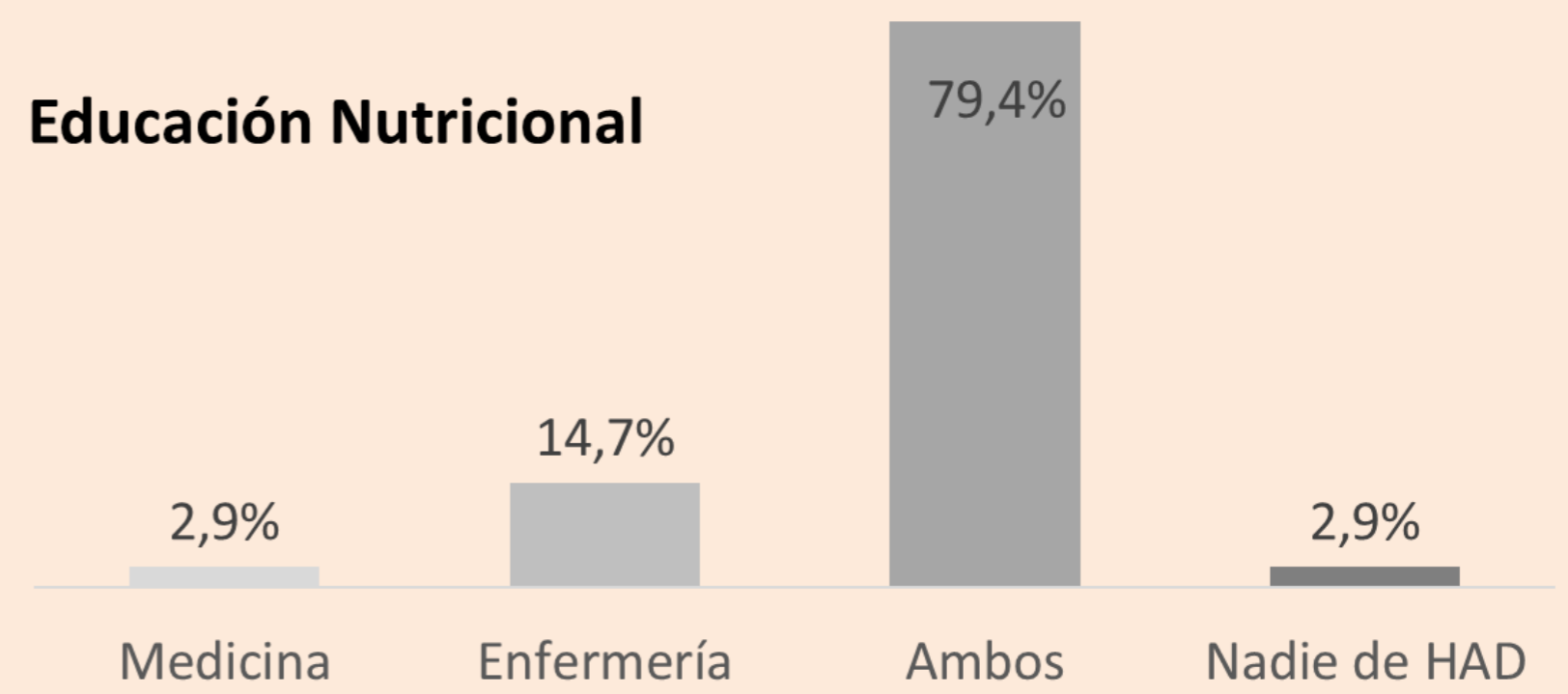
Cribado nutricional al ingreso en HAD

55,9% revaloración en reingreso.

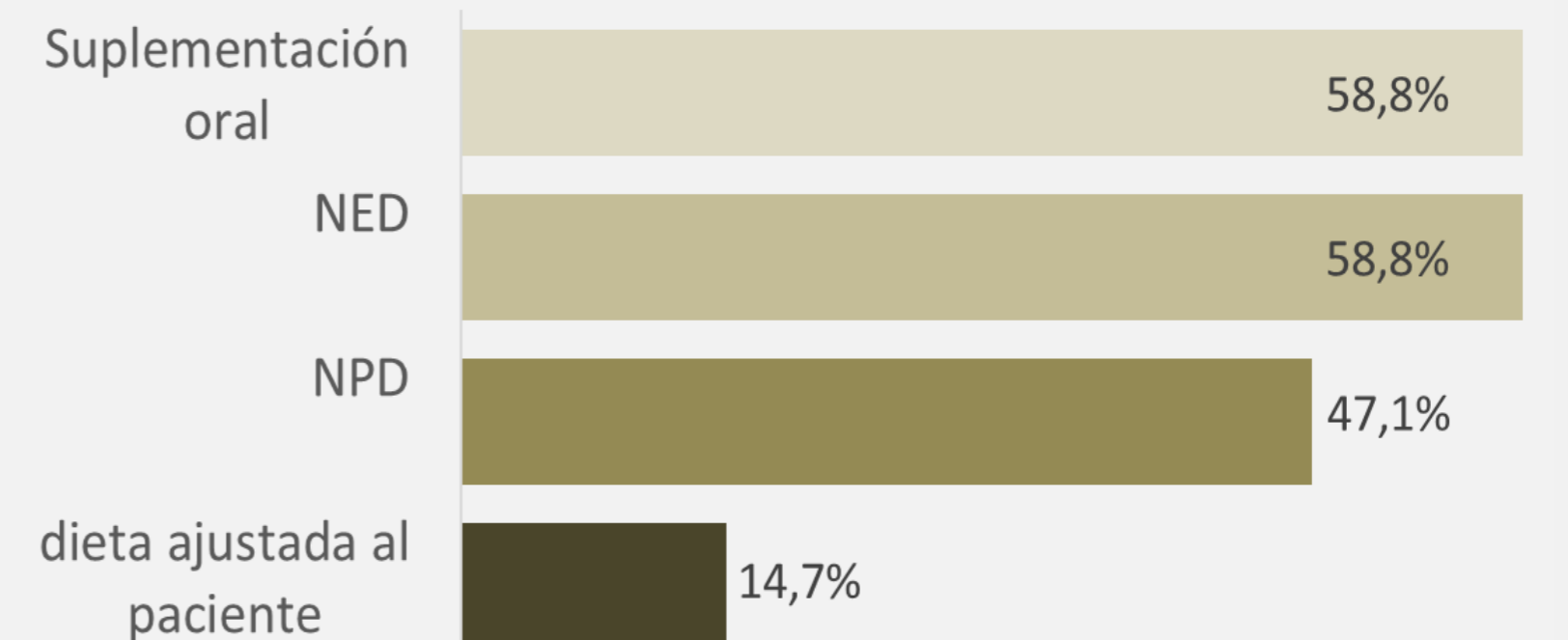
35,3%



Educación Nutricional



Tipos de NAD



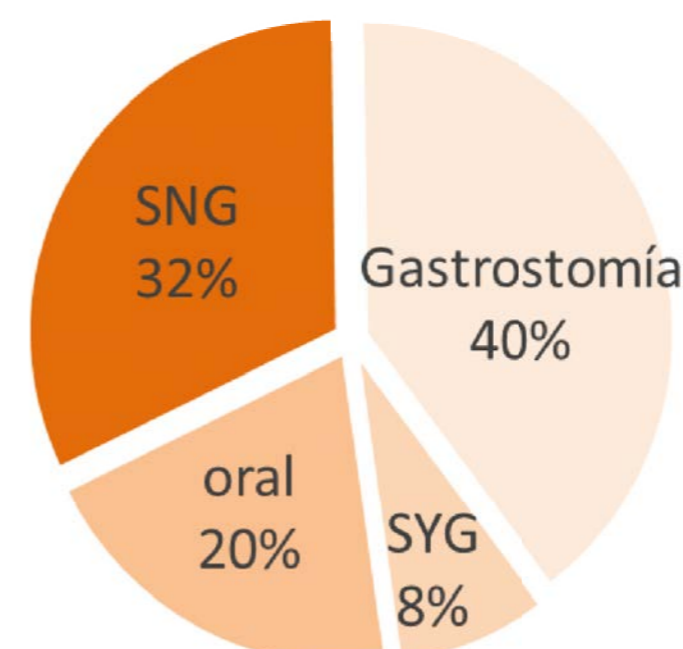
HAD como puente entre Hospital y Atención Ambulatoria en:

- dispensación de suplementos orales (73,5%)
- control inicial NED (76,5%),
- dispensación de fungible NED (53%)
- dispensación NED (47,1%)
- control inicial de NPD (76,5%)
- dispensación de fungible NPD (53%)

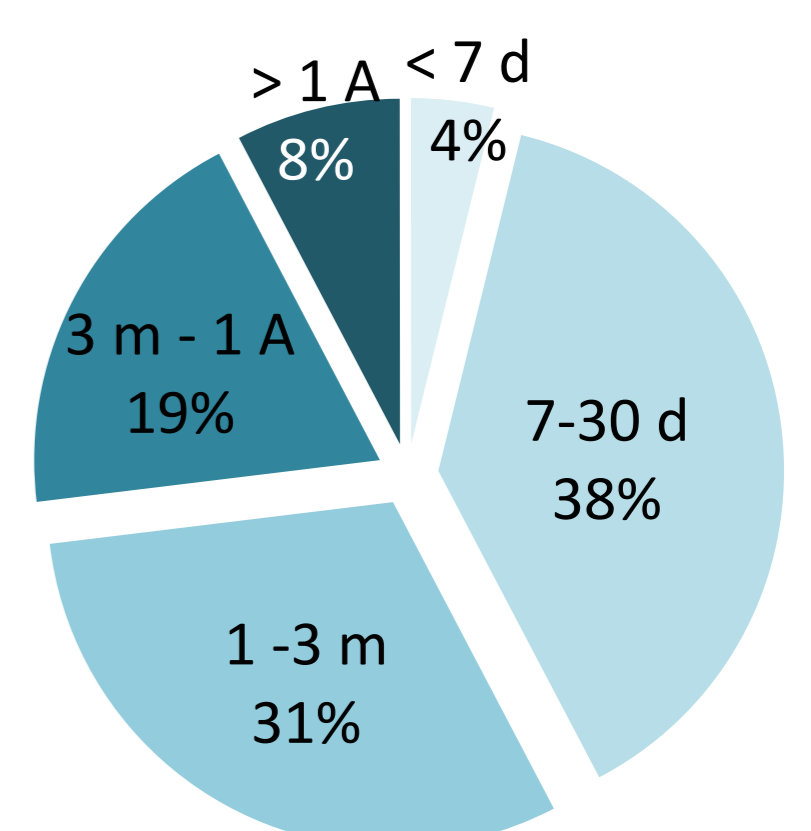
85.3% NPD preparada por farmacia del hospital.

Bolsas tricamerales con vitaminas y oligoelementos en 79,4%.

vía inicio NED habitual



Duración NPD



Conclusiones

El manejo de NAD es heterogéneo.

Sería conveniente disponer de protocolos comunes.



TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADOS DE HEMATÍES A DOMICILIO. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN UN HOSPITAL COMARCAL TRAS 9 MESES DE IMPLEMENTACIÓN

E. Ochoa Nieto*, I. Garrido Fernández*, A. Masferrer Garcia*, Ll. Moreno Torrent*,
C. Rodríguez Navarro*, P. Rocafort Vidal*, T. Orfila Abelló**, E. Ferrer Cobo*, G. Manzano Monfort*

* Hospitalización a Domicilio. Corporació de Salut del Maresme i La Selva. Calella (Barcelona)

** Banc de Sang i Teixits. Hospital Josep Trueta. Girona

eochoa@salutms.cat

Introducción

La transfusión de hematíes en el domicilio permite la continuidad de la atención en el domicilio, reduciendo costes y traslados innecesarios. En octubre de 2021 iniciamos la transfusión a domicilio (TD).

Objetivos

Analizar las TD realizadas en las unidades de HAD de la CSMS desde su implementación.

Material y método

Revisión de historias de los pacientes transfundidos por HAD entre octubre de 2021 y julio de 2022.

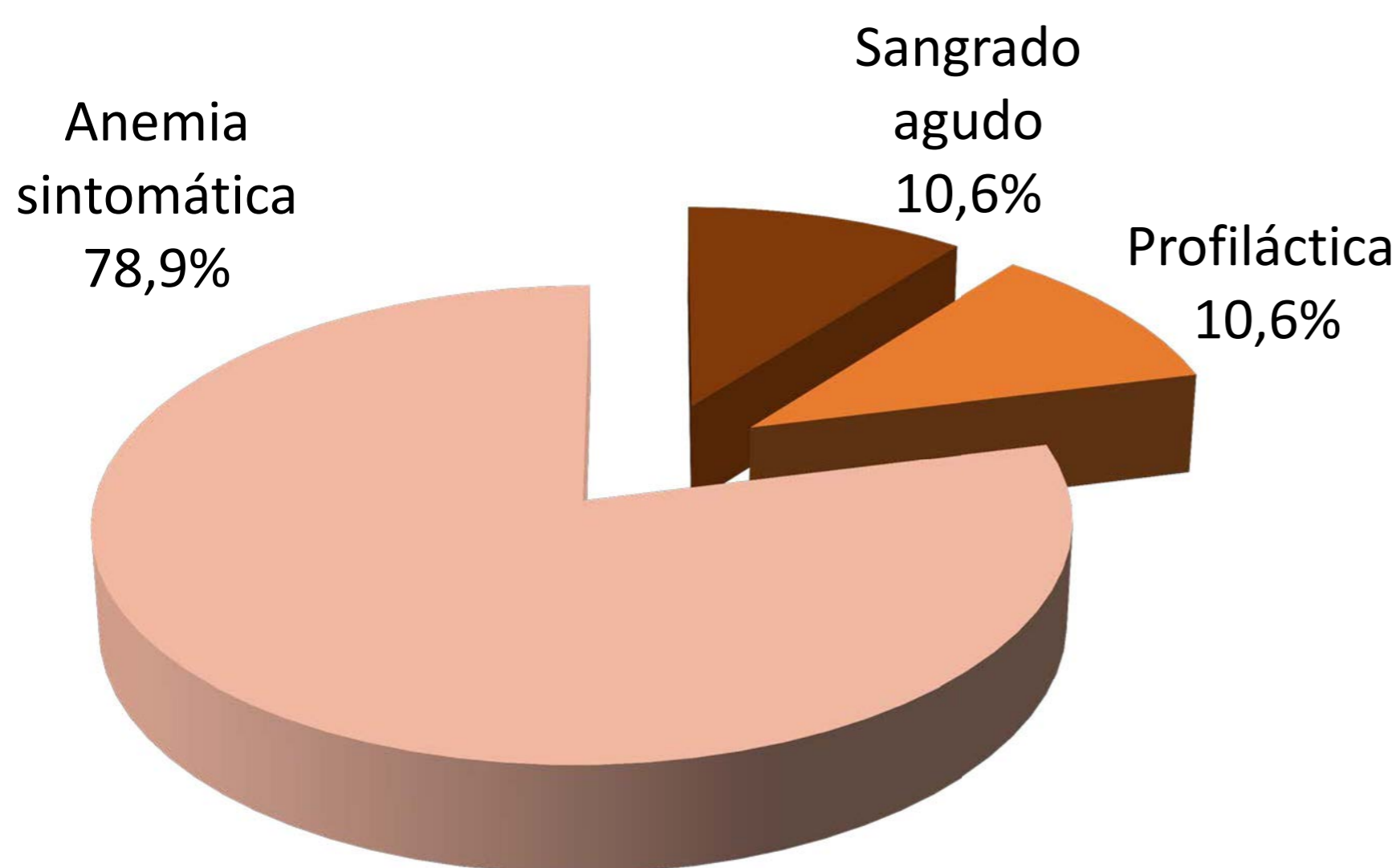
Resultados



50% institucionalizados. El cuidador principal en domicilio fue una mujer de $46,7 \pm 11,3$ años, familiar directa del paciente (75% hija, 25% nieta).

El índice de Barthel de los pacientes atendidos fue $37,1 \pm 23,2$ (0-65) y el Pfeiffer $3,2 \pm 4$ (0-9).

Indicaciones para la transfusión



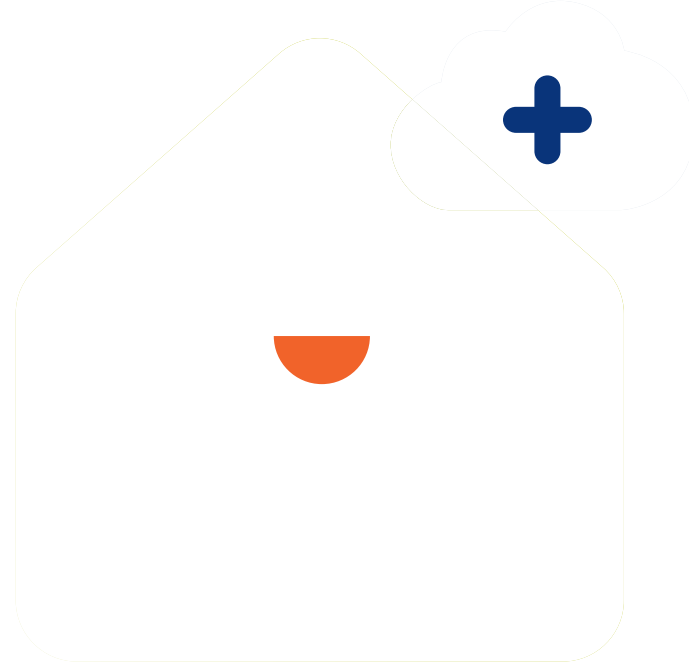
Seguimiento	7 días (N=12)	30 días (N=9)
Exitus	3(25%)	1(11,1%)
Deterioro clínico	2(16,7%)	2(22,2%)
Necesidad de nueva transfusión	2(22,2%)	
Ingreso otro motivo	1(8,3%)	
Mejoría	5(41,7%)	2(22,2%)
Ningún cambio	1(8,3%)	1(11,1%)

Todos los episodios se recogieron en el registro nacional de Transfusiones a Domicilio.

Conclusiones

La transfusión de hematíes en HAD es segura si se cumplen las garantías de seguridad al seleccionar a los candidatos.





H•Connect

La salud digital ofrece apoyo y herramientas a los profesionales de la salud del ámbito de la Atención Domiciliaria para desarrollar una práctica clínica de calidad, con nuevas dinámicas de trabajo que simplifican la gestión de los profesionales desde el domicilio.

Objetivo

1. Diseñar y desarrollar una plataforma mHealth para los profesionales de salud de Atención Domiciliaria, que permita la integración y el intercambio de datos en tiempo real.
2. Evaluar la implementación de la plataforma HomeConnect en las unidades de HAD.

Material y métodos

El diseño se ha realizado con un enfoque estructurado y secuenciado centrado en el usuario final. Se ha evaluado la implementación de la plataforma en las unidades de HAD con dos enfoques diferentes: para evaluar el contenido se ha realizado un grupo focal con los usuarios finales, y para evaluar la satisfacción percibida por los profesionales, se ha utilizado el cuestionario de usabilidad del sistema informático (CSUQ).

Resultados

HomeConnect permite la integración e intercambio de datos en tiempo real. La evaluación indica que las percepciones de uso y aplicabilidad de HomeConnect han sido positivas por parte de los usuarios finales. Los profesionales han considerado que la plataforma es sencilla, cómoda y agradable de utilizar, y que les proporciona las herramientas que necesitan para su práctica clínica.

HomeConnect integra en tiempo real datos clínicos del HIS corporativo, de los profesionales de salud a pie de cama, y de los usuarios/pacientes.

HomeConnect tiene elementos principales

- **Plataforma mHealth** que los profesionales consultan **desde el domicilio o remotamente**.
- **App móvil** HomeConnect que los usuarios desde su smartphone, y los profesionales de salud activan y configuran el perfil de ingreso.



G. Manzano, E. Ferrer, FJ. Gomes, P. Rocafort, E. Ochoa, AB. Fernández, J. Zambrana, D. Barrabés, J. Garcia, M. Boada, M. Gomez, E. Llopis, V. Bas, JM. Jauregui, A. Moral, G. Paluzi.



PROGRAMA DE ATENCIÓN A RESIDENCIAS ASISTIDAS DESDE LA UHD

Pablo Lafuente, Cristina Duart, Paula Sanchis, Inés Ferrando, Antonio Torrijos, Jorge Santander, Elvira Marqués, Antonio Martín, Camelia Clep, Luisa Tarraso.

INTRODUCCIÓN.

- Línea estratégica de la Conselleria de Sanitat.
- Atención personalizada de los usuarios en su lugar de residencia.
- Loa ancianos institucionalizados, son pacientes con gran complejidad clínica.

OBJETIVOS.

Evaluar la eficacia de un programa de apoyo de residencias en reducción de urgencias e ingresos hospitalarios.

MATERIAL Y METODOS. RESULTADOS

Estudio descriptivo longitudinal Oct 2021-Mayo 2022 comparativo a año previo.



1 médicos y 2 enfermeras

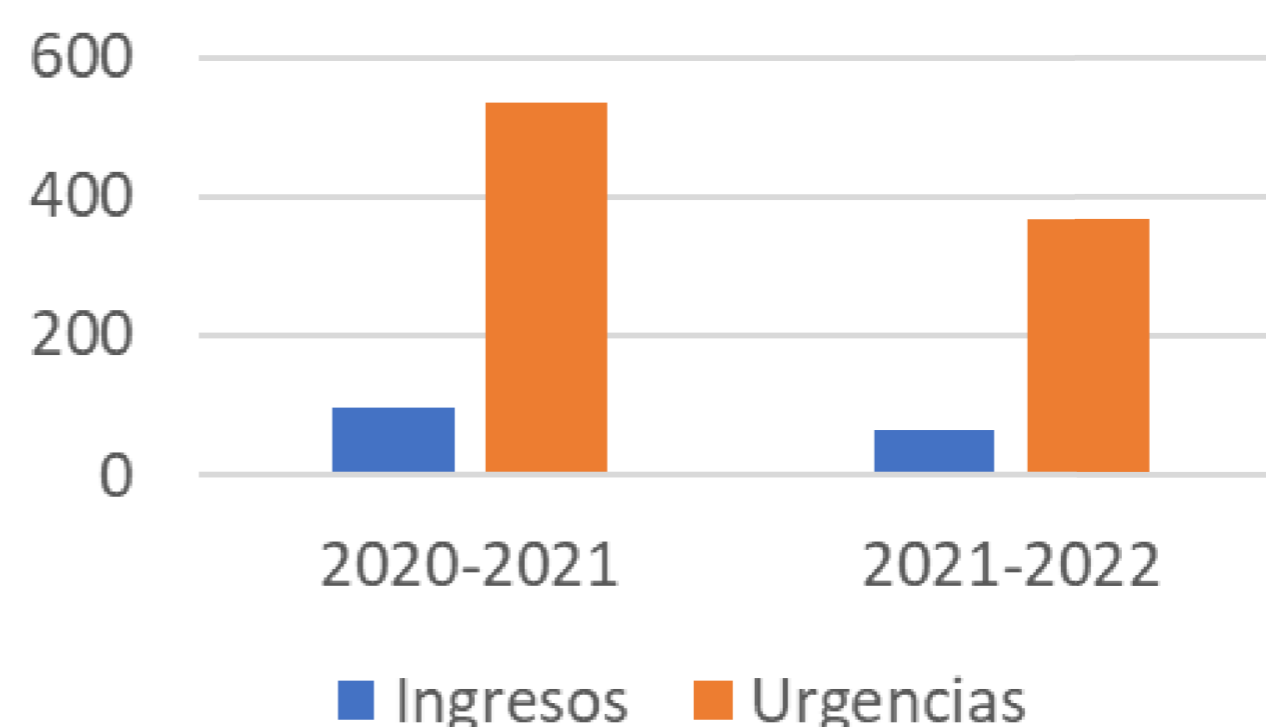


16 residencias asistidas

RESULTADOS

178 PACIENTES INCLUIDOS
>80 AÑOS
5 ENFERMEDADES CRÓNICAS DE MEDIA
Polifarmacia. + de 5 fármacos crónicos.
557 visitas presenciales en residencia. 3,12 visitas/paciente
Elevada frecuencia de síndromes geriátricos.

Variación ingresos y urgencias



CONCLUSIONES.

Un plan específico de apoyo a residencias evita urgencias hospitalarias e ingresos, mejorando la calidad de vida de los pacientes.



Otitis externa maligna. Serie de casos de pacientes ingresados en una UHD

Autores: Camelia Alina Clep, Antonio Martin Marco, Pablo Lafuente Sanchis, Antonio Torrijos Pastor, Loida Flor Bustos, María Luisa Tarraso Gómez, Cristina Duart Clemente, Rubén Girbes Mari y Jorge Santander López. Hospital de La Ribera. Alzira (Valencia)

Introducción

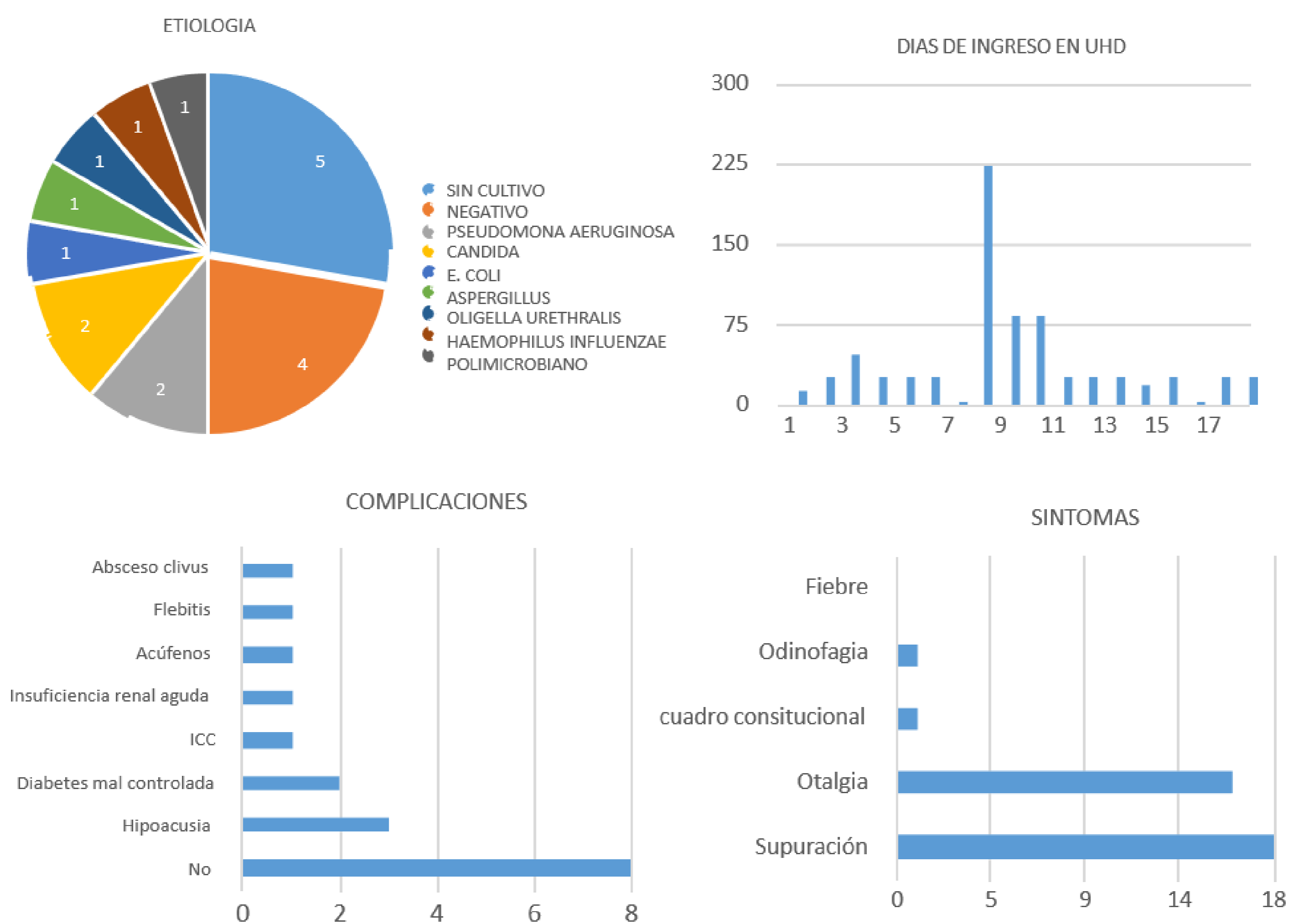
La otitis externa maligna (OEM) es una infección grave que afecta al hueso temporal y a los tejidos blandos adyacentes. Es más frecuente en personas mayores diabéticas, con inmunodeficiencias, neoplasias.

Objetivos

El principal enfoque de este trabajo es describir las características clínicas, radiológicas y terapéuticas de los pacientes ingresados en nuestra UHD con diagnóstico de OEM.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de la población ingresada en nuestra unidad con diagnóstico de OEM durante el período enero 2017-enero 2022. Se han recogido todos los datos mediante revisión de la historia clínica electrónica de los pacientes. Se analizaron la distribución por género y edad, los síntomas que presentaban en el momento del diagnóstico, los antecedentes personales (coexistencia de comorbilidades). Las pruebas complementarias realizadas para la confirmación del diagnóstico: analíticas (cultivo del exudado ótico, reactantes de fase aguda RFA-velocidad de sedimentación y proteína C reactiva-) y pruebas de imagen (tomografía computerizada TAC o la gammagrafía ósea con galio-67). Datos sobre el tratamiento administrado durante el ingreso en UHD y las complicaciones derivadas.



Conclusiones

En nuestra serie la otitis externa maligna afectó principalmente a varones diabéticos de mayor edad. Todos presentaron en el momento del diagnóstico otorrea y 89% de ellos además otalgia. La prueba de imagen de elección fue la gammagrafía ósea con galio-67 que fue diagnóstica para todos los pacientes. Las quinolonas por vía parenteral han sido la terapia antibiótica más indicada.



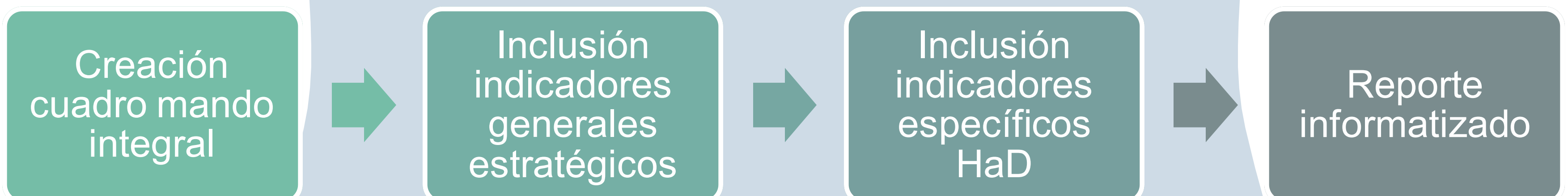
INCORPORACIÓN DE SISTEMAS DE CONTROL DE CALIDAD Y GESTIÓN EN LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HaD)

I. Pereta, N. Seijas, E. Castells, B. Ibáñez, L. García, C. Cardozo, A. Ugarte, V. Rico, D. Nicolás, J. Altés

INTRODUCCIÓN: La evolución hacia una HaD polivalente, multidisciplinar, proactiva y con un progresivo aumento de su capacidad, hace necesario adoptar sistemas de control de calidad para la evaluación del proceso asistencial

OBJETIVO: Definir los indicadores de un cuadro de mando integral (CMI) siguiendo el plan de acreditación del proceso asistencial que sigue la norma UNE-EN ISO 9001:2015.

METODOLOGÍA



RESULTADOS

INDICADORES GENERALES		INDICADORES ESPECÍFICOS	
ASISTENCIALES	CALIDAD	ASISTENCIALES	CALIDAD
% Ocupación	Identificación inequívoca del paciente	Pacientes rechazados-motivo	Experiencia paciente/cuidador
Pacientes altados HaD	Caídas - (Riesgo/Notificación/Gravedad)	Ingresos de evitación de ingreso	Valoración clientes internos
Reingresos durante la HaD (urgente y planificado)	Úlceras por presión	Ingresos de alta precoz	
Mortalidad durante ingreso HaD	Bacteriemia por catéter	Destino al alta	
Peso Relativo Mediano (PRM)	Dolor - (Identificación/Valoración diaria)		
Estancia media HaD			

CONCLUSIONES

La creación de un CMI permite analizar los procesos de gestión/ asistenciales y la mejora continua según recursos.

La incorporación y estandarización de indicadores en las diferentes unidades es necesaria para homogeneizar y comparar los resultados.



HAD-AI: HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE ATENCIÓN INTERMEDIA.

MODELO DE HAD ADAPTADO A PACIENTES DE PERFIL GERIÁTRICO. DESCRIPCIÓN DEL PRIMER AÑO.

Diego Novo Bruña Responsable Territorial DUE HAD-AI | **Jeanette Mandujano Valencia** Jefa de Servicio Geriatria HAD-AI Mutuam | **Sergio Martínez Campoy** Coordinador DUE HAD-AI Mutuam | **Laura García Abadías** DUE HAD-AI Mutuam | **Marga Barceló Escamilla** DUE HAD-AI Mutuam | **Esther Ramírez Chicharro** DUE HAD- AI Mutuam

Introducción

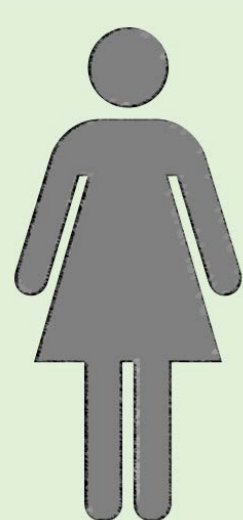
En 2021, en Grup Mutuam nacen los equipos de Atención Intermedia (AI) destinados a pacientes con perfil geriátrico, en colaboración con el Hospital Universitario Parc Taulí y el Hospital General de Granollers, integrados en sus respectivas unidades de HAD.

Objetivos

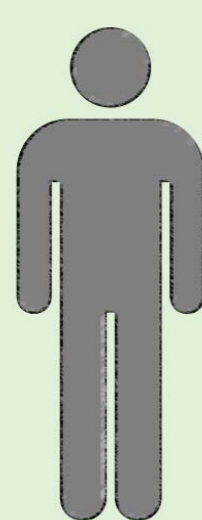
Descripción del primer año de actividad de los equipos de HAD-AI del Grup Mutuam.

Resultados

481 pacientes



53% MUJERES



47% HOMBRES

Charlson
8,5 (0-16)

NIDT
3,4 (1-5)

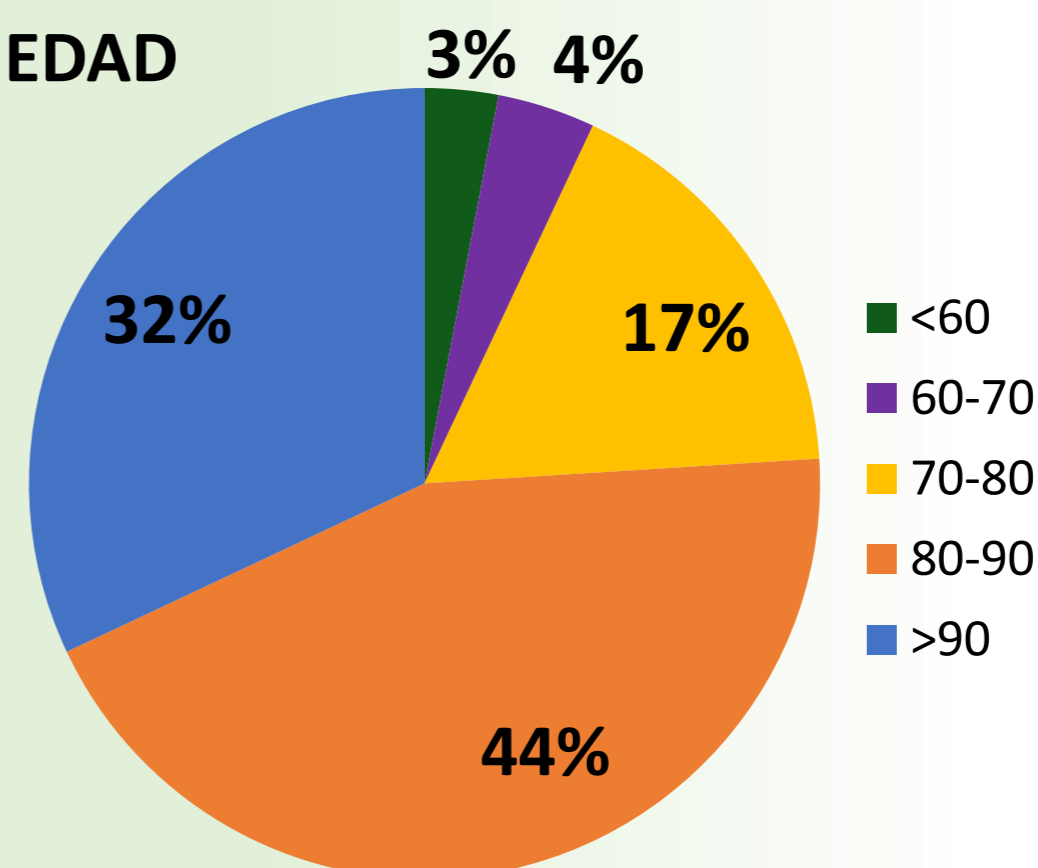
Estancia media
10,5 días
(1-79)

VIG
0,44
(0-0,8)

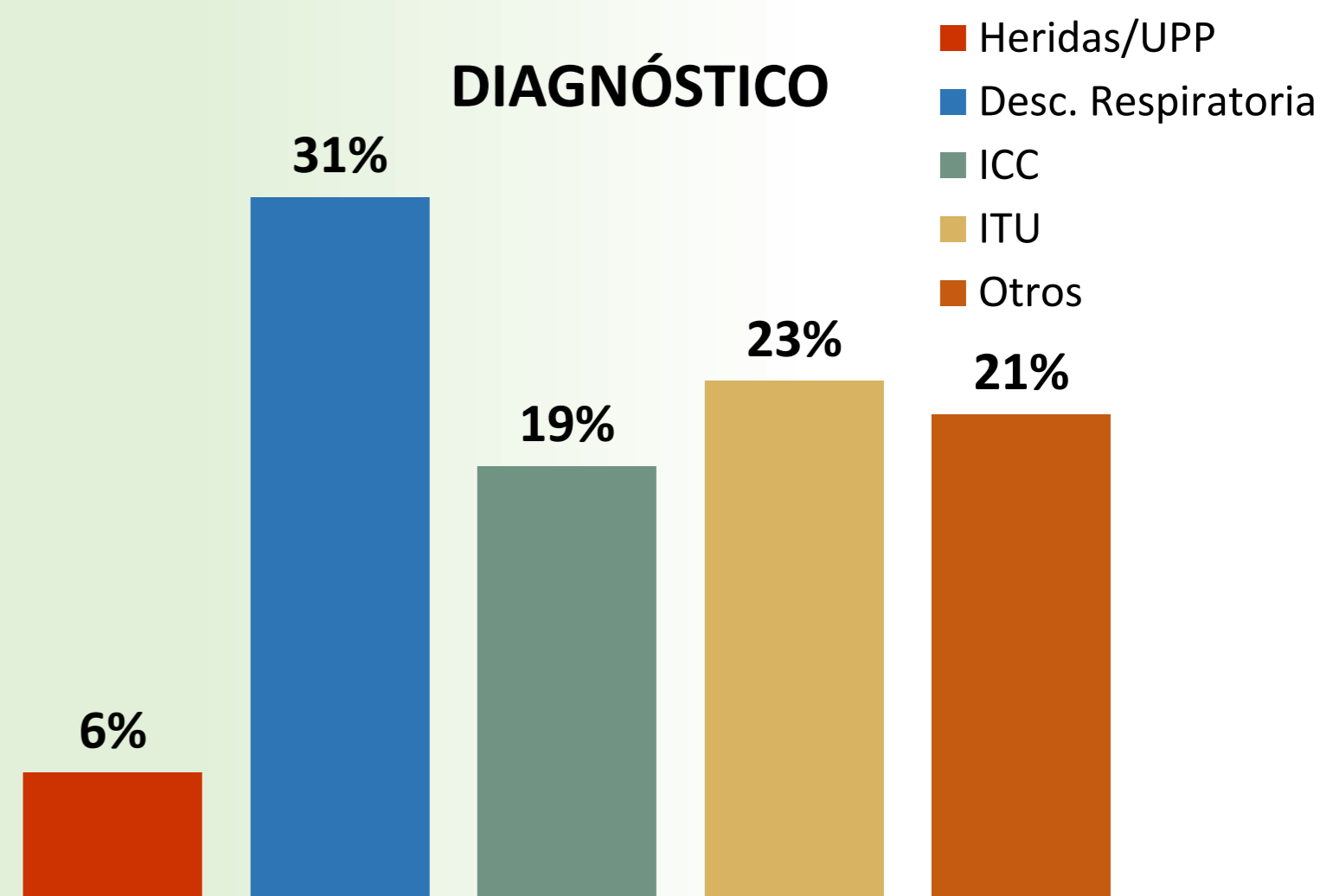
Metodología

Estudio observacional descriptivo y transversal de la actividad realizada durante el primer año (agosto 2021 - agosto 2022) por los equipos de HAD-AI del Grup Mutuam.

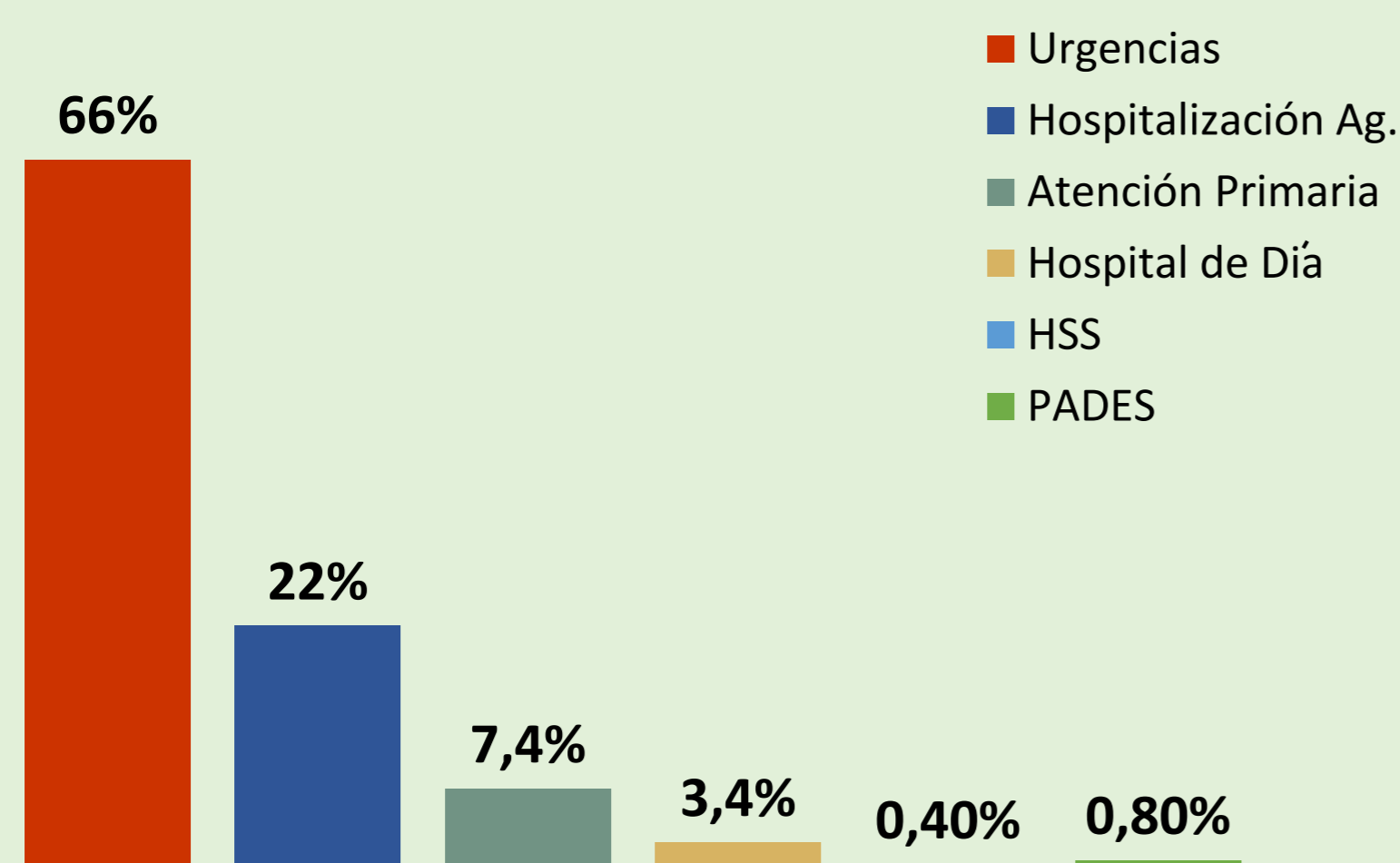
FRANJA DE EDAD



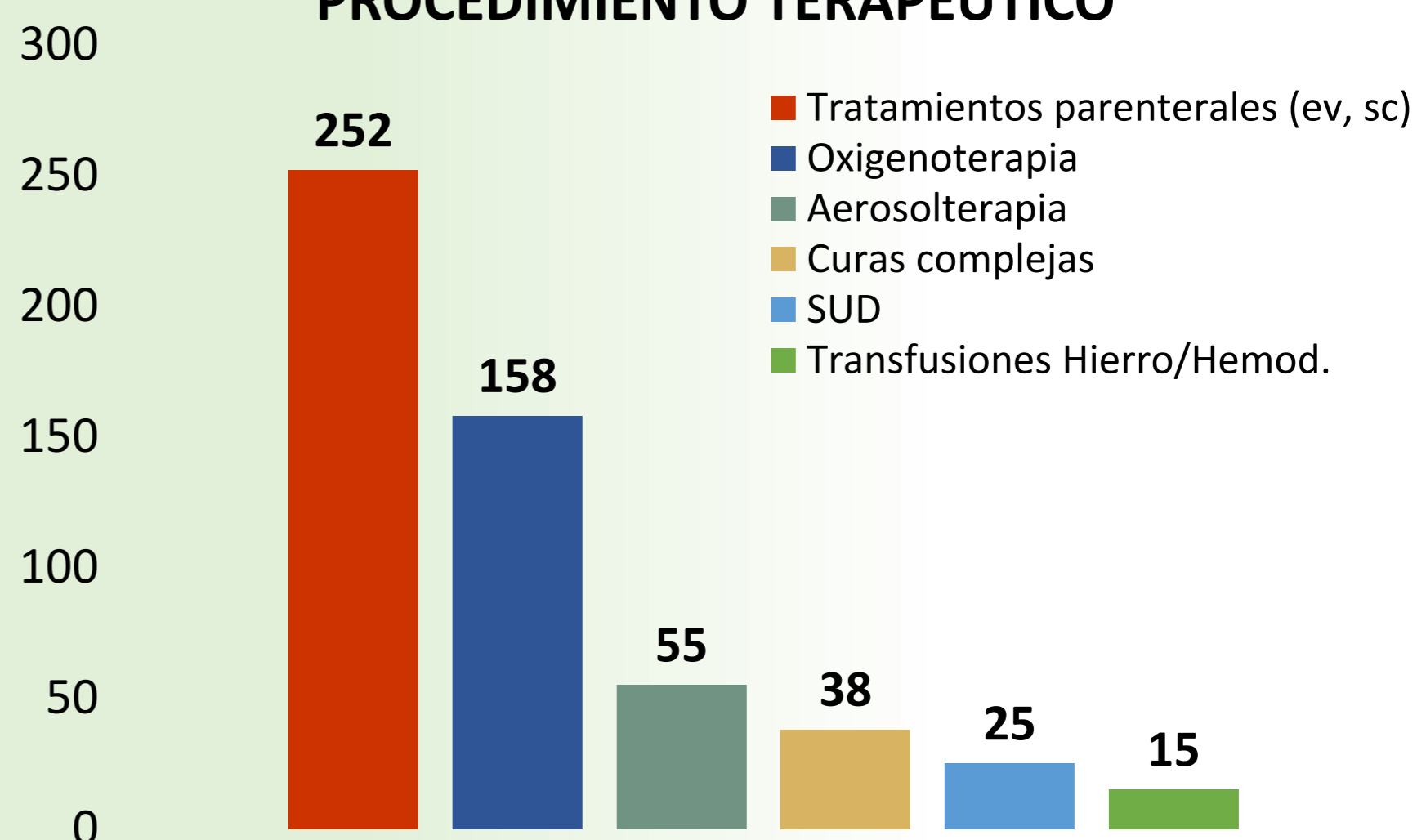
DIAGNÓSTICO



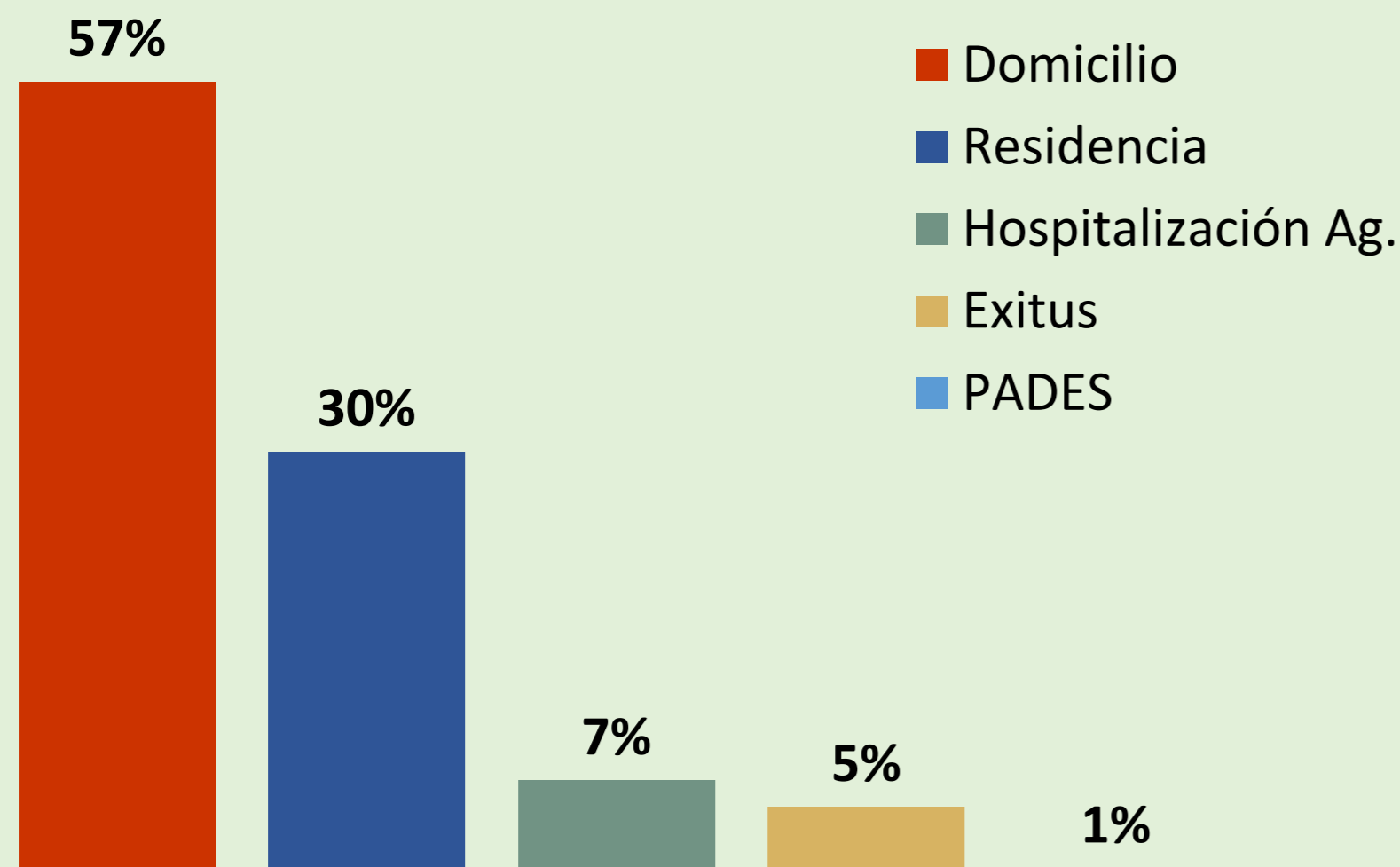
PROCEDENCIA



PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO



DESTINO AL ALTA



Conclusiones

Tras el primer año de actividad, podemos concluir que los equipos HAD-AI de Grup Mutuam han permitido descongestionar los hospitales colaboradores de pacientes con perfil geriátrico, especialmente en la unidad de Urgencias, reduciendo o sustituyendo el ingreso.

La atención de los equipos HAD-AI de Grup Mutuam en el Paciente Crónico Complejo es efectiva y segura, con una baja tasa de reingresos y mortalidad, y con un elevado porcentaje de destinos al alta a domicilio y residencia.



Implementación de hospitalización a domicilio en el postoperatorio inmediato de cirugía bariátrica.

A.Loscos, N.J.Hidalgo, V.Zambetti, D.Cañestro, L.Cayuela, A.Suarez, J.Picón, A.Carbonell, N.Seijas, I.Bachero.

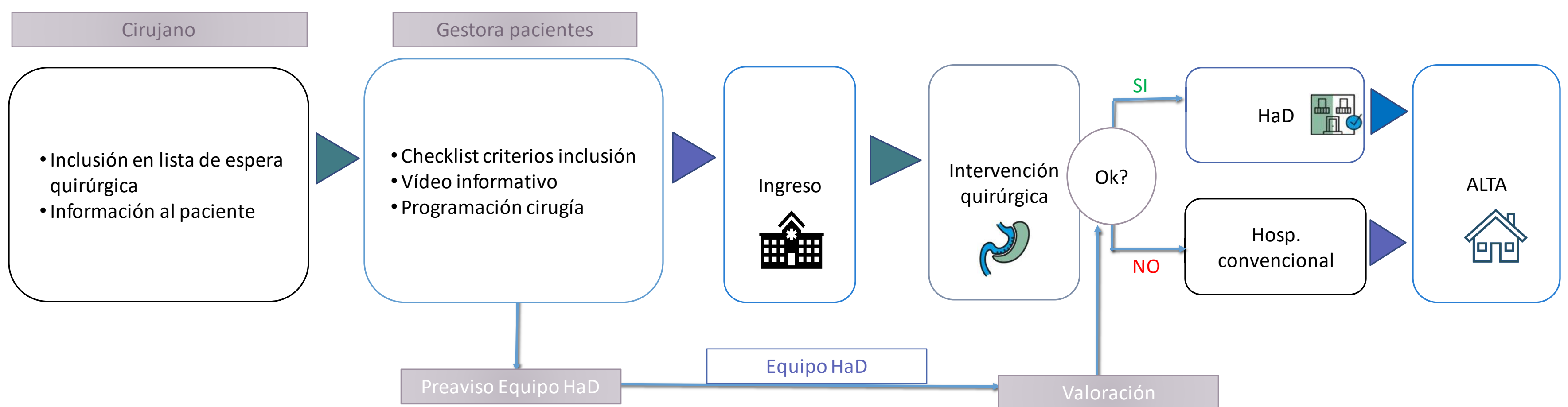
INTRODUCCIÓN:

La hospitalización domiciliaria ha demostrado su beneficio en pacientes con patología médica, sin embargo, es aún escasa la literatura que analiza sus beneficio y seguridad en patología quirúrgica.

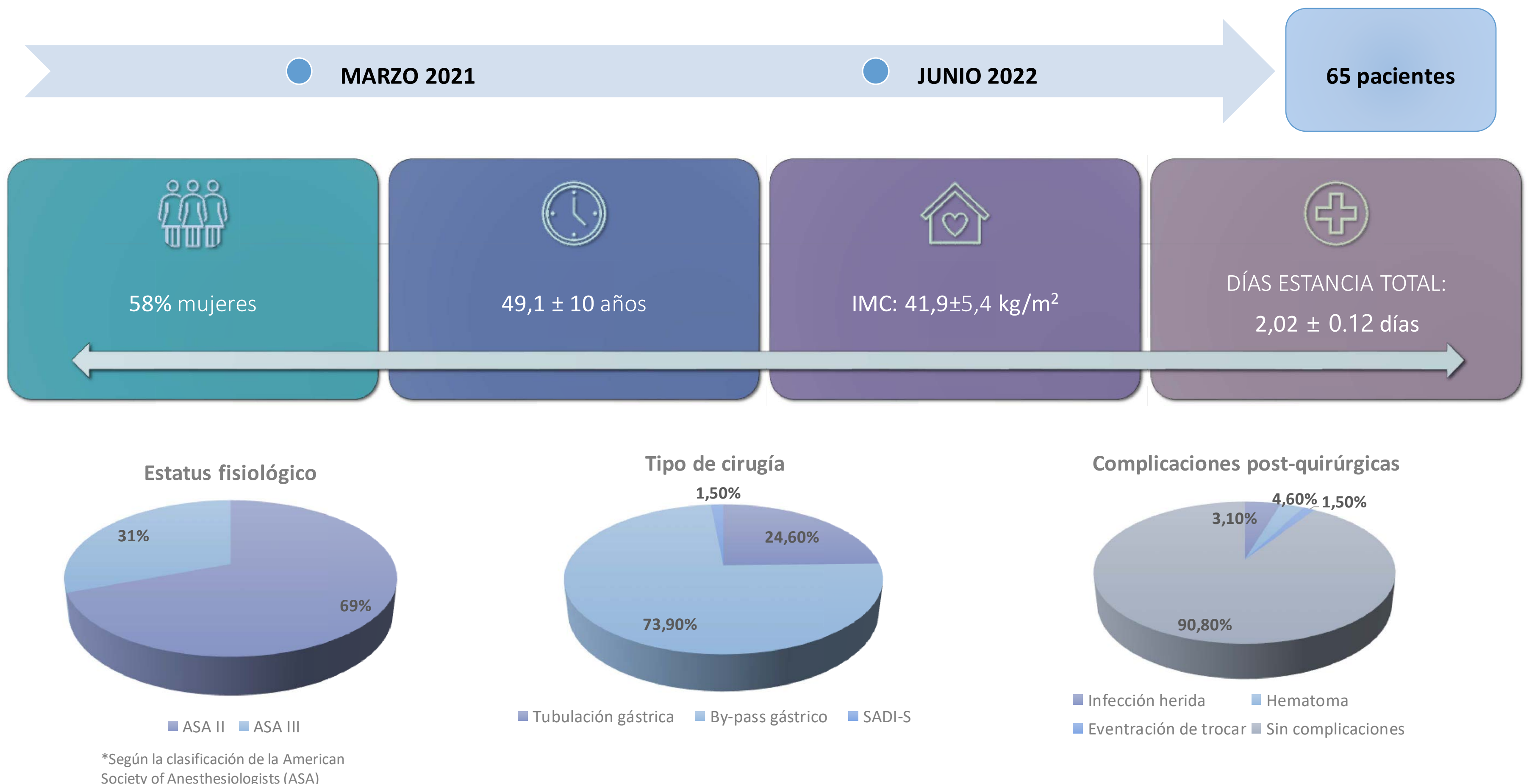
OBJETIVOS:

Analizar los resultados de la implementación de dispositivo de hospitalización a domicilio (HaD) en el postoperatorio de pacientes de cirugía bariátrica.

MATERIAL Y MÉTODO:



RESULTADOS:



Ningún paciente requirió traslado de domicilio al hospital, 3 pacientes (4.6%) requirieron reingreso antes de 30 días post alta y no se reportó mortalidad.

CONCLUSIONES:

La HaD puede ser una alternativa segura y viable en el postoperatorio de la cirugía bariátrica.



IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE ATENCIÓN CONTINUADA NOCTURNA EN UN DISPOSITIVO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

N.Seijas, L.García, M.Sala, N.Subirana, L.Cayuela, C.Escobar, B.Ibáñez, M.Martínez, J.Palacio, J.Julià, D.Nicolás

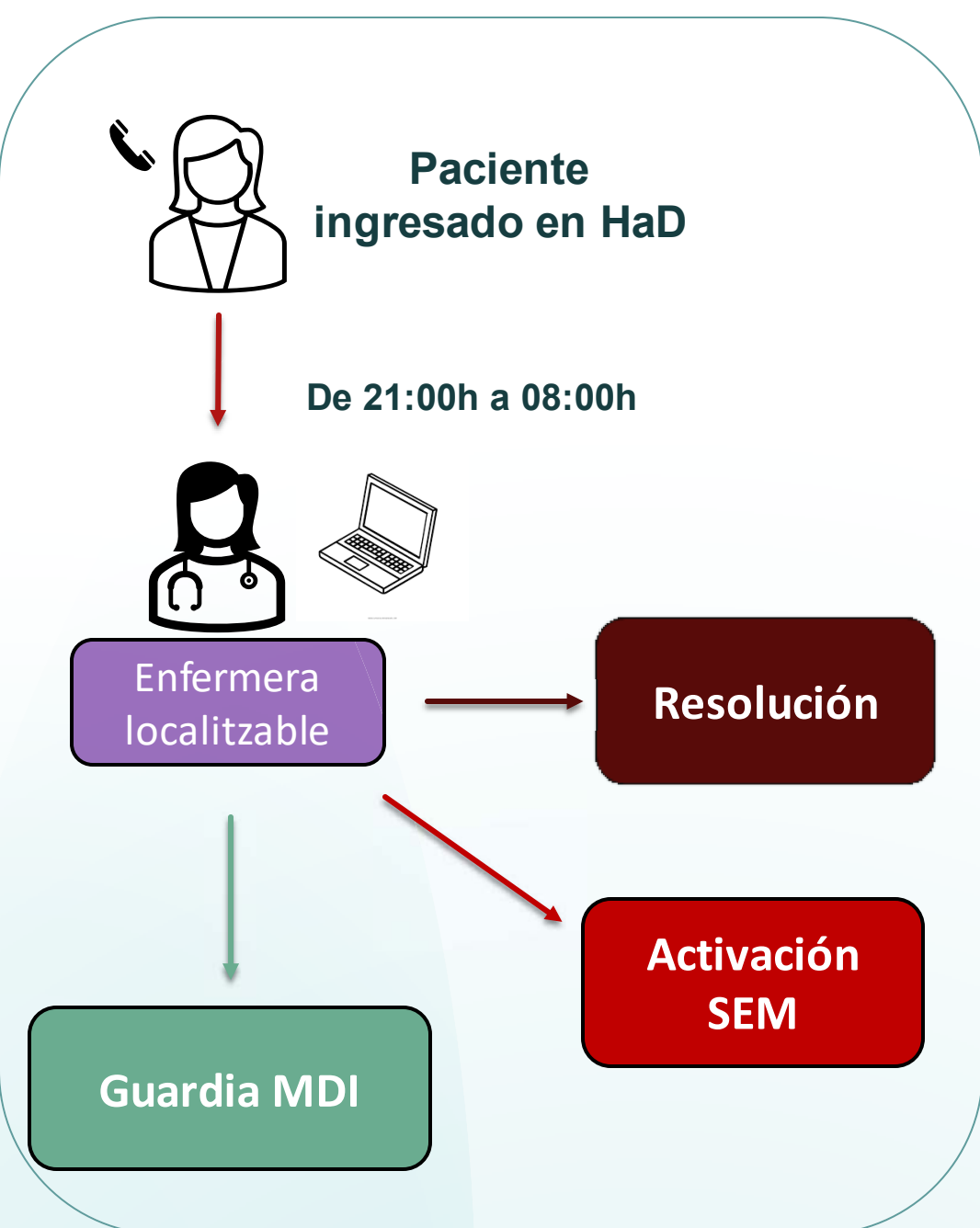
Introducción

La Hospitalización a Domicilio (HaD) es una alternativa a la Hospitalización convencional que ofrece la **MISMA CALIDAD Y SEGURIDAD** a los pacientes de una forma eficiente y coste-efectiva

Los equipos de HAD deben asegurar una **atención 24h, los 365 días** del año.

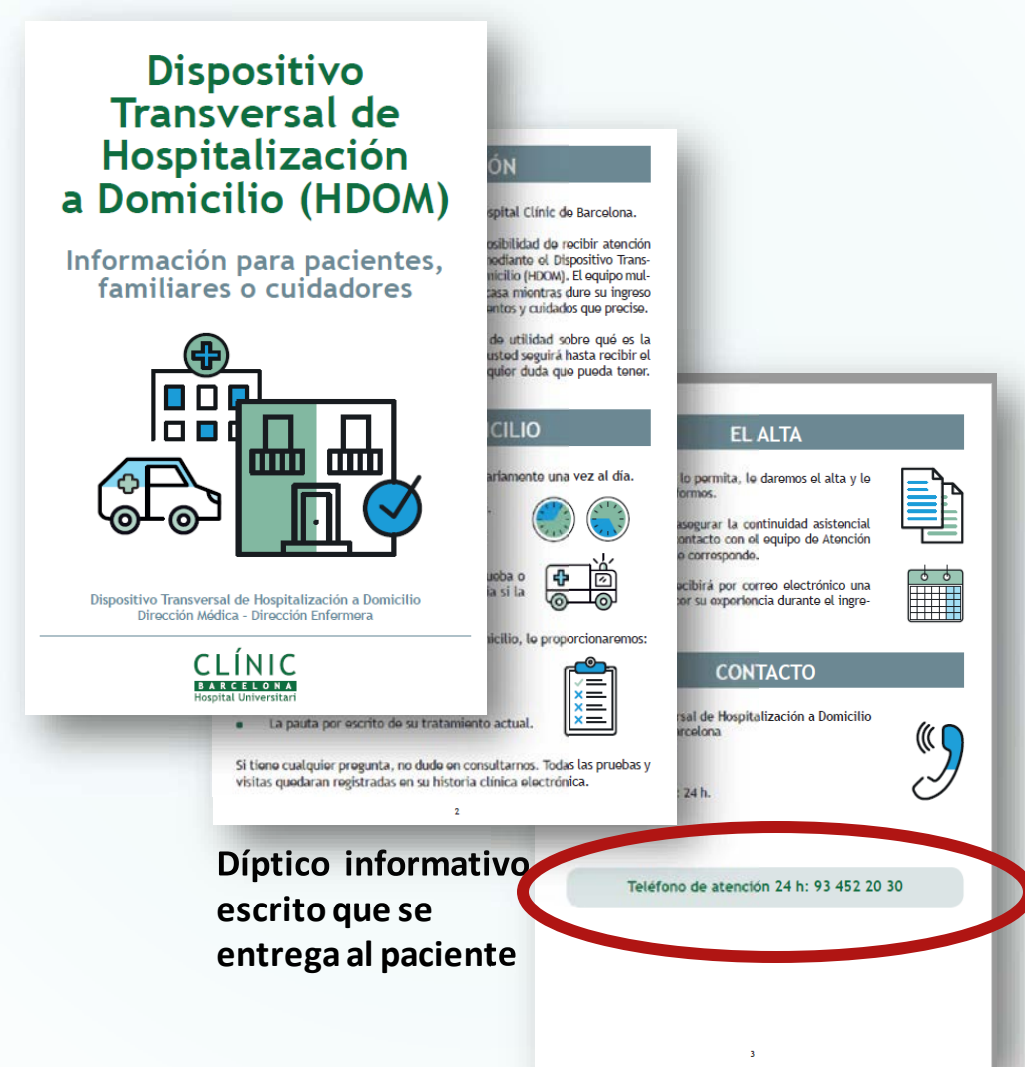
Objetivo

Analizar la implantación de una atención continuada nocturna en la HAD del Hospital Clínic de Barcelona.



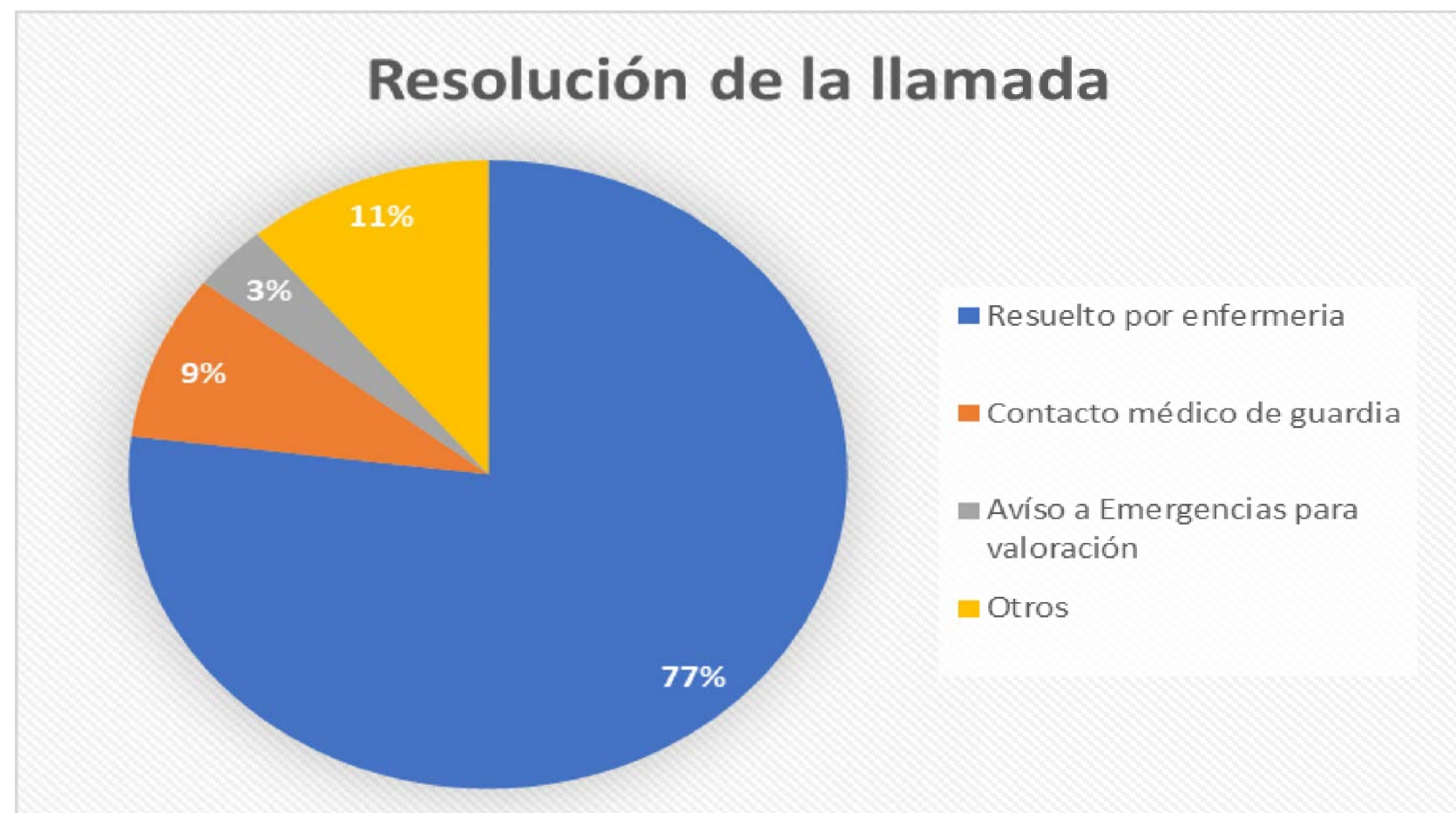
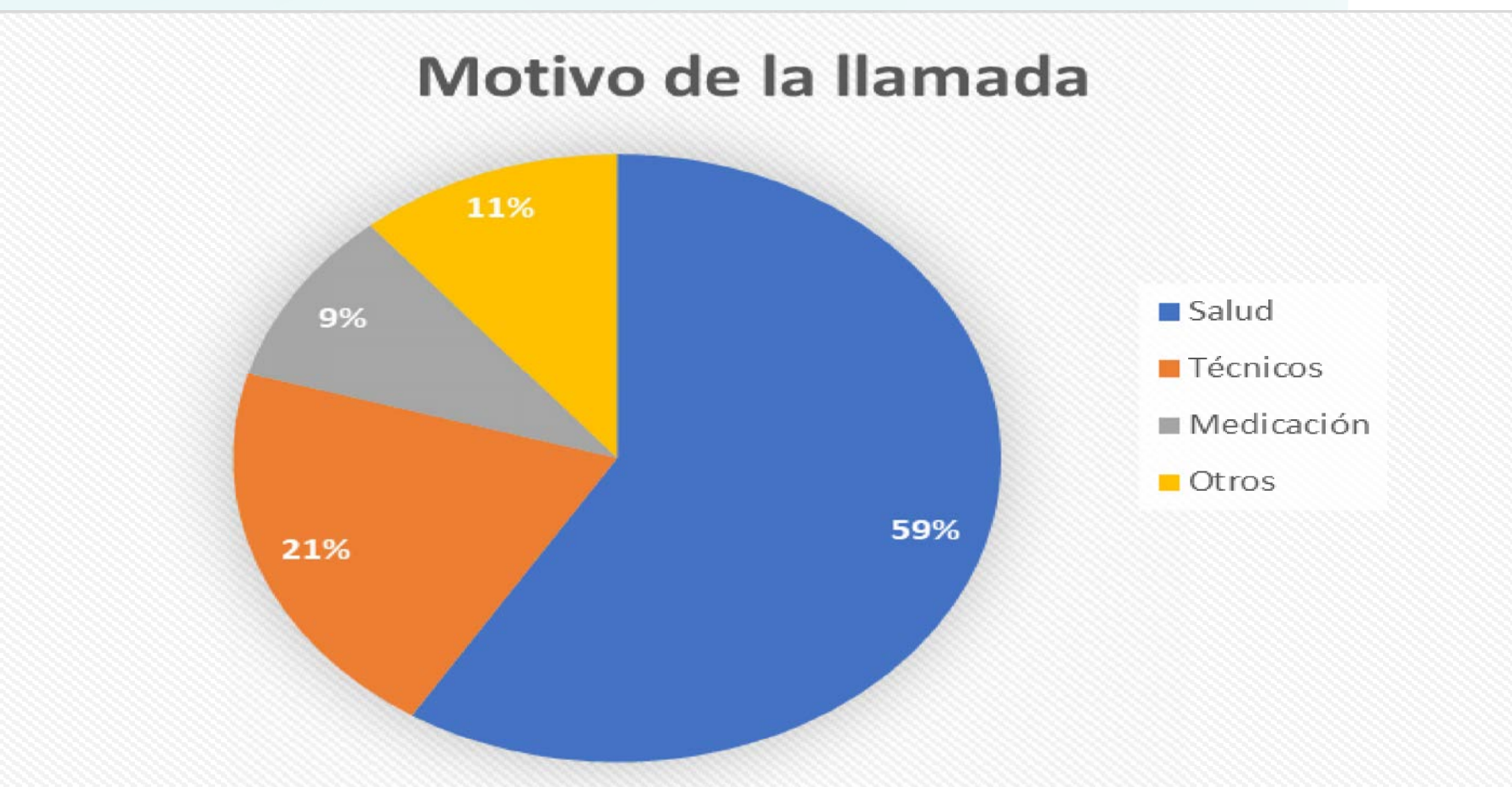
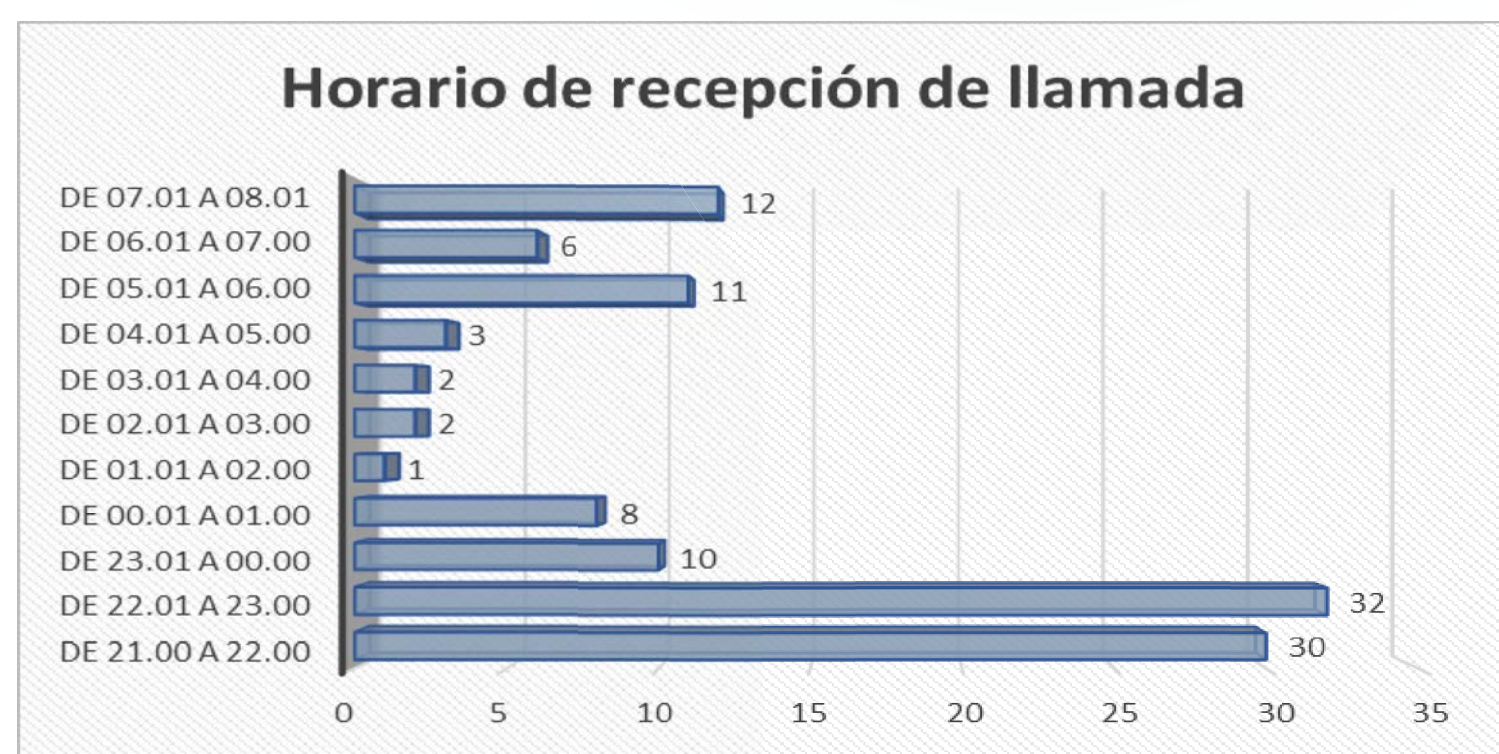
Metodología

Análisis prospectivo de las llamadas nocturnas registradas y su resolución del 13 junio a 29 agosto de 2022. Se creó el circuito de resolución de llamadas, realizando reuniones con el Servicio de Emergencias extrahospitalarias, Servicio de Medicina Interna del hospital y equipo de HAD.



Resultados

Se registraron un total de 117 llamadas. El tiempo medio de resolución de las llamadas fue de 14 minutos. Se derivaron 3 pacientes al servicio de Urgencias de los cuales solo 1 requirió ingreso hospitalario convencional.



Conclusiones

Los datos preliminares indican que establecer un servicio de atención continuada con una enfermera de referencia en HAD permite evitar visitas no programadas y mejorar por tanto la calidad asistencial.



Administración de Remdesivir iv en domicilio en pacientes COVID de riesgo

Pablo Lafuente Sanchis, Lucía Ciancotti Oliver, Ricardo Bou Monterde, Aurora Amoros Cantero, Marta Alcover Pons, Antonio Torrijos Pastor, Paula Sanchis Aguilar, Eva Camarero Galdón, Marta Guinot Segarra, Rafael Lluch.

Unidad de Hospitalización a Domicilio, Servicio de Medicina Preventiva, Servicio de Hematología y Hemoterapia.

Introducción

- Pandemia Global COVID 19.
- Pacientes con inmunodeficiencia mas afectados y con mayor riesgo de enfermedad grave.
- Estrategia de tratamiento en pacientes de riesgo en la Comunitat Valenciana. Enero 2022.
 - REMDESIVIR como tratamiento preventivo de enfermedad grave en pacientes covid + dentro del grupo de riesgo.

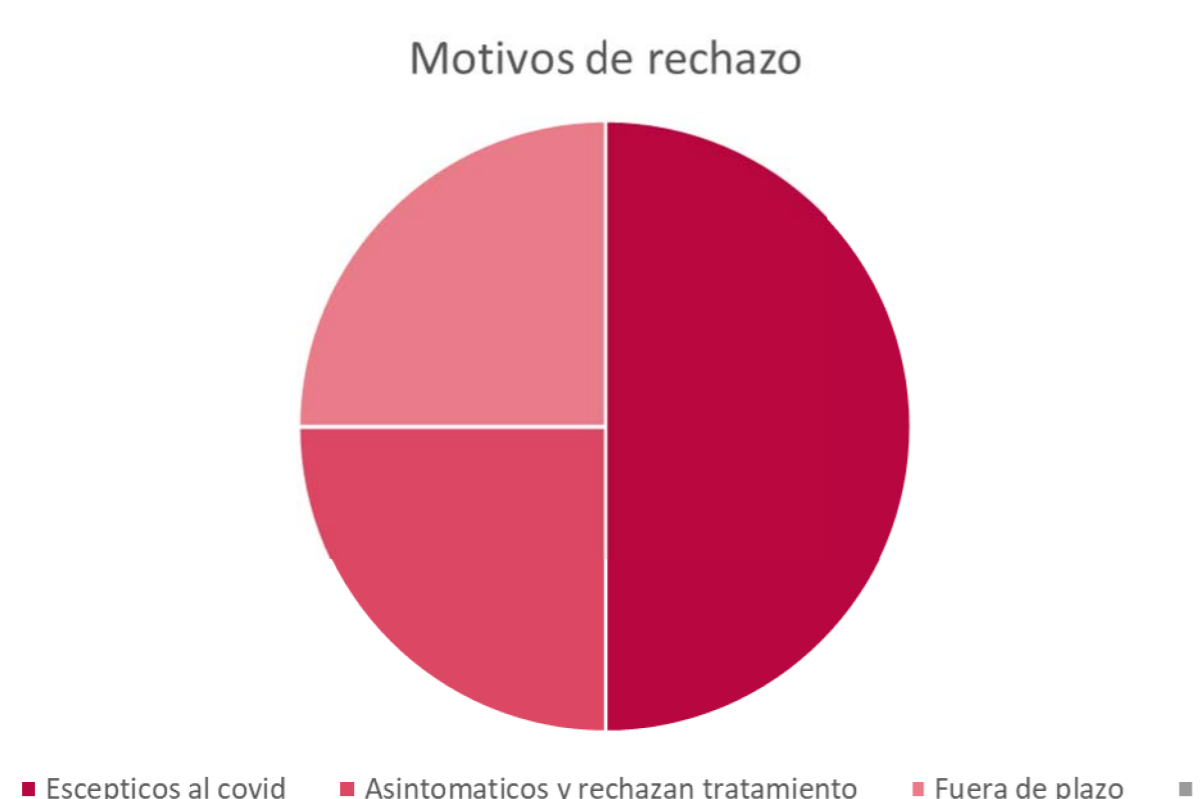
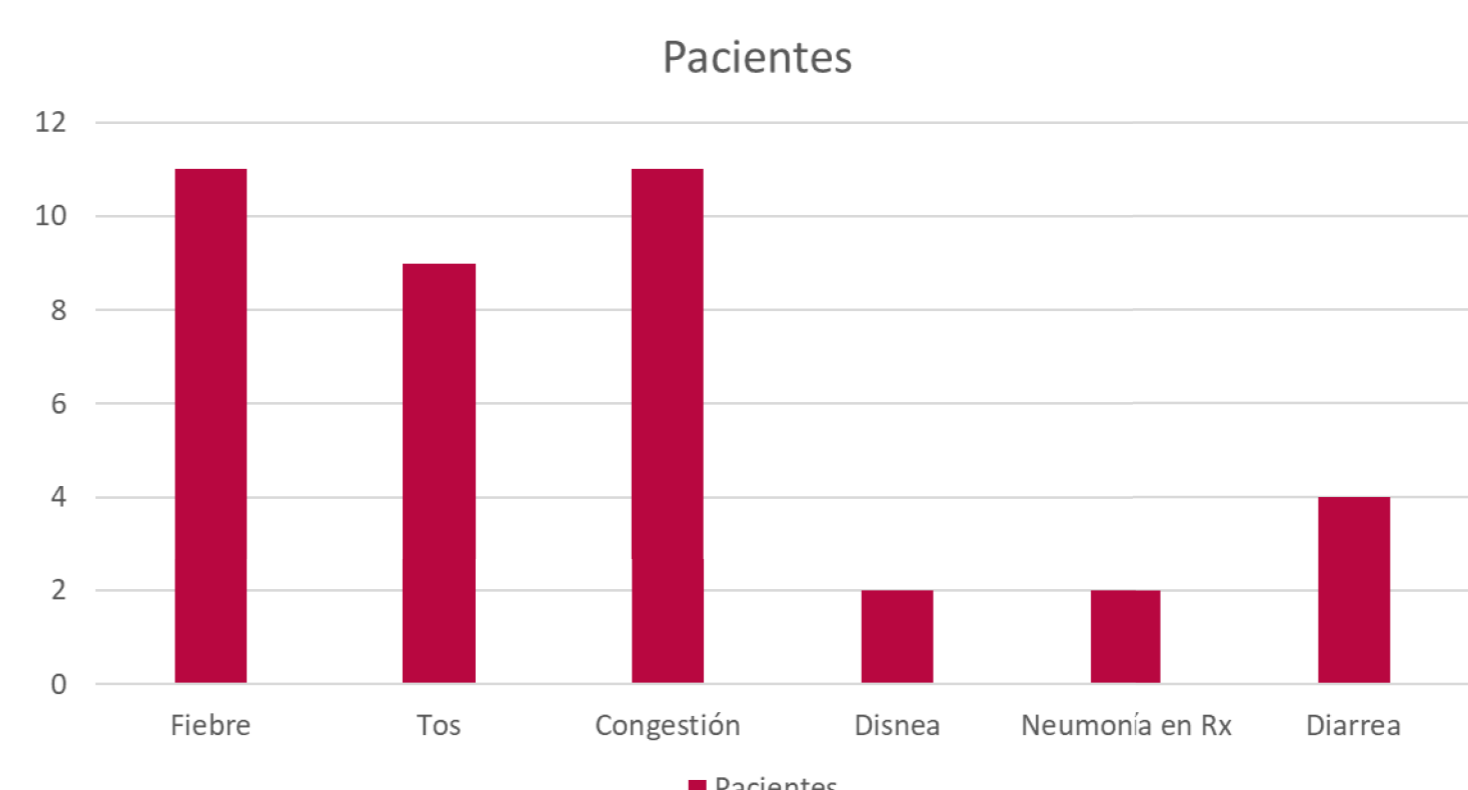
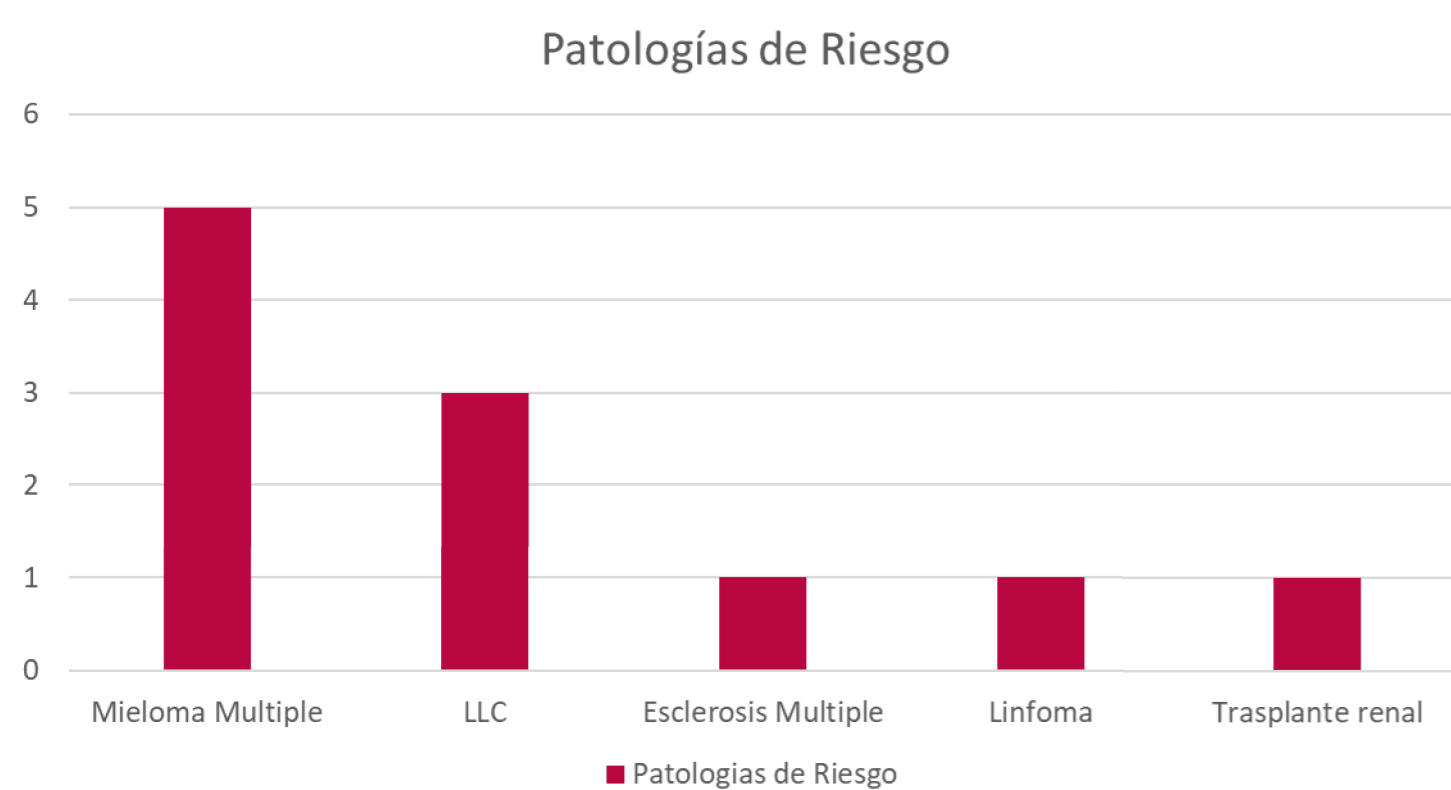
Estrategia Departamento de salud La Ribera-Alzira

- De acuerdo con la estrategia de tratamiento propuesto por la Conselleria de Sanitat.
- Decidimos que el mejor lugar terapéutico será el domicilio del paciente si se encuentra estable hemodinámicamente.
- Tratamiento a cargo de la Unidad de Hospitalización a Domicilio.
- Identificación y captación de pacientes a cargo del Servicio de Medicina Preventiva.

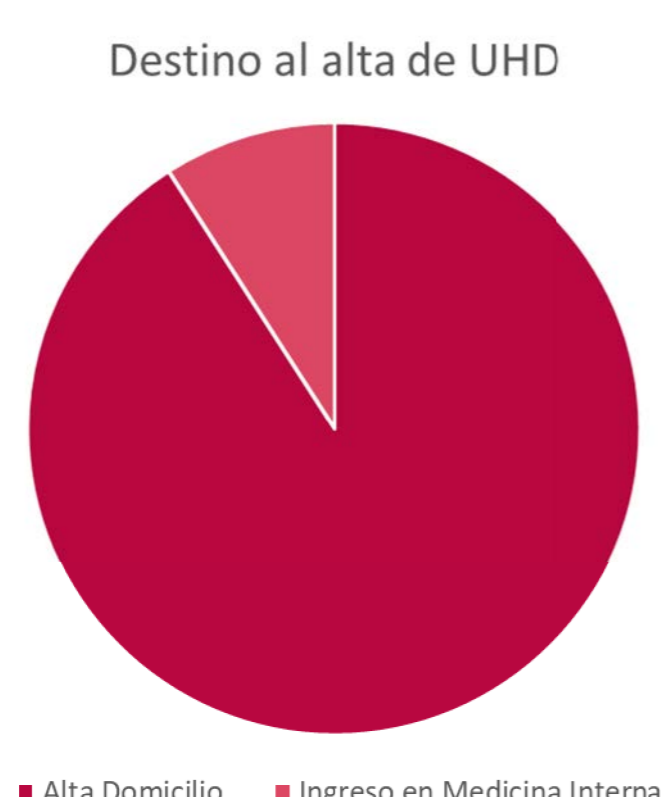
Identificación de pacientes.

- Reporte diario de pacientes covid + desde laboratorio a Medicina Preventiva.
- Cruce de datos con la base de pacientes incluidos en grupo de riesgo (grupo 7 de la estrategia del Ministerio de Sanidad).
- Llamada a la Unidad de Hospitalización a domicilio si aparece un positivo del grupo de riesgo.
- Contacto con el paciente y consentimiento informado.
- Se inicia el tratamiento antes de 24 horas de la identificación en el propio domicilio.

Resultados



Completitud de Vacunación	Número de Pacientes
Completa Vacuna + Refuerzo	2
Completa Vacuna	6
Vacunación incompleta	3
No vacunados	0



Conclusiones

- Tratamiento seguro para administración en domicilio.
- No eventos adversos en los pacientes incluidos.
- Eficaz como prevención de enfermedad grave.
 - 10 de los pacientes fueron alta oligosintomáticos al finalizar el tratamiento.
 - 1 de ellos ingreso en sala de hospitalización pero no requirió UCI ni Ventilación mecánica. Tras seguimiento posterior estable y sin secuelas.
- El domicilio se postula como mejor lugar terapéutico para estos pacientes evitando coinfecciones nosocomiales o eventos adversos.



CONOCIMIENTOS SOBRE LA DIVERSIDAD CULTURAL Y LA NORMALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD). VISIÓN DEL CUIDADOR SOBRE EL CUIDADO

Romero Candel, P¹; González García D¹; Corral Montoro, MS¹; Cereceda Valencoso, L¹; Pons Barber, M¹; Navarrete González, L¹; De Olivera Calado, AF¹; Sánchez Martos, EA²; Díez Sánchez, B¹

¹ Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Hospital at Home, Badalona

² Hospital Parc Taulí. Hospital at Home, Sabadell

INTRODUCCIÓN

El éxito de las intervenciones de la enfermera está dado por la congruencia y competencia de estas, con la visión particular de la salud-enfermedad de cada individuo o comunidad. Es crucial por tanto que los profesionales de enfermería comprendan las particularidades de los cuidadores, con el fin de que tomen en consideración los valores, las creencias, los rasgos culturales y las formas de vida de culturas similares y diversas. La competencia enfermera es la que proporciona resultados beneficiosos y satisfactorios en cuanto a la calidad asistencial global, percibida por el paciente y cuidador.

OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer que significado otorgan al cuidado, los cuidadores de los pacientes ingresados en la HAD.

Objetivos específicos: identificar nivel escolar, factores económicos, aspecto familiar o social, factores religiosos, género, edad media, profesión, país de origen, nivel de ingresos, pacientes dependientes a cargo del cuidador.

MATERIAL Y METODOS

Estudio cualitativo de tipo etnográfico; se realiza entrevista a 5 cuidadores de pacientes de la HAD del HUGTIP.

Muestreo no probabilístico intencional de recogida de datos mediante observación directa. Análisis con *Atlas.ti*.

El cuidado de la salud, como fenómeno cultural nace y se estructura a través del saber cultural, las instituciones sociales y las personas.

La recogida de datos se realizó mediante los siguientes instrumentos:

- Observación
- Conversaciones
- Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos

Una vez identificados los participantes, la investigadora principal informó al paciente y/o cuidador principal sobre el estudio de forma verbal y escrita y se solicitó el consentimiento informado. Estas conversaciones fueron grabadas y transcritas anonimizadas.

Estudio aprobado por el comité de ética de investigación (CEI) PI-22-250

RESULTADOS

PACIENTE

Edad media: 74,4 años.

Barthel media: 60; Grado de dependencia leve.

Pfeiffer media: 0.

Diagnóstico de ingreso: Piometra, Recambio de espaciador, luxación prótesis cadera, Infección prótesis cadera, Neumonía por Covid19.

Dispositivos: Vía periférica (antibiótico ev), oxigenoterapia, terapia presión negativa, PICC, Bomba perfusión continua de antibioterapia (BIC), Oxigenoterapia, Nebulizador, glucómetro.

CUIDADOR

Edad media: 51 años.

Nivel de estudios : B.U.P, estudios generales básicos, grado informática, universitarios.

Profesión : autónoma (tienda), sin trabajo actual, jubilado, coach, nutricionista.

Religión : cristiana, católica, atea.

País de origen : España, Perú.

Nivel de ingresos: <12.000€/año; 12.000-24.000€/año; >24.000€/año.

Personas dependientes a su cargo: Entre 1 y 2.

Al analizar las transcripciones se obtiene los siguientes resultados:

- Al asumir ellos los cuidados le dan mucho valor a la presencia de un cuidador y su capacidad.
- Valoran mucho más los cuidados que proporcionan los profesionales y lo que aprenden de ellos.
- Consideran una experiencia positiva y un avance asistencial el ingreso en HaD.
- Perciben la necesidad de destinar más recursos ya sean públicos o privados a la HAD.
- Predomina su confianza en los profesionales por encima de creencias religiosas.

Frases a destacar:

- *“Si tuviera más dinero ella no estaría sola, ella tendría un acompañante y sería una tranquilidad. Pero como no tenemos el dinero...”*
- *“Yo la domiciliaria no la había oído en mi vida, no sabía que existía y yo creo que la domiciliaria tiene que crecer. Tiene que..., bueno creo que es el futuro, bueno el futuro no, los que tienen que estar ingresados y hacerle cosas se lo tienen que hacer, ¿No? Pero yo creo que la gente, bueno claro los que puedan sus familias o con ayudas o lo que sea”*
- *“Ves esa persona cuando tiene dolor, cuando está mal, cuando es de tu familia pues eso también te produce estrés, pero también tienes pues eso, yo saber que estáis ahí o por las noches saber que hay esos teléfonos, eso al cuidador le da bueno, una tranquilidad que dice bueno sabe”*
- *Creo que todas las partes son importantes, sin dejar ninguna, osea, yo ningún, todos los profesionales, yo he aprendido a que ningún profesional es mejor ni peor que otro ¿No? Osea, ni una enfermera es menor que un médico, ni un médico mejor o peor que un fisio porque, para que esa persona esté mejor, al final todas las partes, cada una en su orden ¿No?, hay como un código, un código de complementariedad.”*

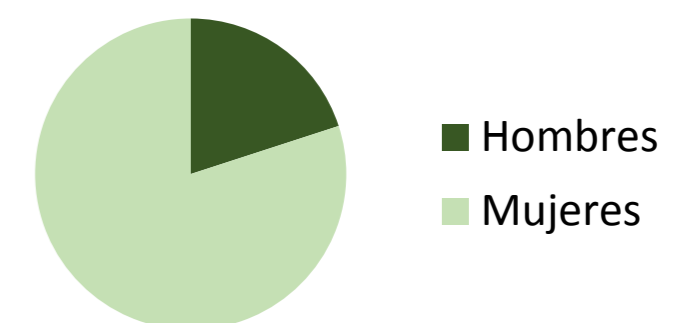
CONCLUSIONES

Conocer el significado del cuidado al paciente, ayuda a las enfermeras a dar una asistencia de mayor calidad.

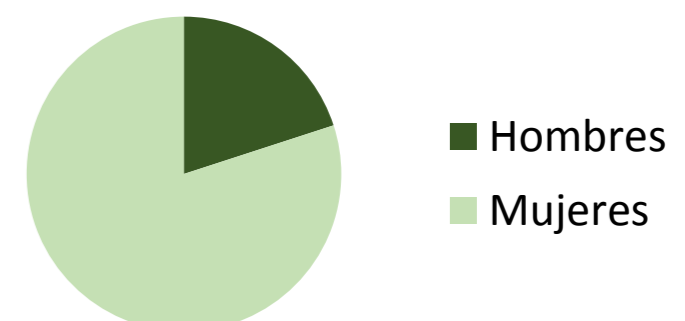
BIBLIOGRAFÍA

- Gutiérrez-Carmona, Andrés & Urzúa M., Alfonso (2019). ¿Los valores culturales afectan el bienestar humano? Evidencias desde los reportes de investigación. *Universitas Psychologica*, 18(1).
- Manrique, M. Reyes, I. Delgado, H. Jiménez, B. Madeleine Leininger. Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y la Universalidad [Internet]. *Enfermería* 21. 2005 [Citado el 26 de agosto de 2018]. Disponible en: http://www.enfermeria21.com/listametas/Leininger_monografia.doc
- Ibarra Mendoza, Teresa Ximena, & González, José Siles. (2006). Competencia Cultural: Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index de Enfermería*, 15(55), 44-48. Recuperado en 29 de julio de 2022, de http://scielo.jscii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=es&tlng=es.
- Bonill de las Nieves, Candela, & Celdrán Mañas, Miriam. (2012). El cuidado y la cultura: Génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. *Index de Enfermería*, 21(3), 160-164. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000200011>
- Vásquez T, Marta Lucia. (2006). Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 136-142. Retrieved August 22, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200015&lng=en&tlng=es
- Sáenz Gallegos, María Luisa; Sáenz Gallegos, Catalina; Cira Huape, José Luis; Serna González, Patricia. Diseño de las competencias del curso de arte y cultura con base en la revisión de las propuestas sobre el desarrollo de la conciencia y la sensibilidad cultural. *Rev Paraninfo Digital*, 2018; 28. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n28/e149.php> Consultado el 22 de agosto 2022.

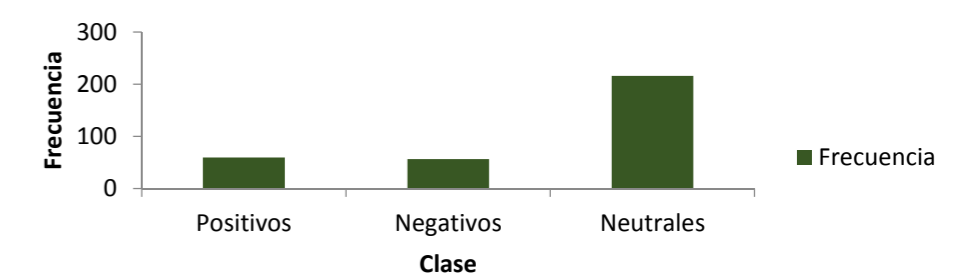
Pacientes



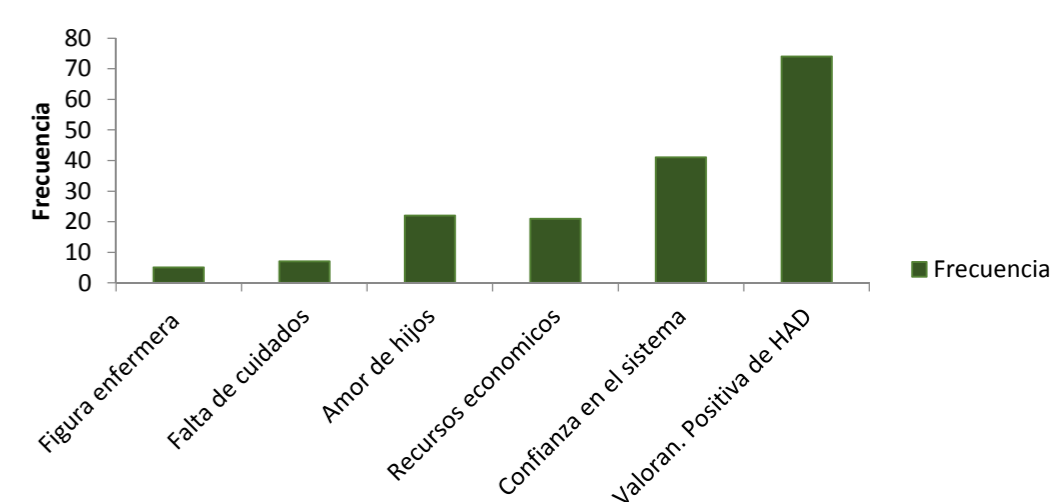
Cuidador



Análisis de sentimiento



Cuidador





"TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA DE UN SOLO USO EN ZONAS DE DIFÍCIL SELLADO"

AUTORAS: RUIZ DE GORDOA CAMPO, G.¹; GONZALEZ IZQUIERDO, M.A.¹; GARCIA TRUJILLO, M.M.¹; SERRANO GONZALEZ, R.²

1. HUA TXAGORRITXU. OSI ARABA

2. HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS (MADRID)

Introducción: La TPN de un solo uso permite al profesional sanitario administrar TPN a pacientes hospitalizados y ambulatorios, aumentando la accesibilidad del tratamiento. En la TPN de un solo uso no hay contenedor, el exudado es recogido por el propio apósito. Los pacientes prefieren dispositivos discretos que les permitan mantener las actividades de vida diaria, estos dispositivos desechables permiten reducir los costes de la TPN y aumentan la adherencia del tratamiento al ofrecer facilidad de uso y permitiendo a su vez la movilidad del paciente.

En ocasiones, y a pesar de estar ante una indicación clara de uso de este tipo de dispositivos, nos encontramos que lesiones a tratar se encuentran en zonas anatómicas de difícil sellado; optando en este caso por la realización de una cura en ambiente húmedo.

Niveles de presión

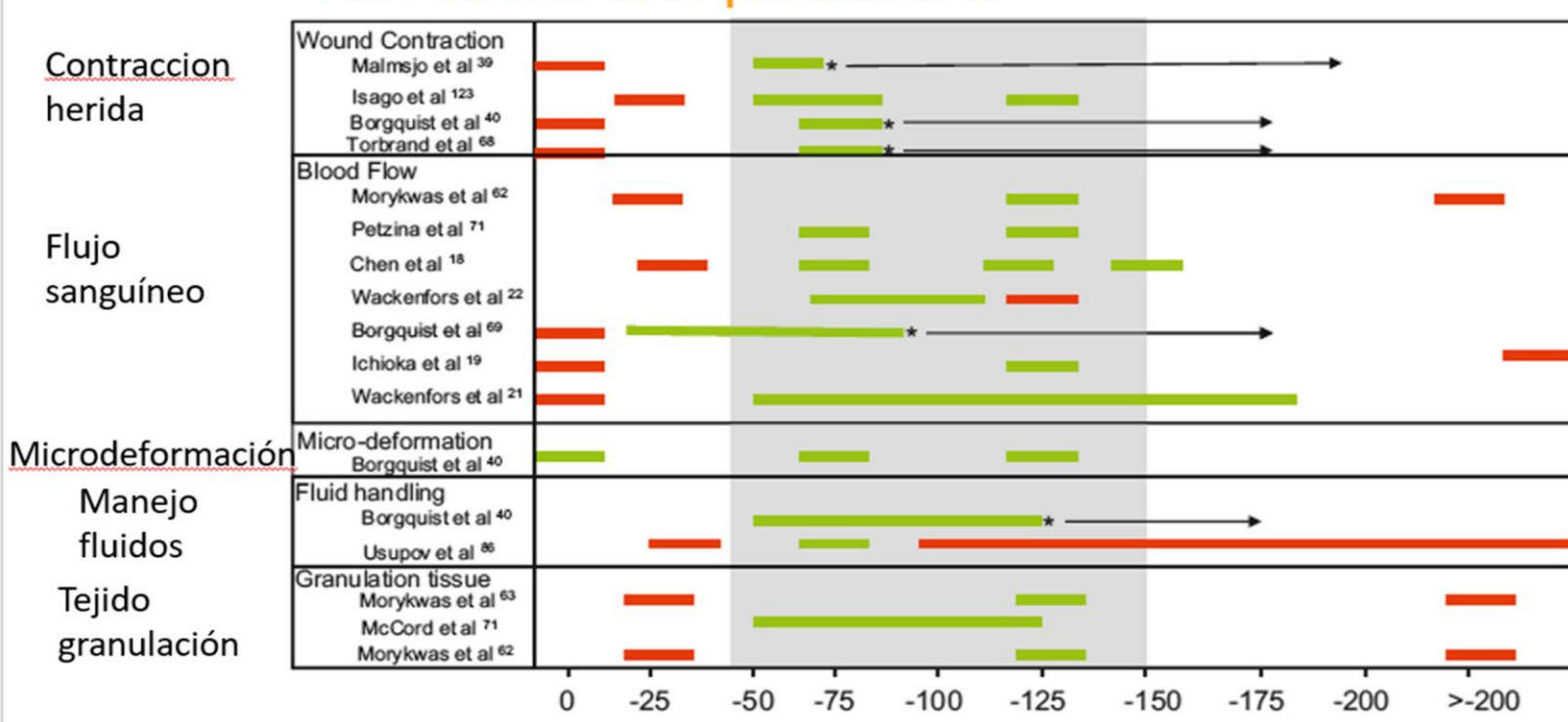
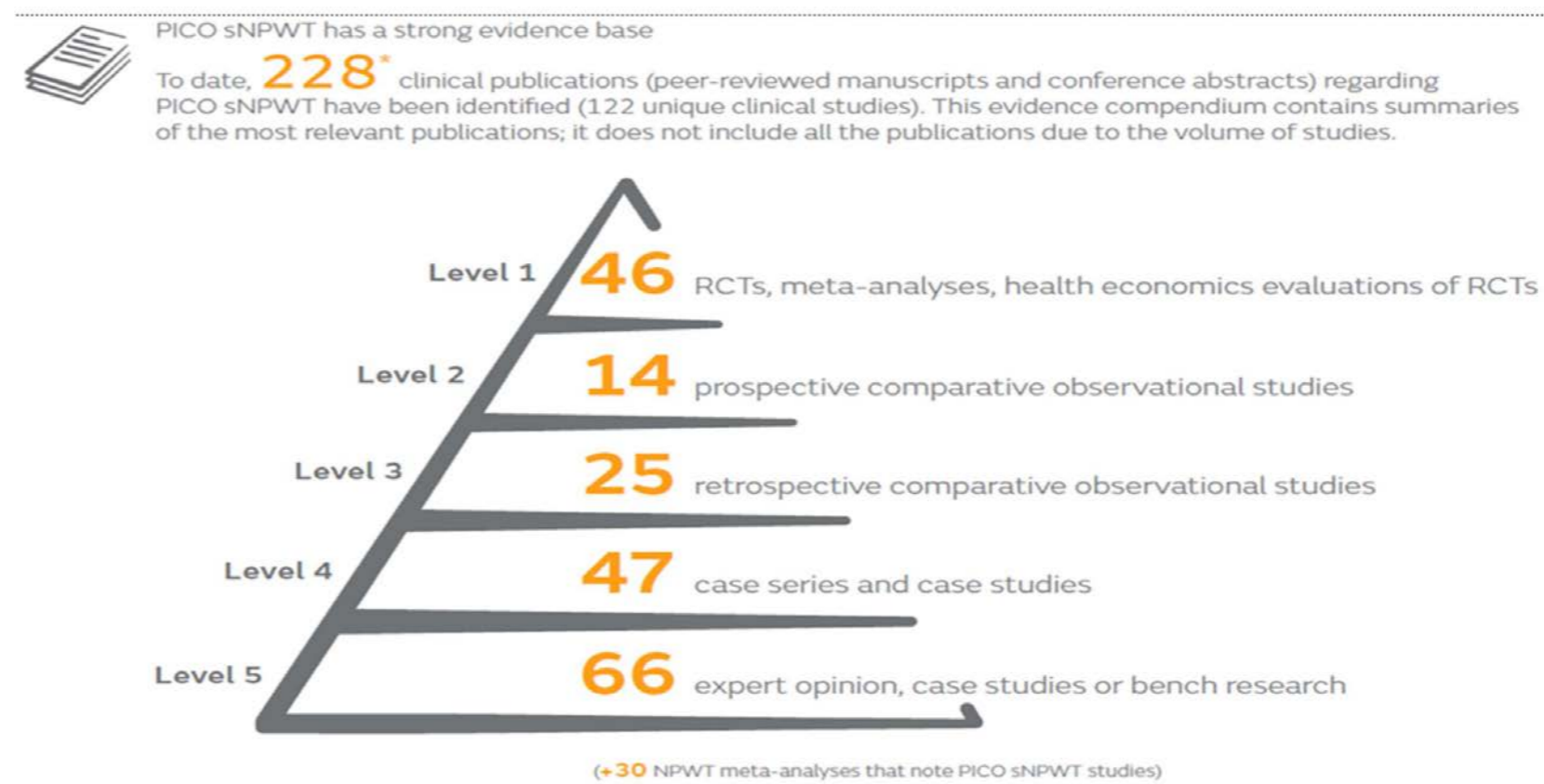


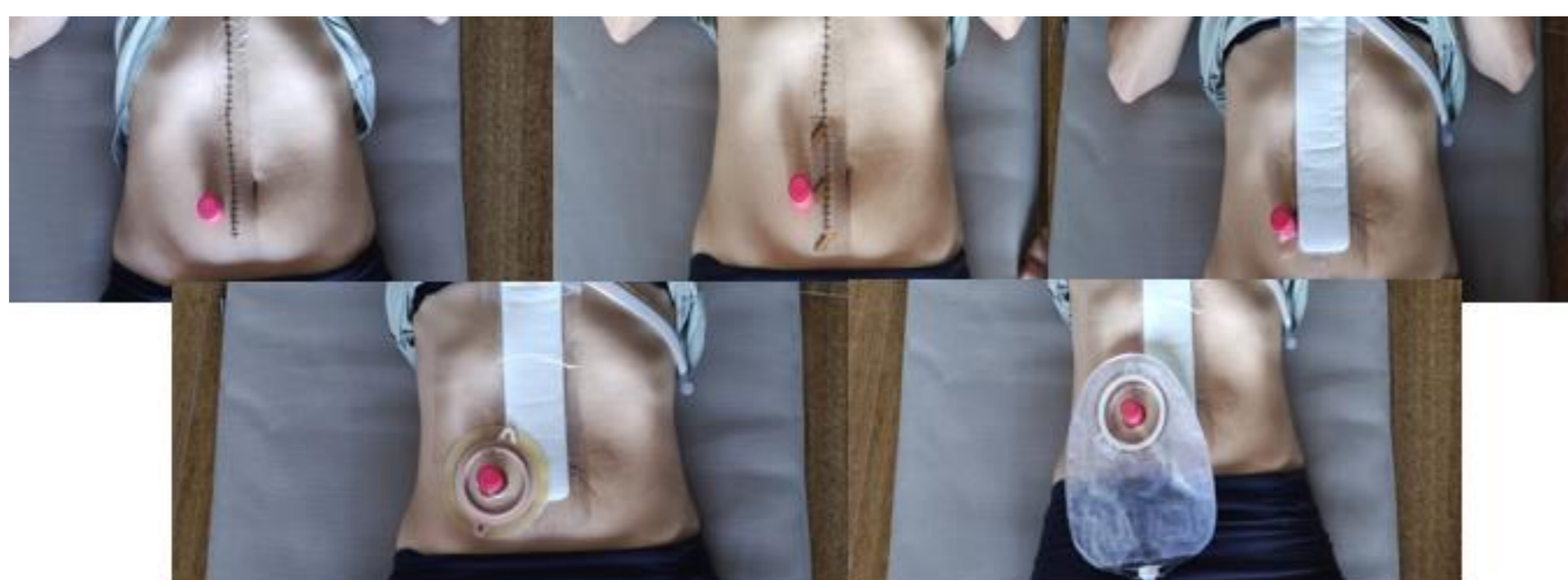
Figure 1 Impact of varying negative pressure on mode of action of NPWT. Red bars indicate pressures where no effect or detrimental effects have been observed. Green bars indicate where beneficial effects have been observed. The shaded area demonstrates the therapeutic range of negative pressure levels based on the majority of studies. Studies on intact volunteer skin excluded. * although higher levels of negative pressure may be effective (denoted by arrows), no further benefit is observed.



+ AMPUTACIONES ABIERTAS/CERRADAS



• NOS PODEMOS ENCONTRAR CON SITUACIONES DE DIFÍCIL SELLADO POR





ANÁLISIS DEL PERFIL FUNCIONAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA. JUSTIFICACIÓN DEL ROL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Sra. Mercedes Llacer Puig. Terapeuta Ocupacional. Sr. César Rubio Belmonte. Profesor Terapia Ocupacional y Fisioterapia UCV. Sr. Ángel Llacer Furió. Médico UHD Hospital Dr. Peset. Valencia.

INTRODUCCIÓN

Las UHDs son una alternativa asistencial que proporciona en el domicilio del paciente niveles de diagnóstico, cuidados y tratamiento similares a los proporcionados en los hospitales. Son unidades interdisciplinares integradas idealmente por médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y personal administrativo que persiguen un tratamiento integral del paciente.

Dado el planteamiento holístico en la atención a sus pacientes se plantea la posibilidad de intervención desde la terapia ocupacional.

OBJETIVOS

Justificar la pertenencia de incluir terapeutas ocupacionales en las UHD para el abordaje de las limitaciones funcionales derivadas de diferentes diagnósticos o condiciones de salud y se concreta en los siguientes objetivos específicos:

- OE 1: realizar un análisis descriptivo de los pacientes atendidos en la UHD del Hospital Dr. Peset durante los meses de noviembre 2021 – febrero 2022.

- OE 2: clasificar funcionalmente a estos pacientes e identificar las necesidades de intervención en TO relacionadas con su estado funcional.

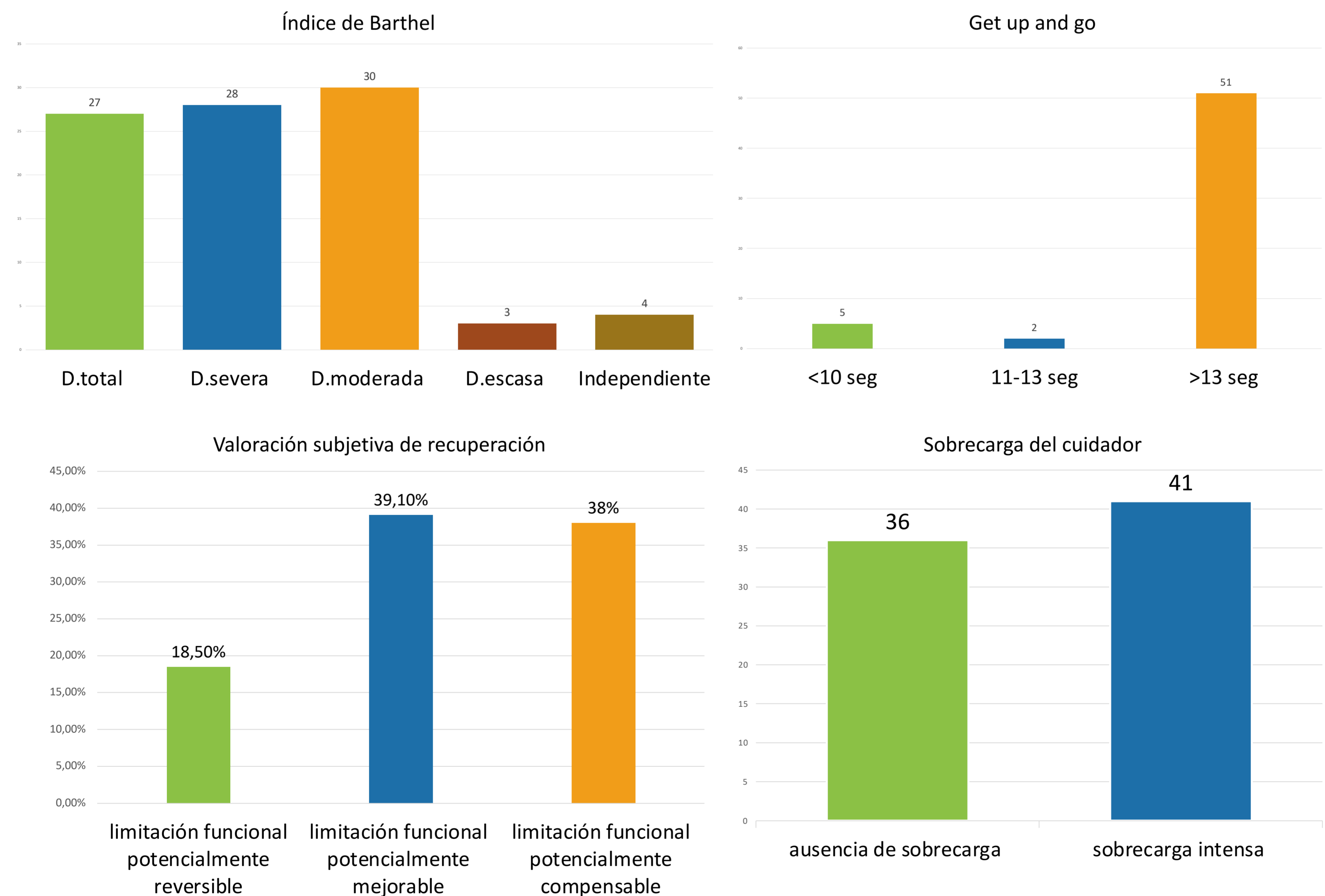
METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y basado en grupo. La muestra estuvo compuesta por 92 participantes: 48 mujeres y 44 hombres, con una media de edad cerca a los 82 años.

Se recogieron datos sociodemográficos, de la funcionalidad del paciente y grupo patológico, evaluando la calidad de vida percibida y la sobrecarga del cuidador.

Se ha realizado un análisis estadístico a través de las plataformas de SPSS y JASP: análisis descriptivo, de la fiabilidad y correlacional.

RESULTADOS



CONCLUSIONES

1. La población atendida por una UHD se caracteriza por tener una edad avanzada y presencia de patologías que conllevan una situación de dependencia para la realización de sus AVDs.
2. Los pacientes atendidos en estas unidades presentan un elevado riesgo de caídas.
3. Encontramos un alto porcentaje de sobrecarga en los cuidadores informales.
4. Podemos clasificar a los pacientes por su capacidad funcional y pronóstico de recuperación en: (1) pacientes con limitación funcional potencialmente reversible, (2) pacientes con limitación funcional potencialmente mejorable y (3) pacientes con limitación funcional potencialmente compensable.
5. Una intervención desde terapia ocupacional ayudaría a promocionar la independencia de los pacientes y mejoraría la sensación de sobrecarga de los cuidadores.





LA HAD ES UNA PROPUESTA SEGURA PARA LA ADMINISTRACION DE HIERRO ENDOVENOSO EN DOMICILIO

E.Llobet Barberí ; E.Villegas Bruguera; K.Lamarca Soria ;A.Garcia Sarasola,A.Torres Corts, C.Moreno Borràs, M.Tella Arbós

INTRODUCCION:

El déficit de hierro (Fe) afecta a gran parte de la población mundial :Más de 4000 millones de personas según la OMS .En muchos casos y sobretodo dentro de la población geriátrica la administración oral no es posible ni la más indicada :intolerancia al tratamiento vo, perdidas sanguíneas que superan la capacidad de reposición oral ,malabsorción (celiaquía, resección gástrica o intestinal, by pass intestinal poscirugía , enfermedad inflamatoria intestinal), en casos de incumplimiento del tratamiento oral , administrado junto a la eritropoyetina (EPO) en los pacientes afectos de anemia e insuficiencia renal crónica...etc.Y de forma tradicional dicha administración se ha realizado en medio hospitalario convencional (hospital de día, planta).

OBJETIVO

Demostrar que la administración de hierro ev durante un ingreso en HAD puede realizarse de forma segura.

PACIENTES Y METODOS:

Análisis retrospectivo (2021- Junio 2022) de pacientes con ferropenia durante su ingreso y que reciben Fe endovenoso (ev).Se analizan características de los pacientes y complicaciones asociadas a la ferroterapia administrada según protocolo consensuado con los Servicios de Hematología y Farmacia del hospital.

RESULTADOS:

Se incluyen 84 pacientes (87 episodios) que ingresan en nuestra HAD por :Anemia (31),insuficiencia cardiaca (21),sd.mielodisplásico (3),infecciones médicas (14),complicaciones quirúrgicas (4),neoplasias (6),perdidas digestivas (4),úlceras (4).

Edad promedio (82) .Sexo (49 mujeres) Procedencia :Hospital (32).Urgencias (3).Hospital de Día (4). Atención Primaria (34) Residencia (10).PADES (4).En todos los casos la administración de Fe ev se realizó sin incidencias. Complicaciones 0. Traslados al hospital 0.

CONCLUSIONES:

Atendiendo a nuestros resultados la administración de Fe ev en el domicilio en pacientes con ferropenia puede realizarse de forma segura por el equipo de HAD.



PERFIL Y RESULTADOS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN HOPITALIZACIÓN A DOMICILIO ATENCIÓN INTERMEDIA (HADA-AI) MUTUAM BARCELONA

C. A. Morla de León

Responsable territorial Barcelona
EAR / HAD-AI Mutuam

J. Falgueras Ymbert

Responsable Territorial Baix
EAR / HAD-AI Mutuam

J. E. Mandujano Valencia

Jefa Servicio Geriatria – AI
Mutuam

S. Martínez Campoy

Coordinació Infermeria
HAD-AI / EAR Mutuam

E. Serrano Guasch

DUI HAD-AI Mutuam

M. Valls Llenas

DUI HAD-AI Mutuam

INTRODUCCIÓN

La unidad Hospitalización a Domicilio Atención Intermedia (HAD-AI), es un servicio que ofrece el Grup Mutuam mediante un acuerdo de colaboración con el Consorcio Sanitario de Barcelona. Atiende a personas que viven en centros residenciales con perfil de atención intermedia con el objetivo de evitar ingresos hospitalarios que comporten mayor riesgo.

OBJETIVOS

- Describir el perfil personas atendidas en HAD-AI que viven en Centros Residenciales.
- Describir la actividad del servicio durant el periodo de estudio

METODOLOGÍA

- Estudio descriptivo retrospectivo.
- Periodo de estudio: 1 marzo al 20 agosto 2022.
- Se revisaron las historias clínicas de las personas atendidas durante el periodo de estudio.
- Se creó una base de datos pseudononimizada con el programa Microsoft Excell para la explotación de datos.

RESULTADOS

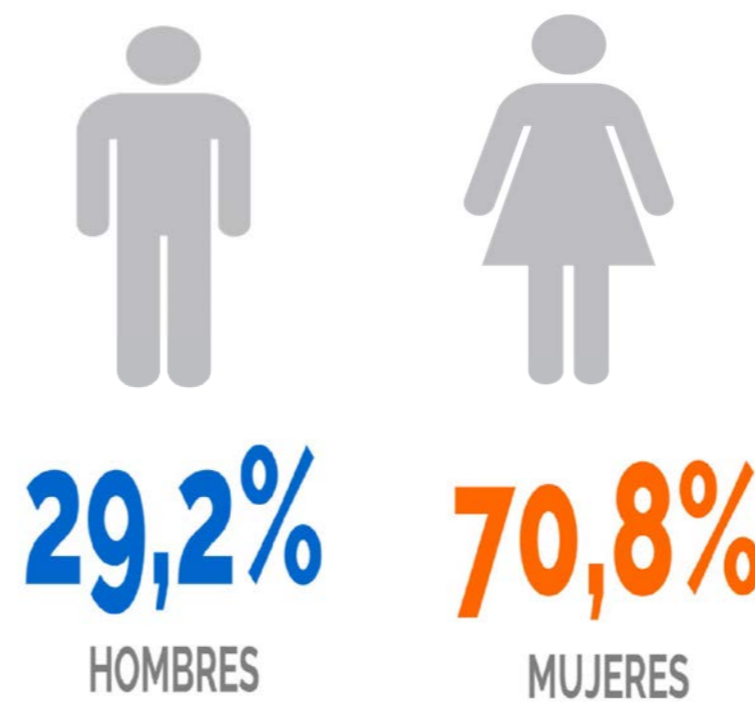
Paciente ingresados

171



Edad media de pacientes

89,1



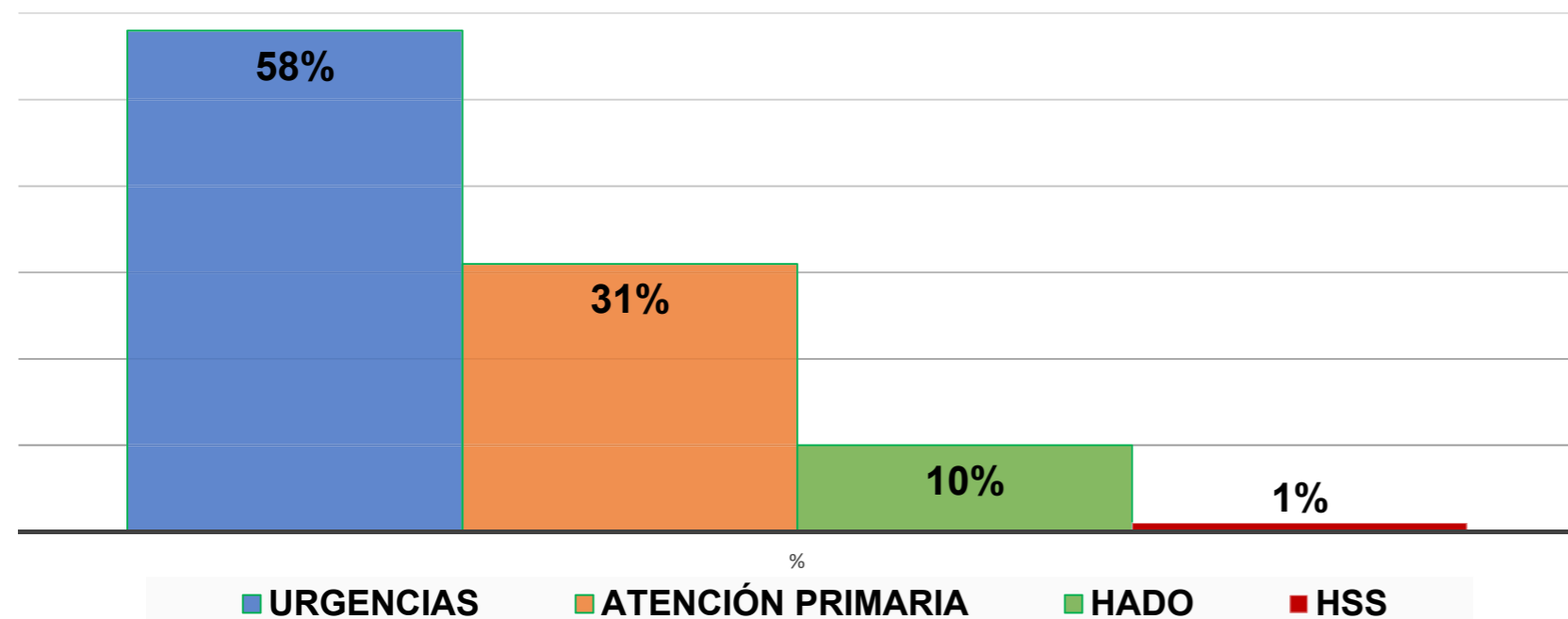
1244
Visitas generadas

7,6 días
Estancia media

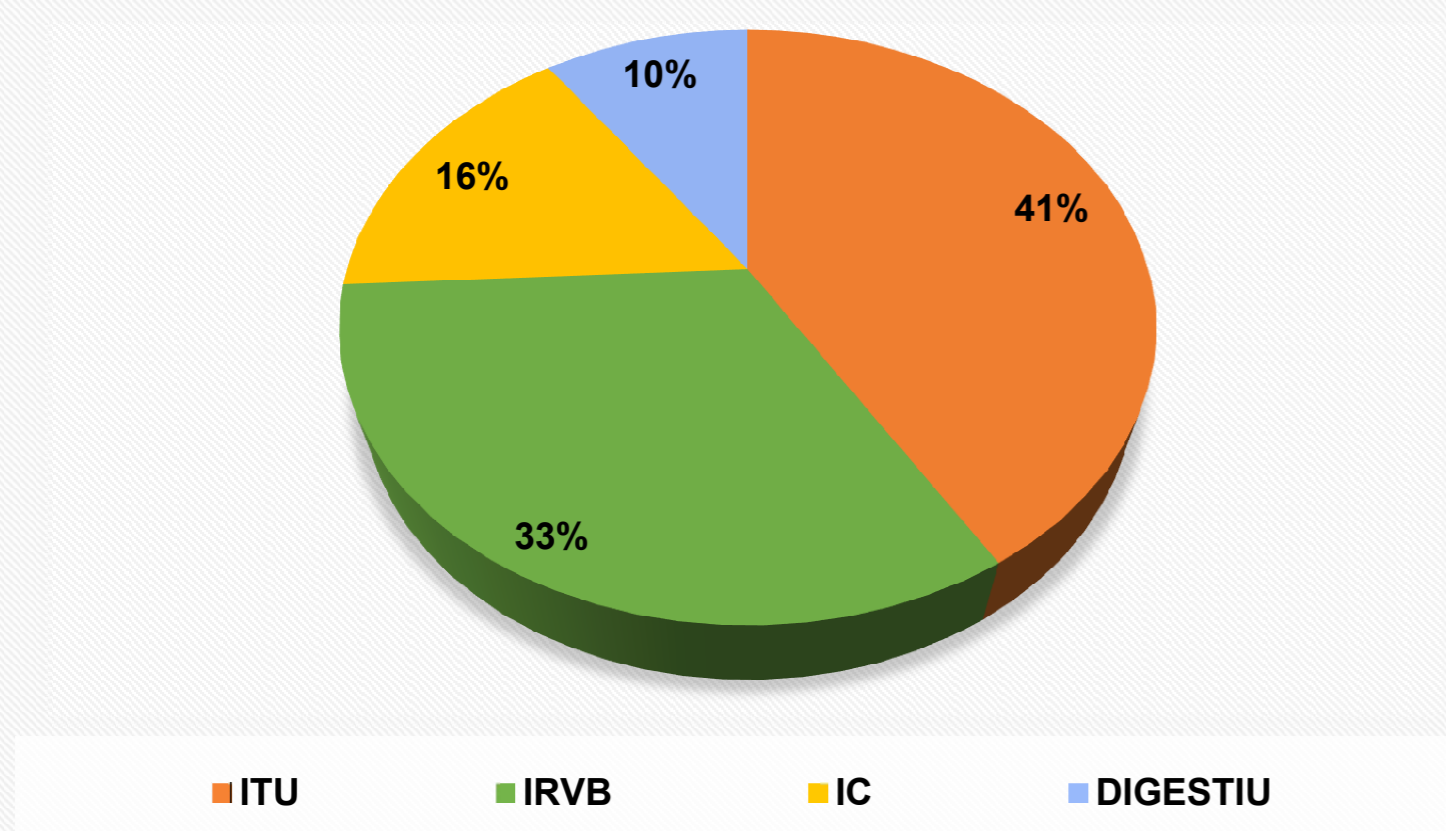
7,6
Visitas presenciales por pacientes

Un 2% reingresan en <15 días

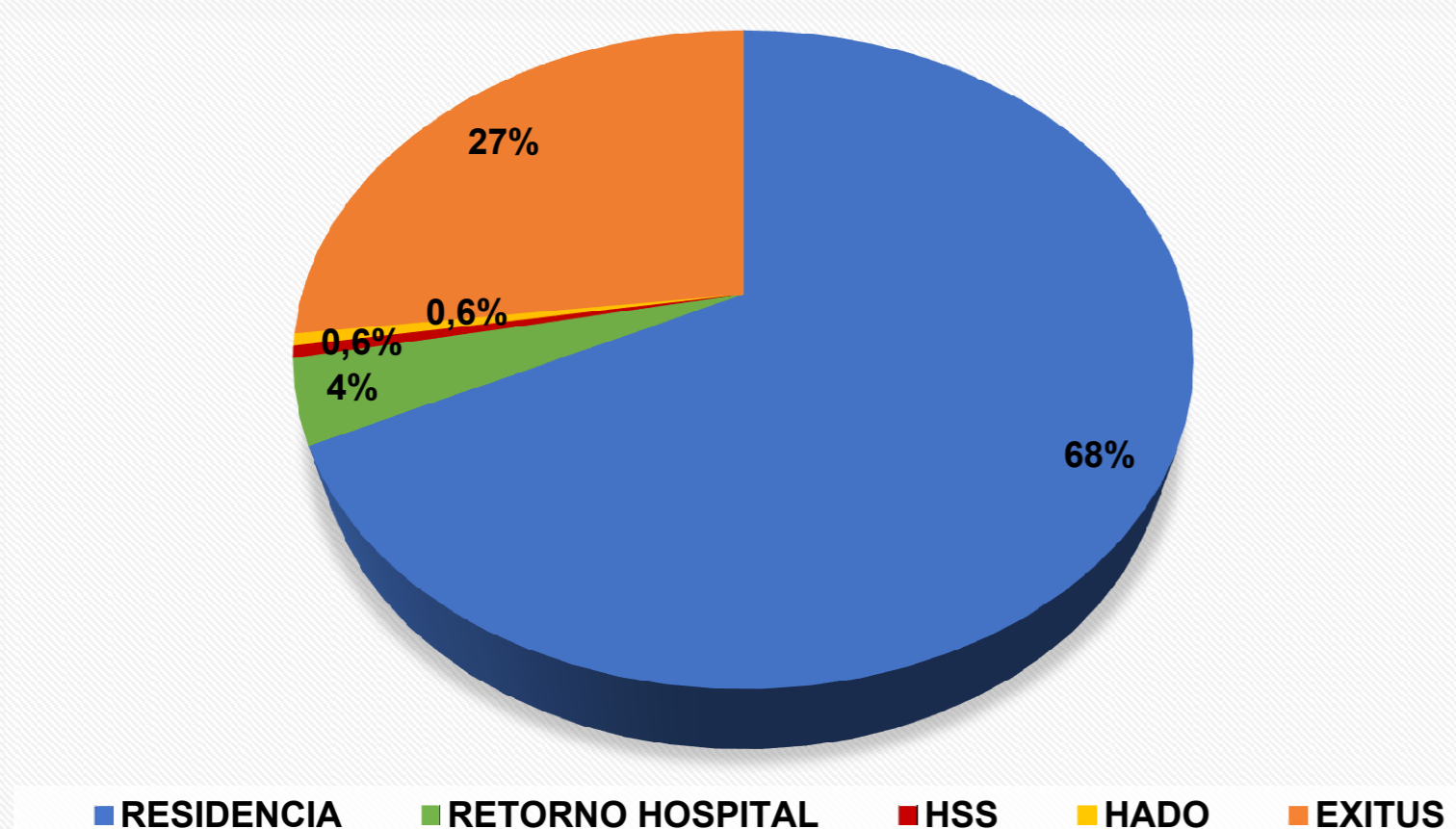
PROCEDENCIA



DIAGNOSTICOS PRINCIPALES



DESTINO AL ALTA



ÍTEMS

MEDIA (Rango)

Índice de fragilidad (VIG)	0,52 (-)
Índice de comorbilidad de Charlson	10,5 (-)
Intensidad terapéutica Rogers adaptado	3,8 (-)

CONCLUSIONES

- El perfil de personas atendidas en HAD-AI son mujeres mayores de 80 años, frágiles, con elevada comorbilidad y de un manejo diagnóstico terapéutico de intensidad intermedia y paliativa.
- El tipo de paciente es subagudo que precisa de visitas diarias por lo que la estancia media es similar a la media de visitas por ingreso.
- Más de una tercera parte de los ingresos son pacientes en situación de final de vida.



UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO CON PACIENTES QUIRÚRGICOS: UN AÑO DE EXPERIENCIA

Autores: Losa Bidegain, Leire; Martín Apola, María; García Cano, Miriam; Domenech Martín, Ana; Castellví Valls, Jordi.
Complejo Hospitalario Moisès Broggi. Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Introducción

A raíz de la pandemia por COVID-19 y dadas las necesidades de camas de hospitalización en nuestro centro, se inició desde Cirugía General y Digestiva un sistema de hospitalización a domicilio y atención a pacientes quirúrgicos.

Los resultados que se obtuvieron durante aquellos días resultaron tan satisfactorios que se quiso dar continuidad a esta experiencia ya que fue probada su seguridad y eficacia en el descenso de estancia hospitalaria.

Objetivo

Describir nuestra experiencia de Hospitalización a Domicilio (HADO) en el paciente quirúrgico a lo largo de su primer año de funcionamiento durante 2021.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y unicéntrico de 156 casos ingresados en HADO desde el 10 de enero al 31 de diciembre de 2021. Se incluyeron a pacientes sometidos tanto a cirugías electivas como urgentes y a pacientes que precisaron tratamiento conservador o intervencionista. Se evaluaron variables epidemiológicas, motivo de ingreso, tratamiento, estancia media, tasa de reingresos, complicaciones y mortalidad.

Resultados

Edad media 63 años +/- 15.85 (20-89). 55.1% hombres y 44.9% mujeres. 49 pacientes fueron sometidos a cirugía previa ya fuera electiva o programada y 107 precisaron tratamiento conservador o percutáneo: 1 drenaje torácico, 14 drenajes percutáneos, 34 drenajes quirúrgicos, 5 controles de ostomías, 13 de terapia de presión negativa para curas de heridas. Se registraron 44 complicaciones de las cuales, la mayoría correspondieron a Clavien Dindo I (33). La estancia media fue de 15 días.

COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	112	71,8	71,8
SÍ	44	28,2	100,0
Total	156	100,0	

Conclusiones

El ingreso en HADO de pacientes con patologías quirúrgicas ha demostrado ser eficaz en cuanto a la disminución de la estancia hospitalaria y de los gastos derivados de ello así como seguro en pacientes adecuadamente seleccionados.



ADMINISTRACIÓN DE HIERRO CARBOXIMALTOSA INTRAVENOSO EN EL DOMICILIO. EXPERIENCIA EN HAD DE MUTUA TERRASSA



Hospital Universitari
MútuaTerrassa

G. Araujo Espinoza¹, M. Martínez Gil¹, I. Arancibia Freixa², E. Cecilia Prades³, L. Ortega Polonio³, S. Platero Roig³, M. Carrasco Sánchez³

(¹ Médico adjunto; ² Jefa de Servicio, ³ Enfermera. Servicio de Hospitalización a Domicilio Hospital Universitario Mutua Terrassa, Barcelona, Cataluña).

garaujo@mutuaterrassa.cat



Introducción

Desde 2020 con la llegada de la pandemia, hemos iniciado la administración de ferroterapia domiciliaria, inicialmente, para suplir al Hospital de Día (HDIA) durante el periodo que permaneció cerrado y posteriormente para dar respuesta a pacientes con movilidad reducida y/o imposibilidad de traslado a HDIA que precisan de hierro intravenoso, sobre todo en aquellos con relación a insuficiencia cardiaca.

Objetivos

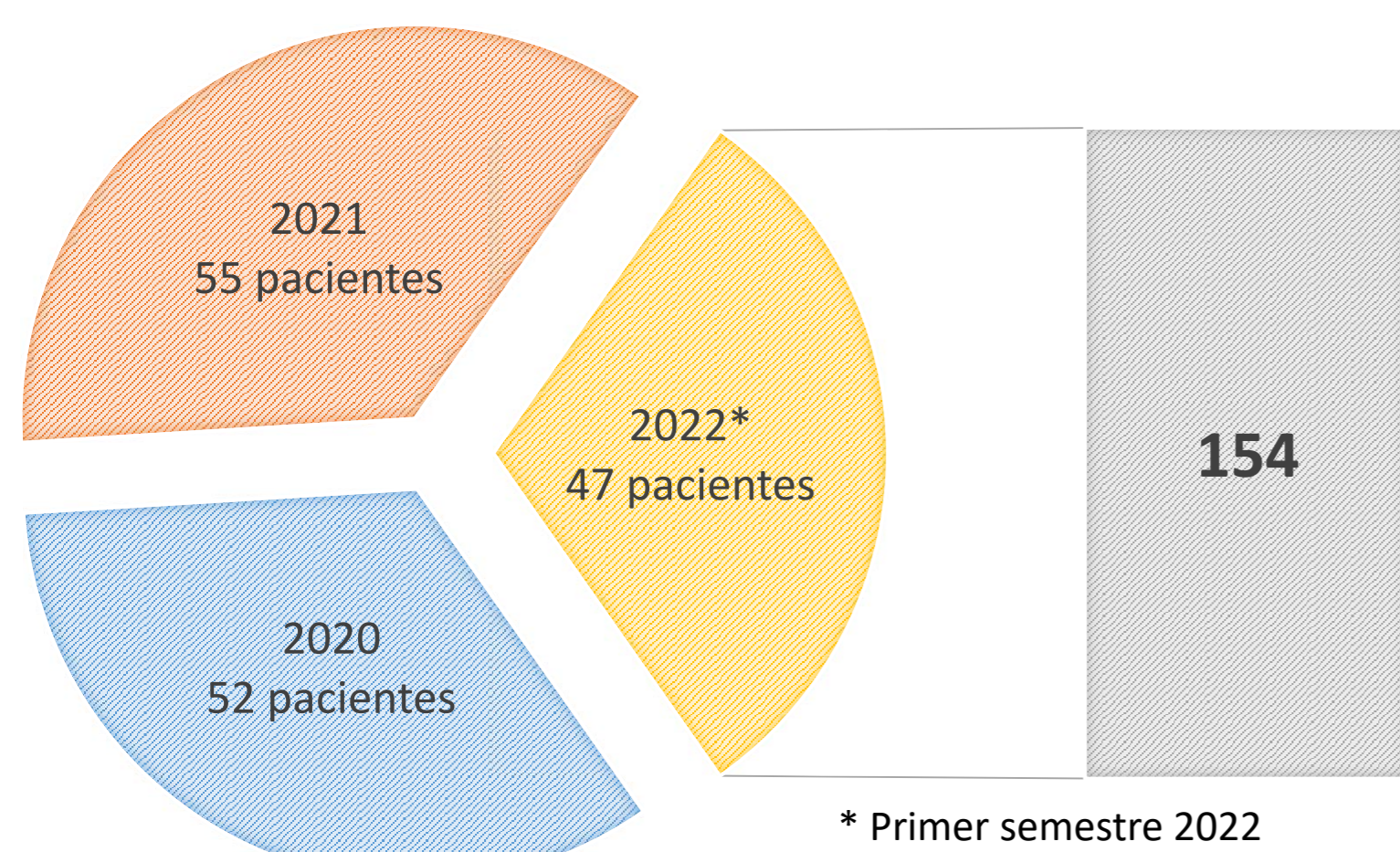
Describir la experiencia de la administración de hierro carboximaltosa intravenoso en HAD de Mutua Terrassa desde su inicio en abril 2020 hasta la actualidad (julio 2022).

Exponer los efectos adversos obtenidos durante el tratamiento.

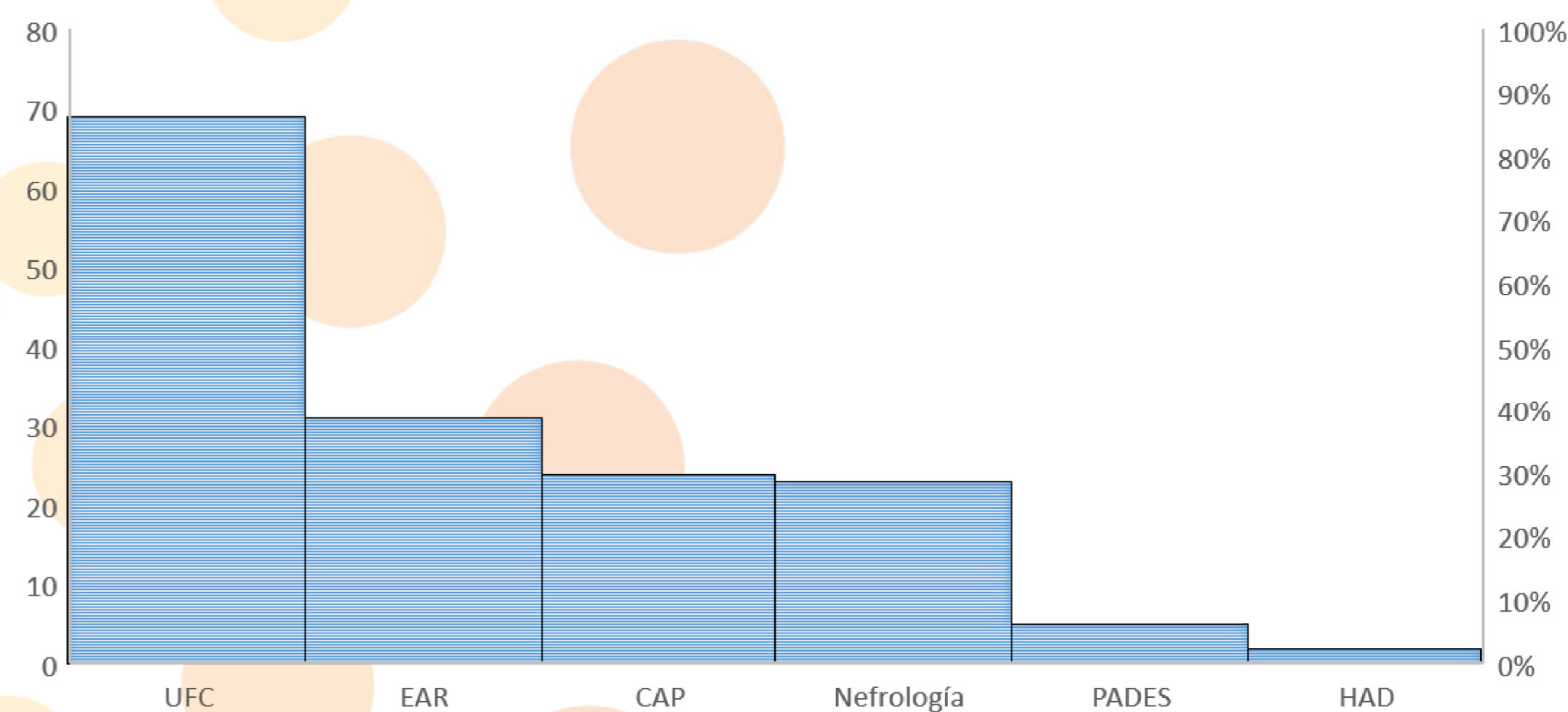
Material y Métodos

Estudio retrospectivo de pacientes ingresados para administración de hierro carboximaltosa desde abril 2020 hasta julio 2022.

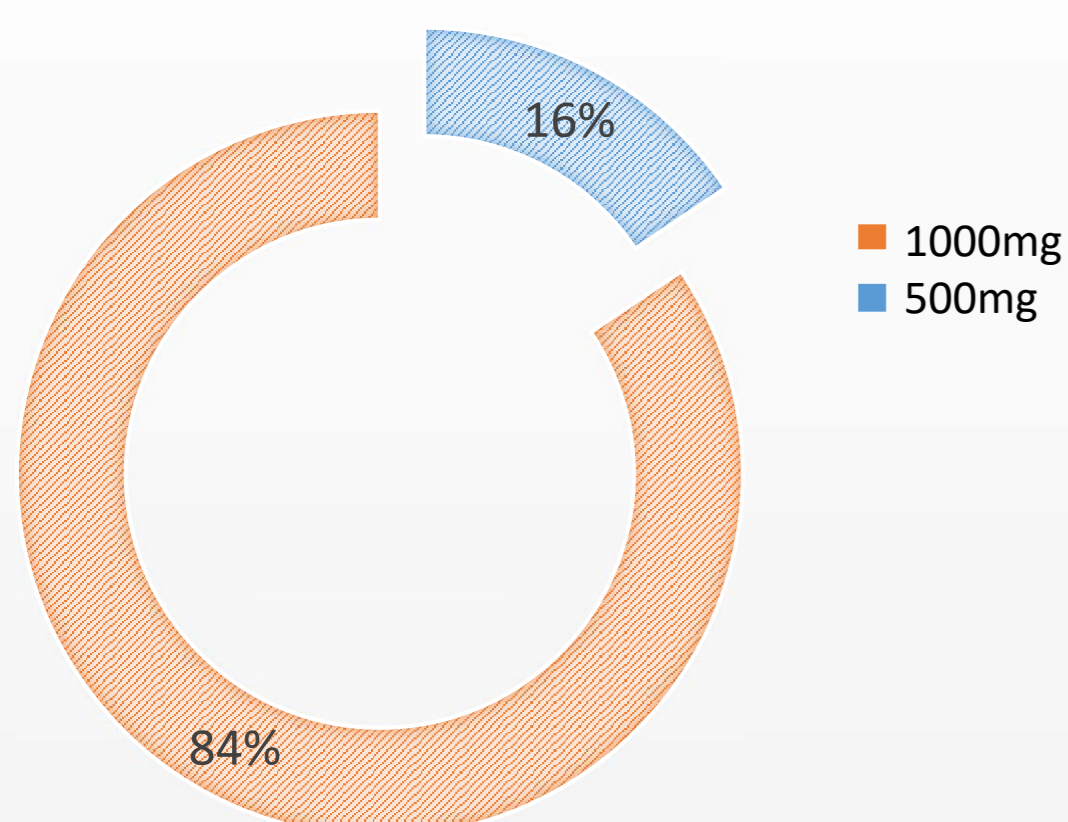
Resultados



PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS



DOSIS ADMINISTRADA



Conclusiones

La mayoría de los pacientes fueron procedentes de primaria: 80,5% (UFC + EAR+ CAPs), la tasa de complicaciones fue muy baja sin ninguna reacción de hipersensibilidad. Comparando con otros estudios nacionales podemos inferir que administración de hierro en régimen de HAD constituye una práctica segura.



IMPORTANCIA DE LA DESPRESCRIPCIÓN EN LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN CENTROSANITARIOS

María de Castro, Juan Miguel Antón Santos, M^a Pilar García de la Torre Rivera, Yolanda Majo Carbajo, M^a Pilar Cubo Romano, Alejandro Estrada Santiago, Ana Belén Pomedá Calderón, Carolina Medina de Campos

INTRODUCCIÓN

La prescripción inapropiada de fármacos es un problema frecuente en los mayores, considerada una cuestión de salud pública, relacionada con mayor morbilidad, mortalidad y uso de recursos sanitarios.

La HAD de pacientes mayores en sus centros sociosanitarios puede ser un buen momento para adecuar los tratamientos farmacológicos al alta.

OBJETIVOS

Analizar en cuantos de nuestros pacientes ingresados en CSS en el año 2022, recogiendo número de fármacos previos al ingreso y número y tipo de fármacos retirados al alta. De HAD en centros sociosanitarios se ha realizado una deprescripción al alta y conocer qué grupos farmacológicos deprescritos son los más frecuentes.

MÉTODO

Revisión retrospectiva de pacientes ingresados en HAD 190 pacientes, 27 pacientes fueron excluidos por fallecimiento y 14 por ser derivados al hospital.

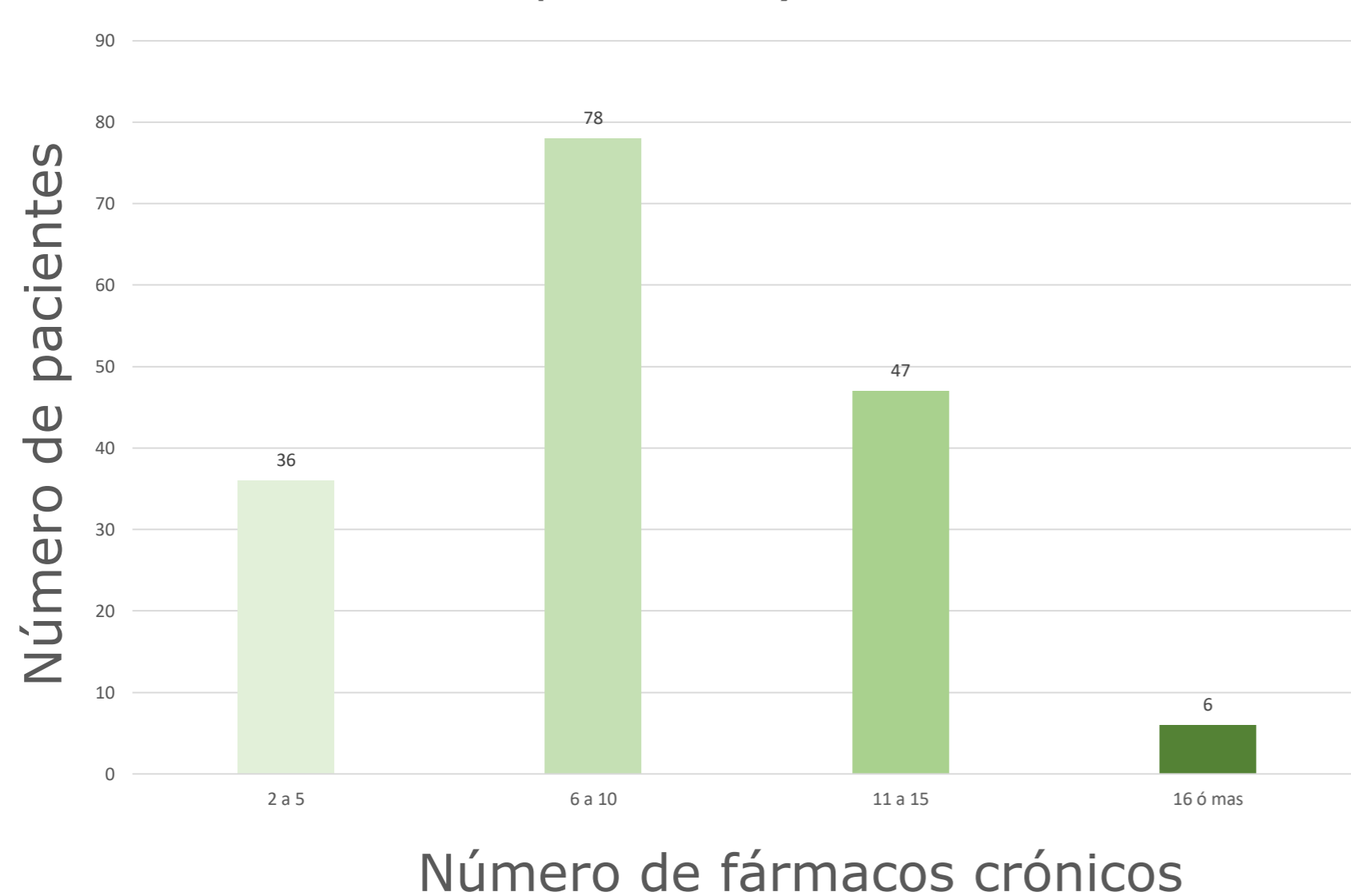
RESULTADOS

De los 167 pacientes analizados, 36 pacientes tomaban entre 2 y 5 fármacos, 78 de 6 a 10 fármacos, 47 de 11 a 15, y 6 tomaban más de 15 (máximo 20).

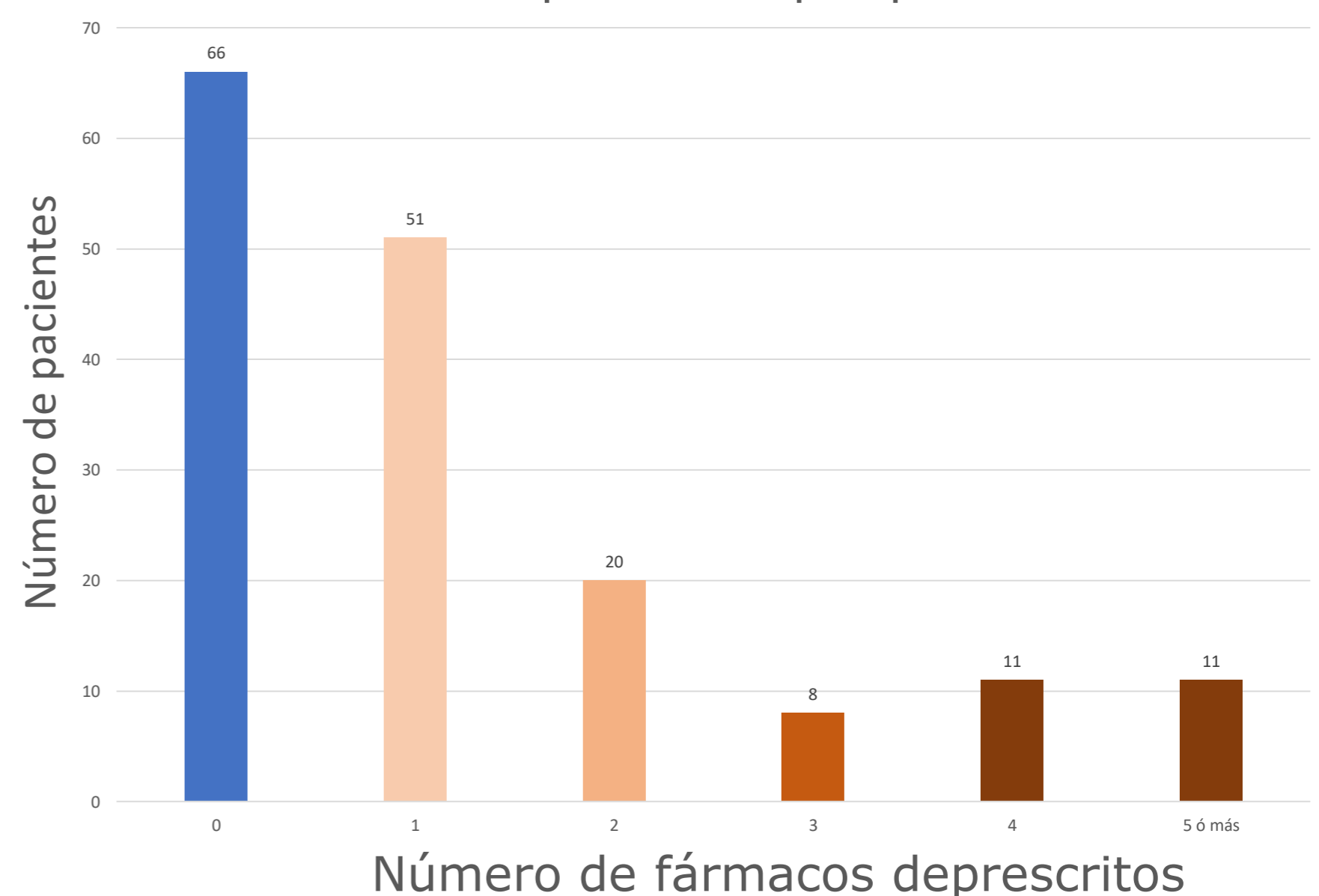
Se realizó deprescripción de fármacos en 101 de 166 pacientes (60,8%), retirándose 1, 2, 3, 4, o 5 ó más fármacos en 51, 20, 8, 11 y 11 pacientes, respectivamente.

Los 3 grupos farmacológicos más deprescritos fueron hipnóticos/ansiolíticos (44), antiulcerosos (37) y analgésicos de primer escalón (36)

Tratamientos crónicos (total 167 pacientes)



Fármacos deprescritos por paciente



CONCLUSIÓN

En nuestra Unidad se realizó deprescripción a 3 de cada 5 pacientes que fueron ingresados.

La hospitalización a domicilio en centros sociosanitarios se muestra como un momento idóneo para revisar toda la medicación crónica de nuestros pacientes y hacer una intervención de la misma.

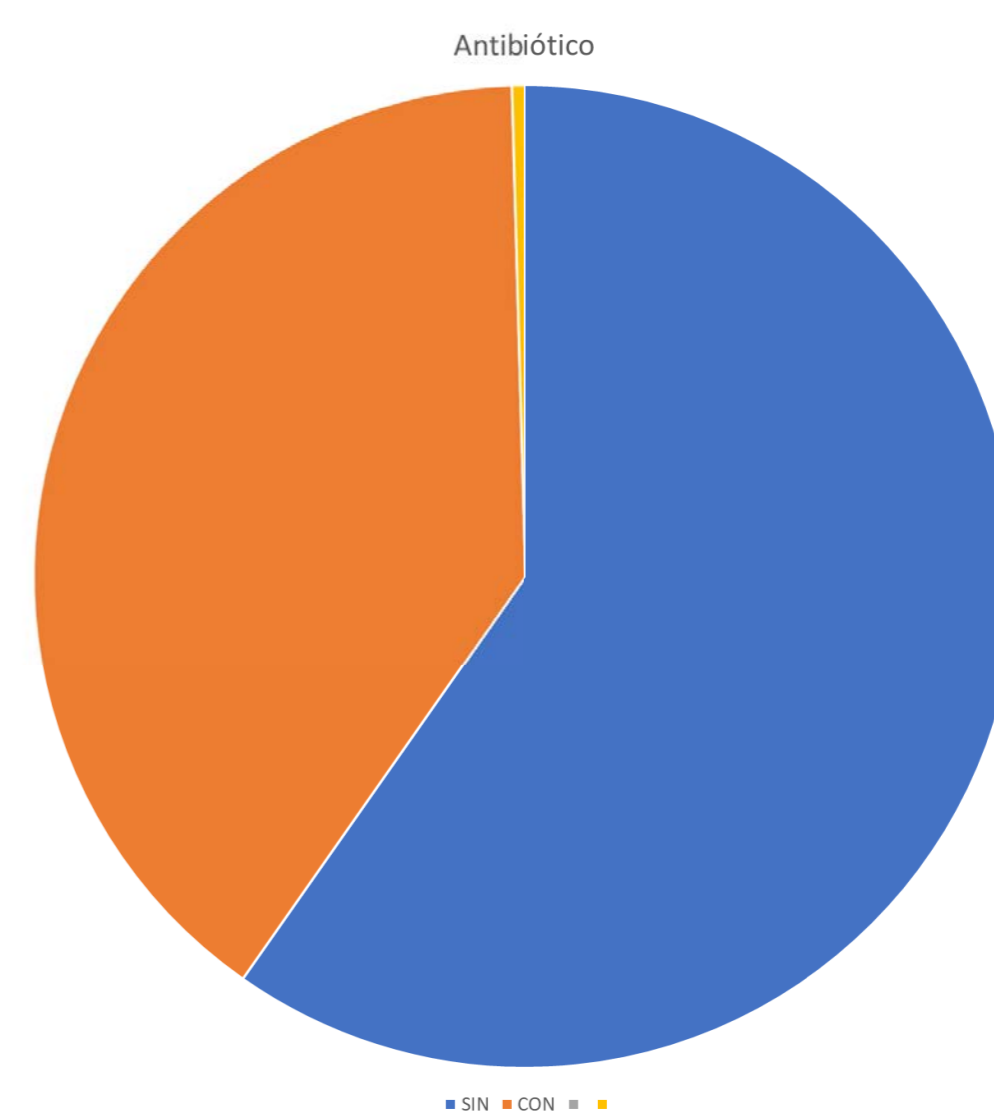
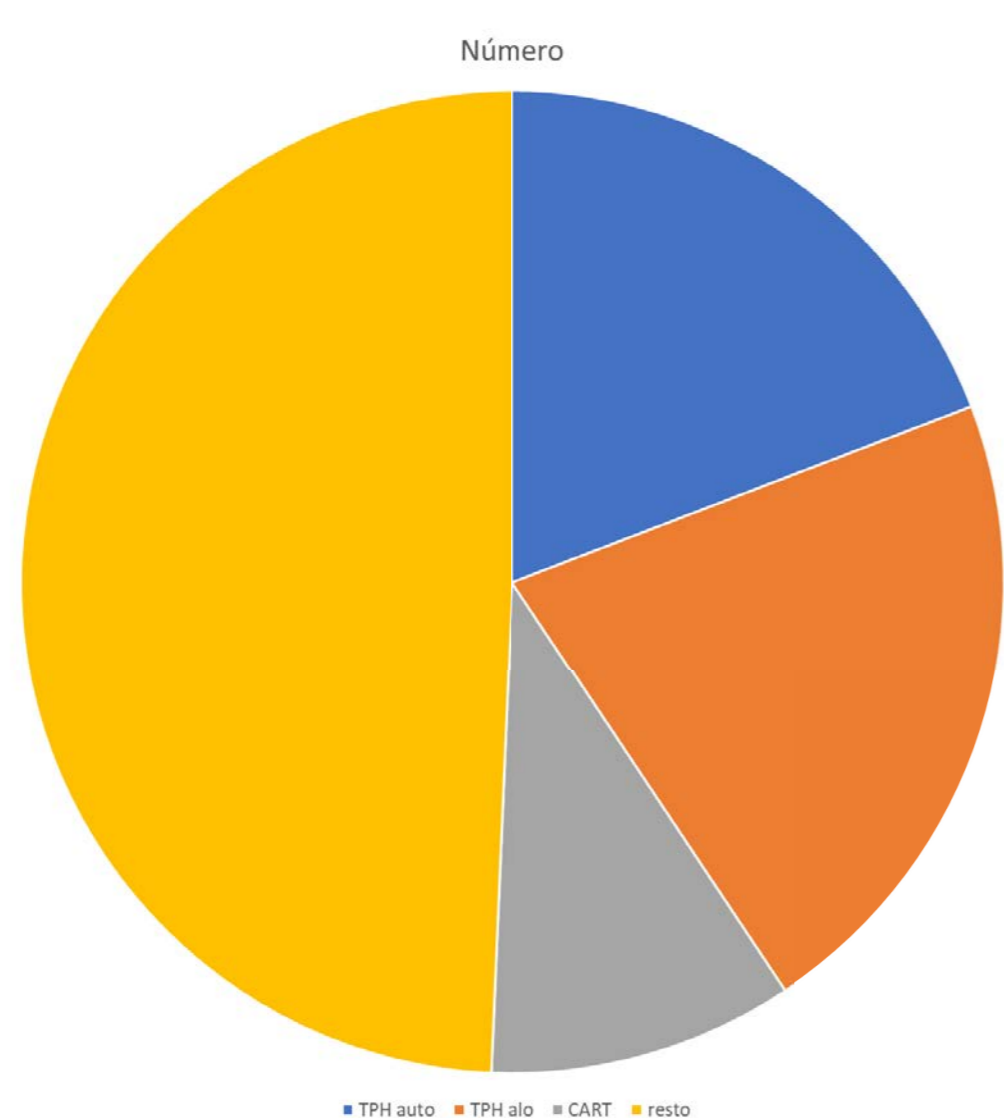


UN NUEVO RETO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA: TRAS EL ALTA PRECOZ DE PACIENTES TRASPLANTADOS DE MÉDULA ÓSEA ¿ES POSIBLE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESQUEMA ANTIBIÓTICO EN EL DOMICILIO MEDIANTE EL USO DE BOMBAS DE PERFUSIÓN INTERMITENTE?

María del Carmen García Menéndez (mcgm1969@yahoo.es); María Josefa Martínez Carreño; Sandra Martín Amor; Saby Maribel Pretell Pretell; María del Carmen López Fresneña
 HGU Gregorio Marañón

Enfermos atendidos en 33 meses (28/01/2020 al 31/10/2022) 270. De ellos: TPH autólogos 42; TPH alogénicos 47; sometidos a terapia CART 22 Número de visitas realizadas 4590 Pacientes con antibiótico IV 108

270 pacientes atendidos 111 sometidos a TPH o terapia CART (51%) TPH autólogo 42 (19%)
 TPH alogénico 47 (21%) terapia CART 22 (10%)
 De 270 pacientes atendidos 108 con antibióticos IV (40%)



Analizando un periodo de 6 meses podemos ver el número y tipo de pacientes atendidos

	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	enero	febrero
Pacientes	13	10	13	16	17	17
Visitas	74	85	76	84	83	78
TPH auto	1	2	1		4	
TPH alo	10	6	5	5	3	4
CART			1	4	4	2
Antibiótico	4	3	5	1	2	7
Foscavir	3	1	1	1		

Material utilizado: bomba de infusión intermitente Preparación la misma mañana Antibióticos más frecuentes: ceftriaxona de 1/2gr cada 24h, con cambio de sistema cada 5 días y pipetazobactam de 4gr cada 6/8h, con cambio de sistema cada 2 días para evitar obstrucciones Cambio de vía periférica y cuidado de los distintos catéteres centrales según protocolo NO HEMOS TENIDO UN AUMENTO DE INFECCIONES CON RELACIÓN A ENFERMOS INGRESADOS Hemos realizado encuestas de satisfacción y el hecho de llevar la bomba no ha sido detectado como problema

Como conclusión, decir que el inicio de la Hospitalización Domiciliaria en Hematología nos ha permitido altas precoces sin aumento de la morbilidad, mejora en la calidad de vida percibida por el paciente y familia, acelerar relación ingresos/altas para poder atender más pacientes y disminuir tiempos y costes



Seguridad Clínica: mejorar procesos minimizando riesgos

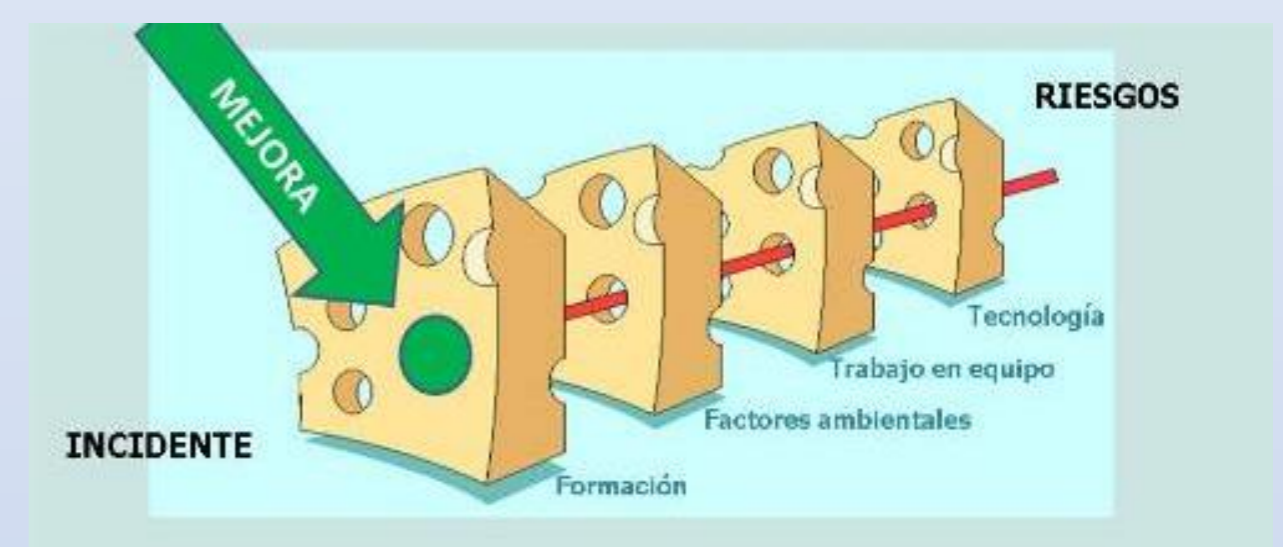
Fernandez Rodriguez M¹, Barainca Guarrochena J¹, Casado Lorenzo Y¹, Rojo Fernandez M¹, Gonzalez de Etxabarri Otsoa S¹, Ortuzar Otxoa L¹, Garai Landa J¹, Aguirrezabal Rementeria J¹, Suarez Hortelano R¹
¹ Hospital Universitario Basurto, Bilbao Bizkaia, España

INTRODUCCIÓN

La complejidad creciente de los tratamientos e intervenciones que requieren los pacientes, así como el mayor número de factores de riesgo que presentan estos, contribuyen a incrementar la posibilidad de eventos adversos asociados a la atención sanitaria. La seguridad del paciente debe ser una de nuestras prioridades y trabajar en ella permite minimizar el riesgo de incidentes y fomenta las buenas practicas.

OBJETIVO

- Promover la cultura de Seguridad Clínica.
- Implementar mejoras en procedimientos asistenciales.
- Optimizar la seguridad de los pacientes.



MATERIAL Y METODO

Se realizaron 2 sesiones informativas y de sensibilización en Seguridad Clínica a todos los profesionales del Servicio.

Se ha creado un grupo de trabajo para el análisis de incidencias formado por el jefe y el supervisor del Servicio, dos facultativas y dos enfermeras.

Entre sus funciones destacan el análisis de incidencias notificadas, detectar riesgos y plantear soluciones o barreras a los mismos, difundir las conclusiones obtenidas y fomentar la implantación de buenas prácticas.



RESULTADOS

La primera sesión en el Servicio se realizó en Noviembre de 2021, hasta entonces solo se habían realizado 3 notificaciones, desde entonces hasta Mayo del 2022 se han notificado 10 incidentes.

El grupo de Seguridad Clínica se ha reunido en 2 ocasiones para análisis de incidencias y se ha realizado modificación en tres procedimientos de funcionamiento del Servicio, que se han comunicado a la plantilla y puesto en funcionamiento.

CONCLUSIONES

- Fomentar una cultura de seguridad permite minimizar riesgos y evitar o disminuir la probabilidad de repetición de fallos o errores.
- La notificación de incidentes de seguridad y su análisis ofrece la oportunidad de identificar causas latentes de errores y desarrollar acciones correctivas como fuente de mejora.
- La formación de grupos de trabajo con personal del servicio facilita la implicación de los profesionales en los proyectos.



EVOLUCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE PARACENTESIS PALIATIVA EN UNA UNIDAD PEQUEÑA DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO.

Rodado Alabau E, Ortells Museros L, Duart Albiol M, Martín Hernández, S.

Introducción

La paracentesis evacuadora paliativa es una técnica segura y efectiva en el manejo de la ascitis.

Nuestra unidad es pequeña (una médico y dos enfermera días alternos). Tenemos un cupo de 12 pacientes en una extensión de terreno de hasta 1800 Km² y una población de más de 160.000 habitantes y por ello debemos planificar bien actividades que supongan más de una hora de trabajo.

Objetivos

Revisar la evolución de la técnica de paracentesis paliativa a domicilio en nuestra unidad.

Describir el circuito que siguen los pacientes para acceder a esta prestación en domicilio.

Material y métodos

-(2008): aguja IM, jeringa, lidocaína, equipo de gotero, vía periférica, albúmina. El líquido se drenaba por declive (botella de plástico)

-(2012): aguja IM (cambio a cateter rosa de paracentesis), jeringa, lidocaína, equipo de gotero, botellas de vacío de 1 litro, contenedor hermético para el transporte y destrucción. Cambio a pomada anestésica tópica y retirada de la Lidocaína subcutánea.

-(2021): Equipo de paracentesis por declive con bolsa de 10 litros cateter incluido (en ocasiones cateter multiperforado específico). Ecógrafo portátil.

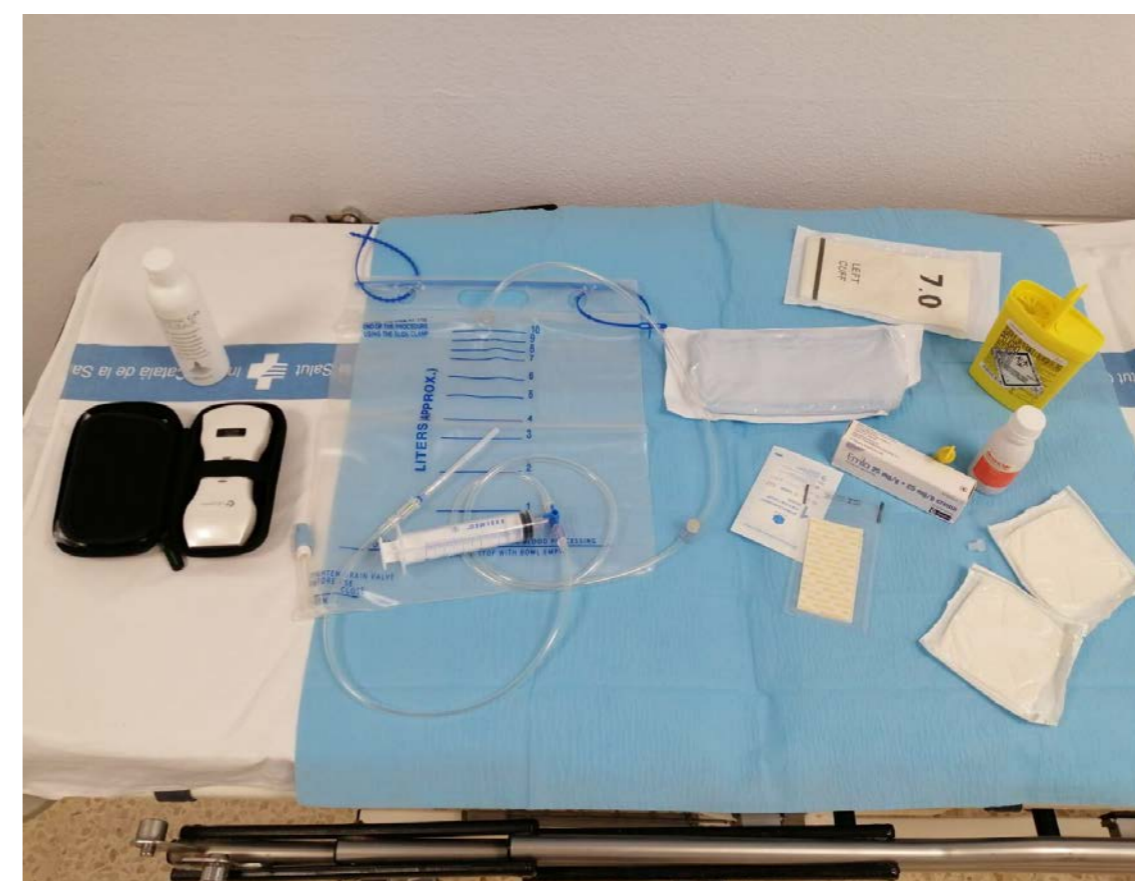
Circuito: Valoraciones solicitadas desde urgencias, PADES, planta de hospitalización convencional. El paciente es quien solicita directamente nuestro servicio para la realización de paracentesis, sin necesidad de que el intermediario sea un médico.



Paracentesis iniciales.
2008



Paracentesis 2012



Paracentesis en la actualidad 2021

Resultados

Actualmente el circuito que siguen los pacientes es el mismo por resultar el más efectivo y rápido para la atención de síntomas.

El equipo que utilizamos desde 2021 nos permite realizar la punción, dejar el circuito drenando y poder acudir mientras a otros domicilios para posteriormente volver a retirar el cateter, vaciar el depósito y comprobar el bienestar del paciente, todo ello sin necesidad de transportar residuos en el coche.

Conclusión

La paracentesis evacuadora paliativa a domicilio es una técnica segura que mejora la calidad de vida de pacientes con ascitis refractarias y que no supone un perjuicio en el funcionamiento óptimo de nuestra pequeña unidad



BUENAS PRÁCTICAS ANTE LA CANALIZACIÓN DEL ACCESO VENOSO ECOGUIADO EN EL DOMICILIO

Ruiz De Gauna Zubizarreta, A; Gonzalez Martínez, ML; Martos Arroyo, B; Larrondo Gonzalez, A; Aizpuru Martínez, A; Escalera Lana, J; Oregui Apraiz A; Esteban Roman C; Basterretxea Osamiz A; Souto Castro C.

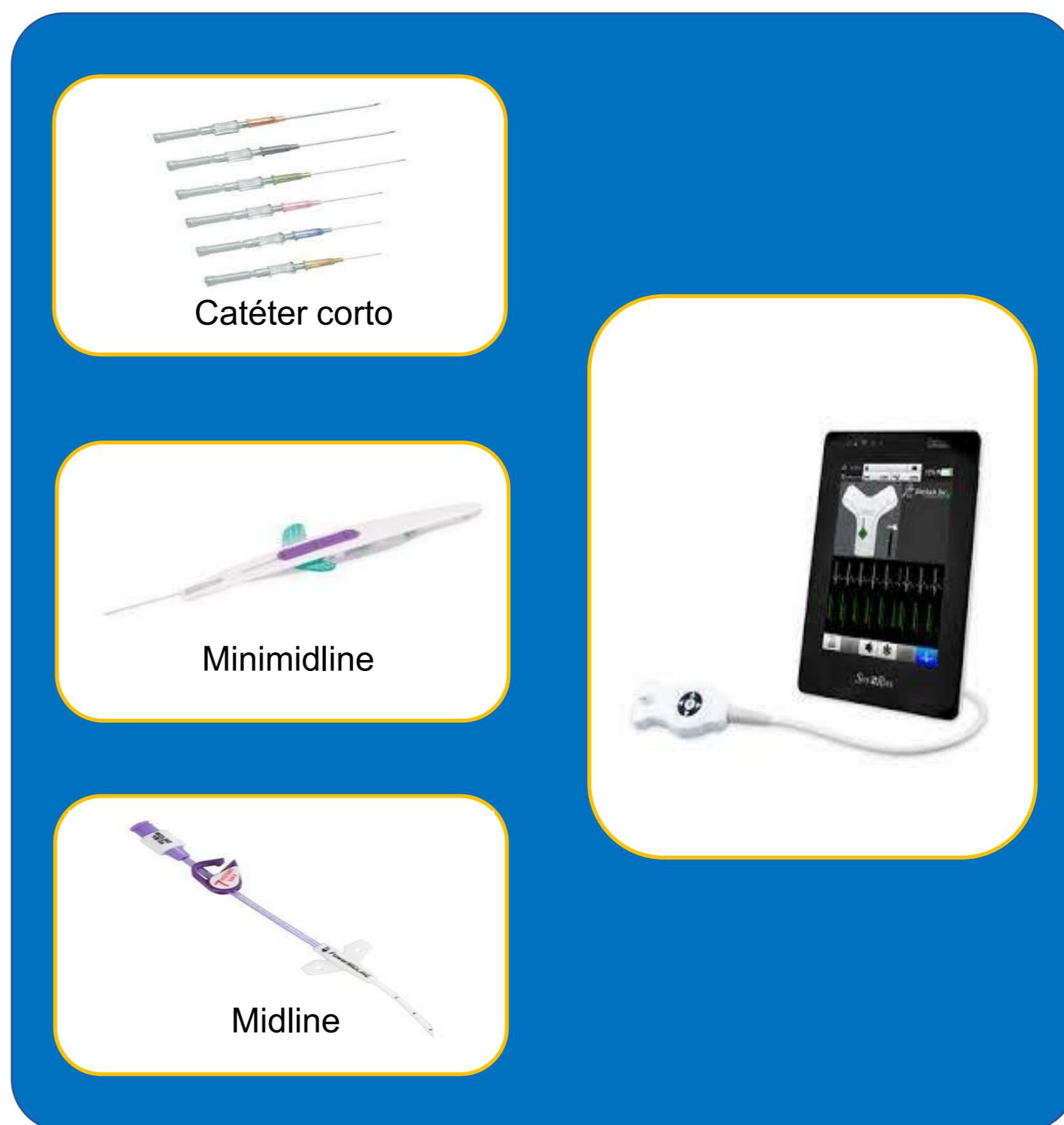
INTRODUCCIÓN:

La canalización de líneas medias ecoguiadas (LME) para la administración de terapia intravenosa en tratamientos de más de 7 días de duración y catéteres cortos ecoguiados en pacientes con acceso venoso dificultoso (DIVA), según avala la evidencia científica, supone una mejora y mayor seguridad para el paciente.

Siguiendo el plan de gestión de la Dirección de Enfermería de la Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea-Enkarterri Cruces (OSI-EEC), el equipo de terapia intravenosa (ETI) se incorpora al proyecto de Best Practice Spotlight Organizations (BPSO) para la implantación de la guía de acceso vascular como impulsores transversales. A menudo, debido a la complejidad de los pacientes e imposibilidad de desplazarse éstos al hospital, es necesario realizar la canalización de las líneas medias o catéteres cortos ecoguiados en el domicilio adaptándonos al entorno y sus distintas circunstancias.

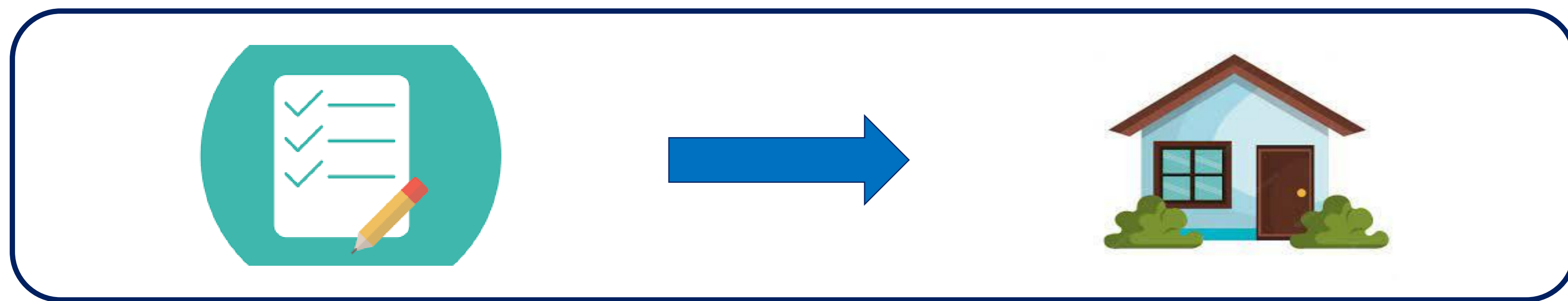
OBJETIVOS:

Adaptar el procedimiento de canalización de líneas medias ecoguiadas al domicilio.



METODOLOGÍA:

Revisión y adaptación del procedimiento hospitalario para implementarlo en el domicilio, minimizando las complicaciones que pongan en riesgo la seguridad del paciente.



RESULTADOS:

Creación y puesta en marcha del procedimiento adaptado al domicilio, 11 catéteres canalizados y sin complicaciones hasta la retirada del catéter por fin de tratamiento.



CONCLUSIONES:

La canalización de líneas medias y catéteres cortos ecoguiados en el domicilio es un procedimiento viable y seguro. Aumento del confort y bienestar del paciente y familias reduciendo desplazamientos innecesarios.



TERAPIA LARVAL EN UHD. A PROPOSITO DE UN CASO.

Paulo Barato JA; Llacer i Vinyes R; Saez Garcia J; Vergara Orts M; Gregori López MD; Sanchiz Muñoz C; Rosales Almazan D; Díaz Rico J; Llacer Furió A; Gozalvo García A.

Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

INTRODUCCIÓN

Las heridas crónicas constituyen un problema sanitario importante en cuanto a su prevalencia, necesidad de recursos económicos y afectación social y funcional. En pacientes con úlceras complejas, donde la respuesta a los tratamientos habituales no ha sido adecuada, la terapia larval resulta útil y efectiva.

OBJETIVO

Describir nuestra experiencia con la terapia larval.

MATERIAL Y MÉTODO

Exponer un caso demostrativo con una buena evolución, que representa al resto de casos a los que se ha aplicado esta técnica.

TECNICA DE CURA

Las larvas se presentan en bolsas micro perforadas con una esponja semidura en su interior, que se coloca encima de la herida tras su limpieza, humedeciéndolas con solución salina o con solución con ácido hipocloroso. No son válidos otros antisépticos pues matarían a las larvas. Se deben proteger los bordes por el exudado que producen las larvas al degradar la fibrina.

El apósito secundario debe permitir el paso de oxígeno: con gasas, fino y sin compresión. La frecuencia de cambio de apósito secundario suele ser diaria por el abundante exudado, y la bolsa con larvas se cambia cada 4-5 días.



CASO

Varón de 62 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular y con isquemia crónica de MMII, que ingresa en UHD para control de síntomas y cura con terapia larval de herida quirúrgica con mala evolución tras amputación de primer y segundo dedos del pie izquierdo. El resultado es favorable, y tras cuatro semanas de tratamiento se programa injerto por cirugía plástica.



!" #!\$ %&(#

\$)* +- ./) * Q- 1)0*,2 *34*53,4* 6 7+898*9,* 06 ./, :)*; *9,2 5-/9)6 /,4+8*2,0,< +18=,0/6 /4)498* Q* >5-/4)*; *,0*5/8>0 * 5)< +- /)48=,*4*)?3,0 Q2 *@,-/9)2 *<-A4k)2 *<86 .0,B)2 *9849,* 02*6 7+8982*<841,4< /84)0,2 *48*@)42/98*,>,< +182C D9,6 E2*,0*6)4,B8*,2 *2,4< /00*; *5/,4* +80-)98* .8- *,0*.)< /,4+,C

BIBLIOGRAFÍA

Cerovsky V; Bem R. Lucifensis the insect defensis of biomedical importance: the story behind Maggot Therapy. February 2014. Pharmaceuticals
Herrando Medrano M; Ingles Sanz C; Fernández Aguilar AC; Bernardos Alcalde C. Terapia Larval, una buena herramienta para el desbridamiento de úlceras complejas. Rev Rol Enferm 2022; 45(3): 153-159.
Laosa Ruano E. Terapia de desbridamiento larval. Revisión Sistemática. Universitat d'Alacant. Grado de Enfermería. Curso 2017-2018.
Martínez-Pizarro S. Actualización sobre terapia Larval en heridas. Enfermería Investiga 2020; 5 (3): 5-7.
Nigam Y; Morgan C. Does maggot therapy promote wound healing?. The clinical and celular evidence. JADV. 2015.
Nishijima A; Goshio M; et al. Effective wound bed preparation using maggot desbridement therapy for patients with critical limb ischaemia. Journal of wound care. Vol.26 Nº8. 2017.



LESIONES CUTÁNEAS DE EVOLUCIÓN TORPIDA EN ANCIANA CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Mujer de 91 años con antecedentes de HTA, DM 2, EAO severa, HAP severa, ERC estadio 3b, linfoma No Hodgkin tipo B de alto grado en 2013, en RC tras 6 ciclos de RCHOP. Varios ingresos por insuficiencia cardíaca congestiva en nuestra unidad HaD.

Ingresó en anasarca para tratamiento depletivo. Sin adenopatías ni masas palpables a ningún nivel, destacaba una lesión en dorso del pie izdo de un año de evolución: mamelonada (8 cm diámetro), rojiza, consistencia media blanda y superficie friable. Con crecimiento acelerado en el último mes y aparición de lesiones eritematosas satélites. Analítica: hemograma, VSG, LDH normales. Se realizó biopsia escisional con el resultado de linfoma B de células grandes (tipo pierna)

Los linfomas cutáneos primarios son raros (incidencia estimada de 0'5-1 caso/100.000, de los cuales 20% son de células B). Por definición, al diagnóstico, la afectación es sólo cutánea. Existen tres subtipos LCPCB: linfoma B de células grandes tipo pierna (LCBCGL), linfoma primario cutáneo de centro folicular y linfoma cutáneo primario de zona marginal.

El LCBCGL representa el 20% de los cutáneos B y el 4% del total de los linfomas cutáneos.

Patogenia: no existen factores de riesgo claramente definidos ni una tendencia hereditaria demostrada. Se describen similitudes genéticas con el linfoma de células B grande difuso, como traslocaciones que implican Myc, bcl6, bcl 2(67% de otros casos) y mutaciones de L265P (60% de los casos)

Se suelen presentar en mayores de 60 años, principalmente mujeres (2:1 – 4:1). Las lesiones consisten en nódulos rojizos o violáceos o tumores en una de las dos piernas. En el 10% de casos las lesiones se presentan fuera de las extremidades inferiores. A diferencia de otros linfomas cutáneos B suele diseminarse a sitios extracutáneos y es rara la regresión espontánea.

La presencia de síntomas B con anomalías del hemograma o elevación de la LDH hace sospechar un linfoma sistémico.

Los hallazgos patológicos característicos del tipo pierna son infiltrado celular difuso dérmico que alcanza el tejido celular subcutáneo con presencia de centroblastos(Independientemente de la localización del tumor). Los hallazgos típicos IHQ son: expresión de marcadores de células B (CD 19, CD 20, CD 22, CD 79A), expresiones de IgM citoplásmica, bcl2, MUM1, bcl 6, MYC.

Diagnóstico diferencial: con linfoma sistémico con afectación cutánea, los otros subtipos del linfoma cutáneo primario de cels B, linfoma cutáneo de células T, linfoma intravascular, entre otros. También con enfermedades vasculares en especial úlceras venosas crónicas de evolución tórpida y dermatitis por estasis.

Es de carácter agresivo y de mal pronóstico si no se trata, la supervivencia media a los 5 años se estima en un 50% con tratamiento. Por su rareza, no se dispone de ensayos clínicos grandes. La líneas de QT son similares al linfoma difuso de célula grande B. El régimen más eficaz sería rituximab, asociado a régimen basado en antraciclinas (R-CHOP) seguido de RT local. En pacientes frágiles con comorbilidad se recomienda el esquema R- mini CVP.

Nuestra paciente recibió 4 ciclos de R mini CVP y RT local (25 Gy en la pierna Y 40en la tumoración) , habiendo desaparecido las lesiones.

En resumen el LCPBCGL es uno de los linfomas cutáneos más raros y difíciles de diagnosticar, además de tener un curso agresivo sin tratamiento. Es primordial la sospecha clínica, sobretudo en casos de úlceras crónicas de evolución tórpida que suelen presentarse en este mismo grupo de edad.





CIRCUITO ASISTENCIAL A PACIENTES COVID EN REGIMEN HAD SIN VISITA EN DOMICILIO



Hospital Universitari
MútuaTerrassa

G. Araujo Espinoza¹, M. Martínez Gil¹, I. Arancibia Freixa², L. Ortega Polonio³, S. Platero Roig³, E. Cecilia Prades³, M. Carrasco Sánchez³

(¹ Médico adjunto; ² Jefa de Servicio; ³ Enfermera. Servicio de Hospitalización a Domicilio Hospital Universitario Mutua Terrassa, Barcelona, Cataluña).
garaujo@mutuaterrassa.cat



Introducción

Tras el inicio de la pandemia por SARSCoV2 con cada ola y variante hemos tenido que adaptar los circuitos de atención en función de las necesidades del momento. Desde de la tercera ola los pacientes con infiltrados pulmonares leves, saturación >94%, FR<20 rpm, SAFI/PAFI >315 fueron ingresados según protocolo en nuestro HAD. El seguimiento se hizo en un espacio hospitalario con medidas de aislamiento, a donde el paciente tenía que trasladarse cada 48hs, siendo atendido por nuestro personal para control clínico y analítico; se realizó radiología torácica mediante un equipo portátil. El día intermedio se hizo control telefónico. En caso de empeoramiento, los pacientes fueron derivados a urgencias.

Objetivos

Describir los resultados obtenidos en un año del circuito de ingresos para pacientes COVID del HAD de Mutua Terrassa.

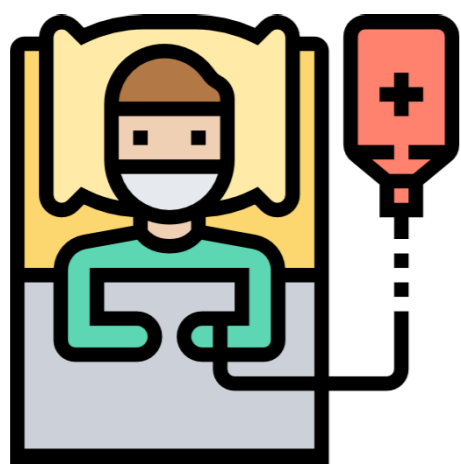
Material y Métodos

Estudio retrospectivo de pacientes visitados en circuito COVID/HAD desde Febrero 2021 hasta Febrero 2022.

Resultados

81

Pacientes



7días

Media días de enfermedad



6días

Estancia Media

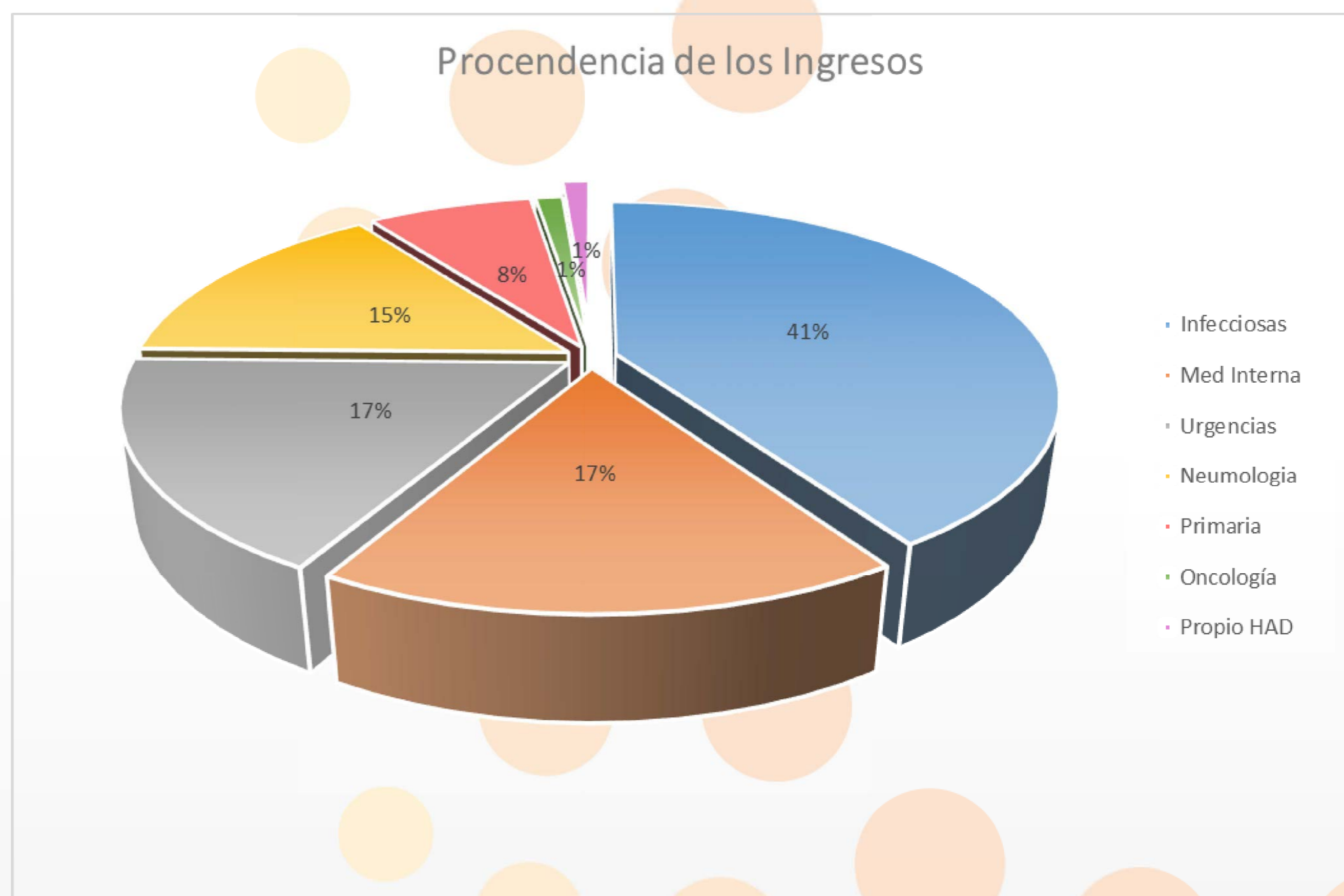


2,4%

Complicaciones/
Reingresos



Procendencia de los Ingresos



Conclusiones

Este circuito representó una buena alternativa considerando la tasa de reingresos y la comparativa de estancia media del servicio. Llama la atención el día de enfermedad en el cual ingresaron los pacientes (+7), probablemente porque la mayoría venían de plantas de hospitalización (73.9%). Esto representó una disminución en estancia media hospitalaria y mayor disponibilidad de camas al utilizar nuestro dispositivo. Convendría reforzar nuestro protocolo en atención primaria y Urgencias para fomentar la evitación de ingresos en futuras crisis COVID



USO DE LA VIA SUBCUTÁNEA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN CENTROS SOCIO SANITARIOS

María de Castro García, Pilar García de la Torre, Pilar Cubo Romano, Juan Miguel Antón Santos, Yolanda Majo Carbajo, Alejandro Estrada Santiago, Alcides Delgado Puertas, Ana Belén Pomedá Calderón, Carolina Medina de

INTRODUCCIÓN

La administración de fármacos y fluidos por vía subcutánea es, en muchas ocasiones, desconocida por los profesionales. La HAD en centros sociosanitarios (CSS) puede ser un momento apropiado para hacer uso de la misma.

OBJETIVOS

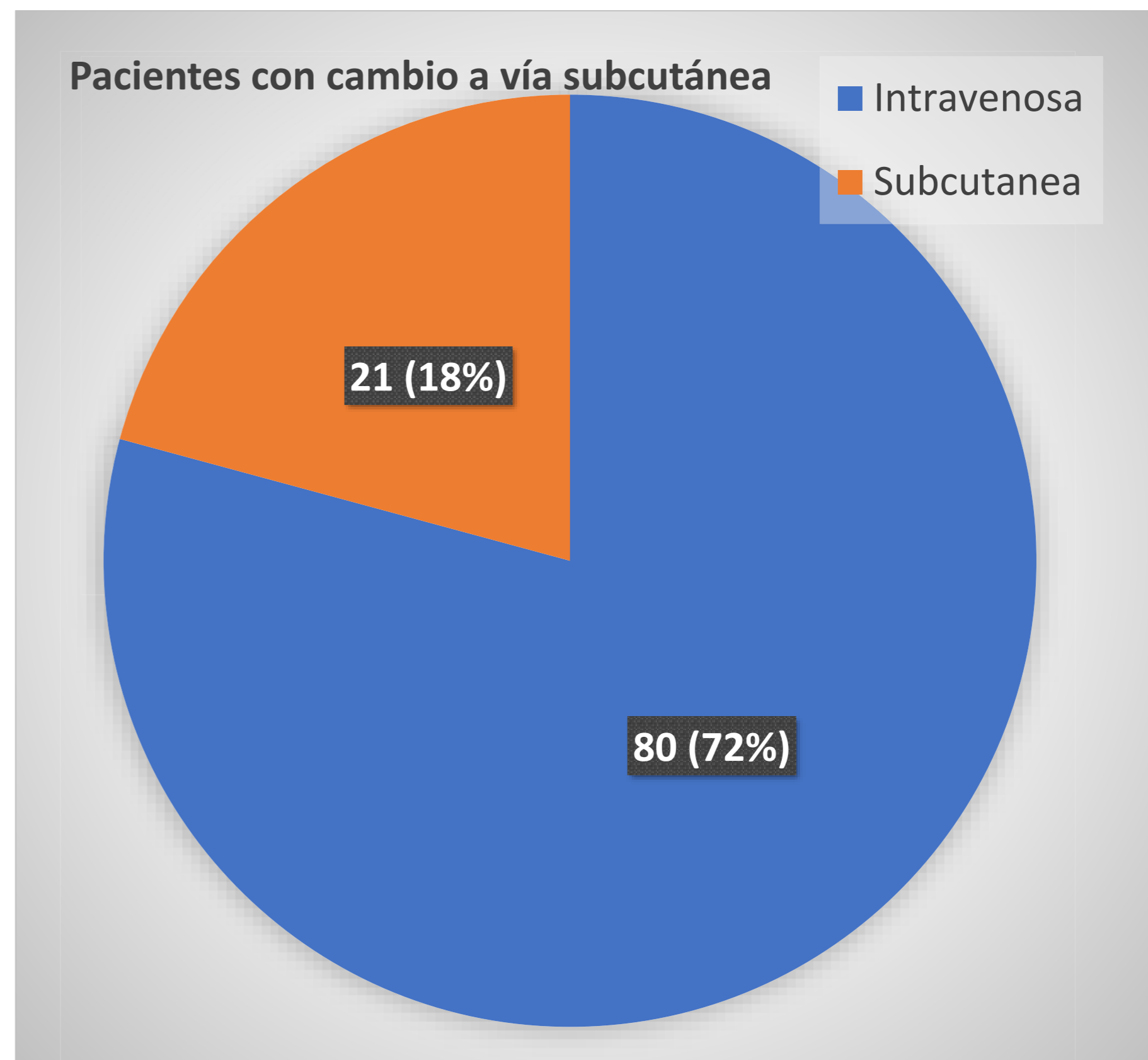
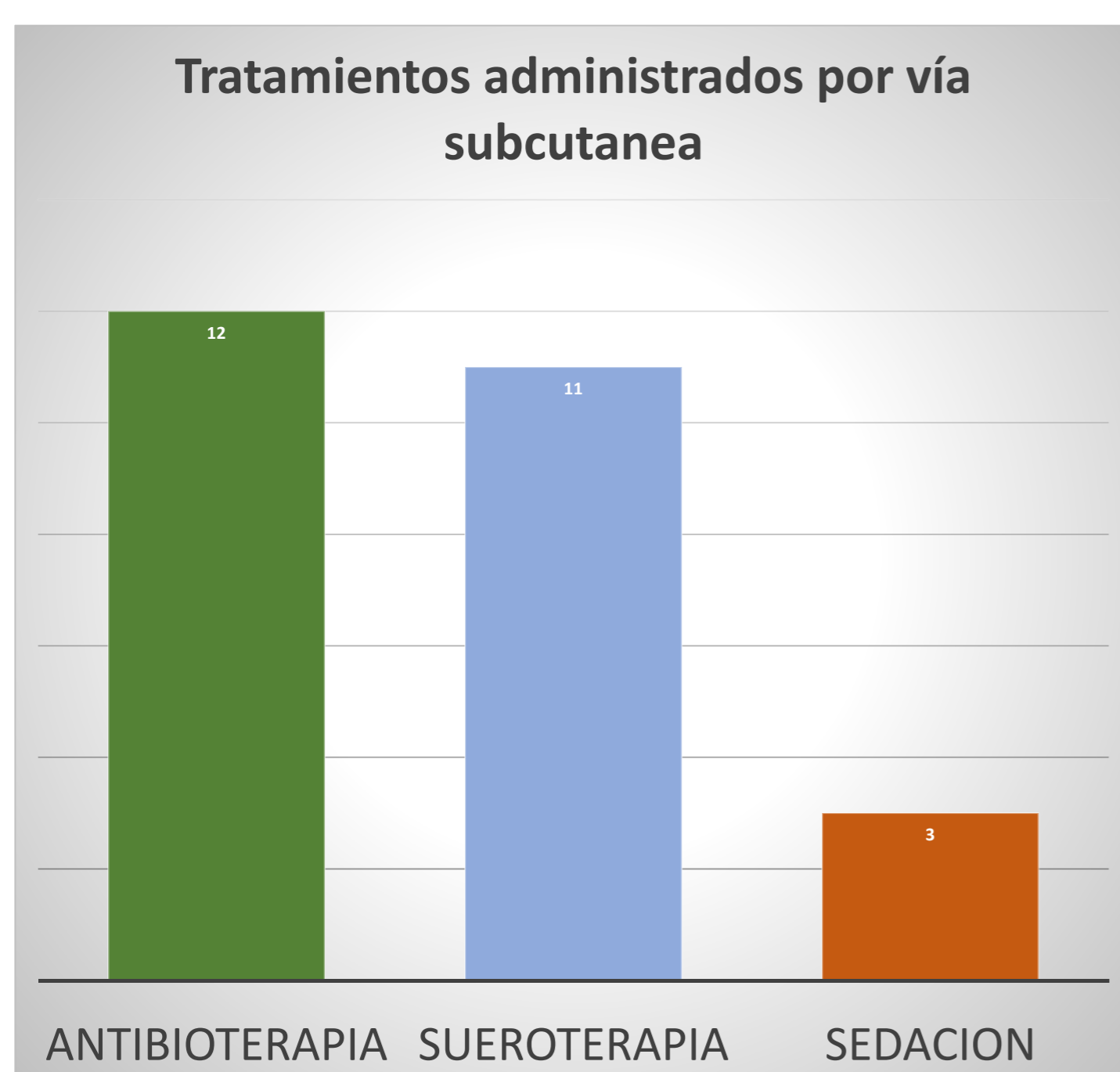
Analizar en cuántos de nuestros pacientes ingresados en HAD en CSS se ha hecho uso de la vía subcutánea para administrar medicación.

MÉTODO

Revisión retrospectiva de 114 pacientes ingresados en HAD en CSS en los últimos 6 meses del año 2022, recogiendo vía usada para administración de fármacos.

RESULTADOS

De los 114 pacientes analizados, 111 pacientes iniciaron el ingreso con vía iv y 3 con tratamiento oral. En 21 pacientes, se realizó uso de vía subcutánea para administración de fármacos, por dificultad de acceso a vías venosas. En 12 de ellos el fármaco administrado fue antibiótico (Ertapenem o Ceftriaxona), en 11 se administró sueroterapia subcutánea, y 3 de ellos recibieron morfina por vía subcutánea.



CONCLUSIÓN

En nuestra Unidad la vía subcutánea es una buena alternativa terapéutica eficaz en la hidratación, sedación y control de algunos síntomas e incluso en la administración de antibioticoterapia.

La utilización de esta vía sigue siendo notablemente inferior a otras pero es una posibilidad a tener muy en cuenta en múltiples situaciones, no reservándose únicamente al paciente en fase terminal, considerándose como alternativa para el tratamiento cuando otras vías de administración son inapropiadas.



Tratamiento precoz con remdesivir para prevenir el desarrollo de enfermedad grave por SARS-CoV-2 en pacientes trasplantados renales.

David Nicolás¹, Judit Cacho², Eva Castells¹, Nuria Seijas¹, Irene Pereta¹, Marta Bodro, Ainoa Ugarte¹, Verónica Rico¹, Fritz Diekmann², David Cucchiari²

1. Dispositivo Transversal de Hospitalización a Domicilio, Hospital Clínic Barcelona. Universitat de Barcelona.

2. Unidad de Trasplante Renal, Servicio de Nefrología, Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona.

3. Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona.

Introducción

A pesar de la aparente menor virulencia de la variante Omicron del SARS-CoV-2, continúa siendo una amenaza para pacientes inmunodeprimidos, como los receptores de trasplante de órgano sólido. El uso de remdesivir de manera precoz ha demostrado reducir el riesgo de hospitalización y muerte en paciente de riesgo. El uso de remdesivir en Hospitalización a Domicilio ha demostrado ser seguro.

Objetivos

Describir los resultados de una estrategia de tratamiento de COVID-19 precoz de pacientes trasplantados renales.

Metodología

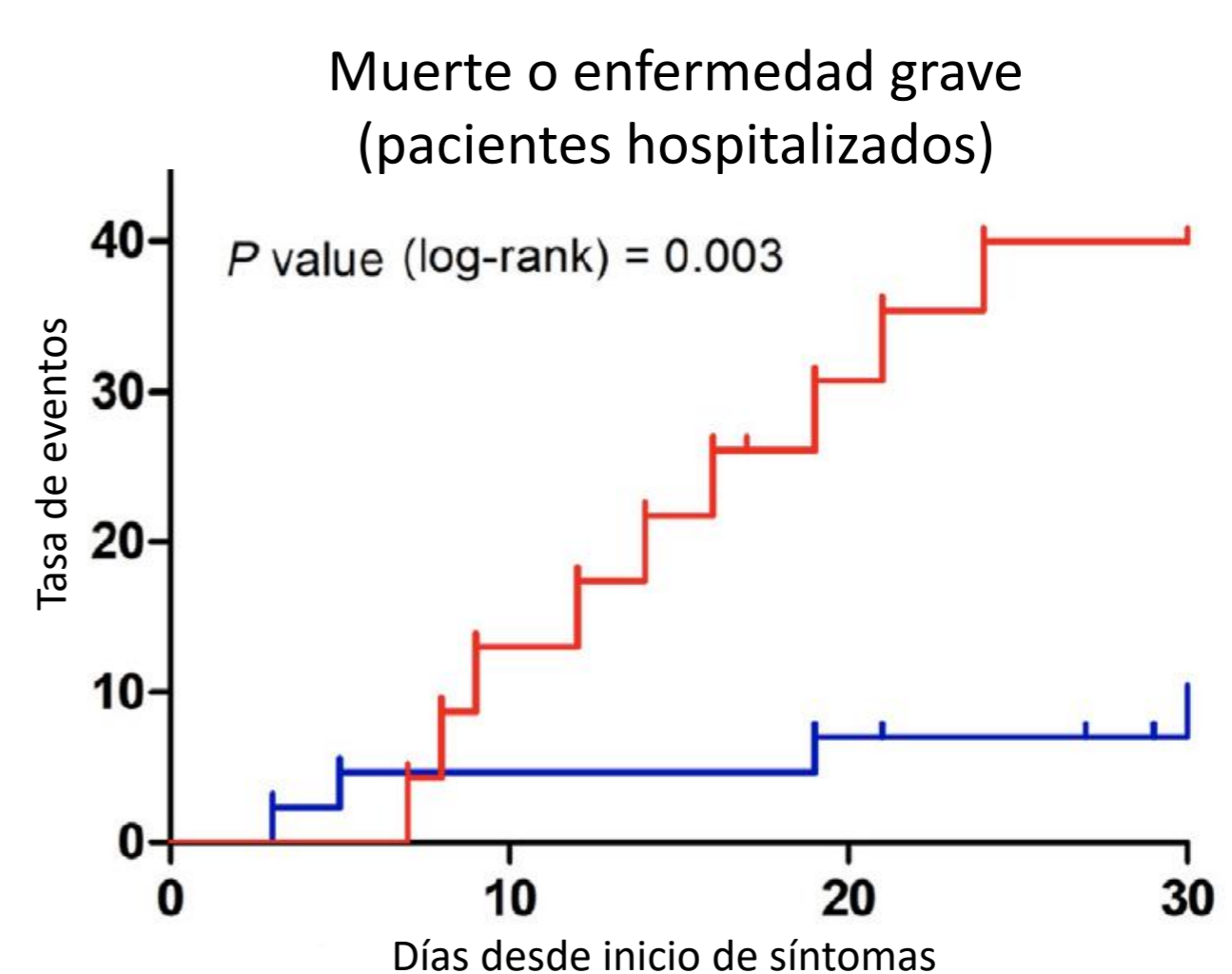
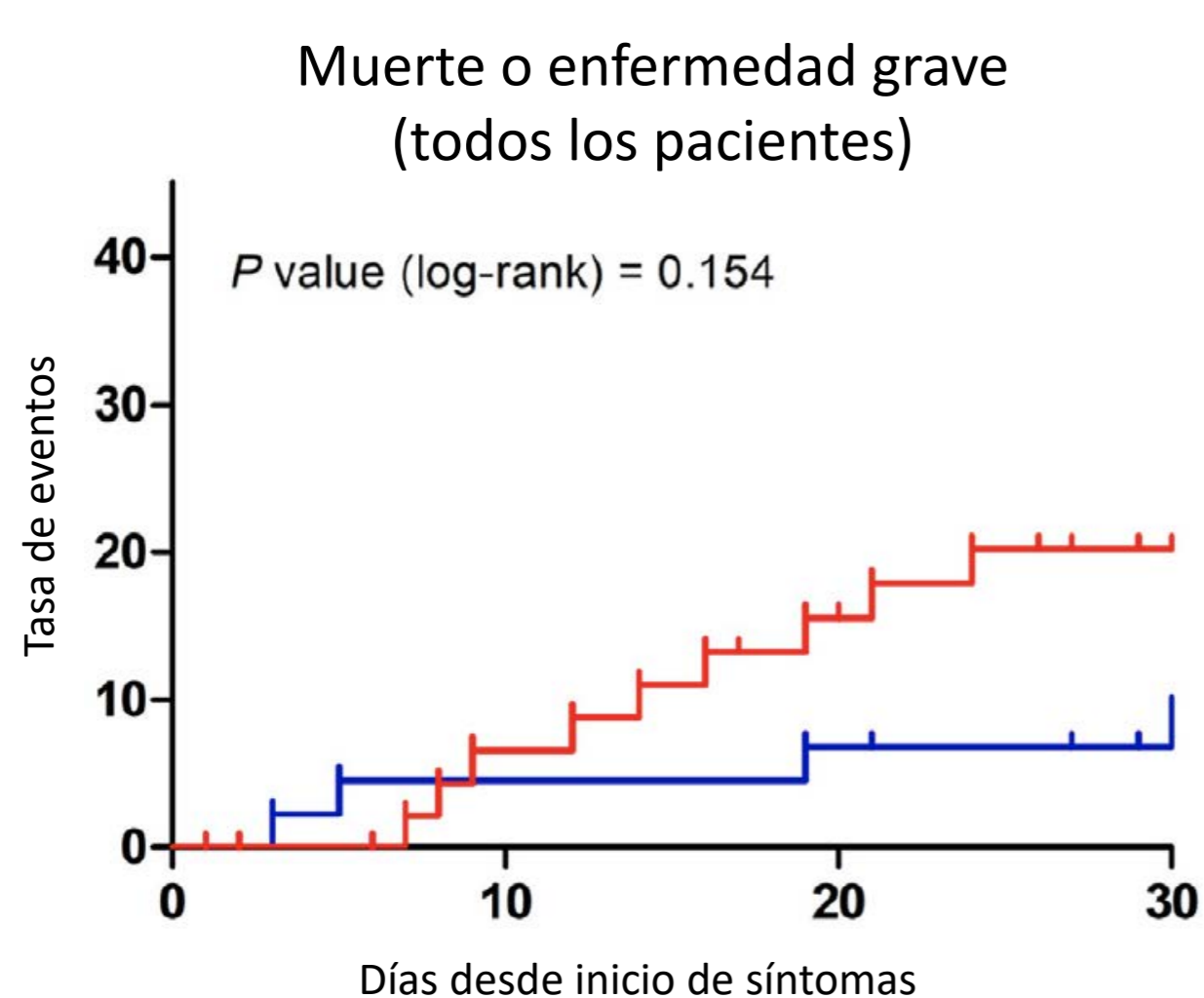
Cohorte retrospectiva de pacientes trasplantados renales infectados de COVID-19 entre noviembre 2021 y marzo 2022. El tratamiento con remdesivir se indicó en todos los pacientes trasplantados sin criterios de ingreso y con <10 días de inicio de síntomas. Los pacientes del área del Hospital Clínic se trataban en la unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD), los de fuera del área ingresaban en el hospital. Se definió resultado primario como el desarrollo de enfermedad grave (necesidad de oxígeno de alto flujo, ventilación mecánica no invasiva o invasiva) o muerte en los 30 días siguientes a la infección.

Resultados

98 pacientes contrajeron COVID-19 en el periodo de estudio. 58% recibieron remdesivir, 26% en su domicilio. No hubo diferencias significativas entre las características de los pacientes que recibieron remdesivir o no, incluido el estatus vacunal. El 9% de los pacientes tratados con remdesivir presentaron COVID-19 grave o muerte, frente a 20% de los no tratados. El análisis univariado demostró que remdesivir es un factor protector de infección grave cuando se inicia ≤ 7 días de síntomas (OR 0,13 $p=0.002$) comparado con el tratamiento retardado o no tratamiento (Figura). No hubo diferencias en la estancia media de ambos grupos.

Tabla. Características basales y evolución de los pacientes de la cohorte

	Población total	Sin remdesivir	Con remdesivir	p
Edad, media (DE)	58.0 (16.3)	55.7 (17.3)	59.7 (15.4)	0.371
Sexo (% masculino)	52 (53.1)	22 (53.7)	30 (52.6)	1
Tiempo desde el trasplante, meses, mediana (IQR)	92[31–162]	125[29–164]	73[32–159]	0.301
Vacunación >2 dosis, n (%)	88 (89.8)	35 (85.4)	53 (93.0)	0.452
Clínica COVID-19				0.308
Asintomáticos, n(%)	13 (13.3)	7 (17.1)	6 (10.5)	
Leve, n(%)	51 (52.0)	24 (58.6)	27 (47.4)	
Moderado, n(%)	19 (19.4)	5 (12.2)	14 (24.6)	
Grave, n(%)	15 (15.3)	5 (12.2)	10 (17.5)	
Hospitalización (incluida HAD), n(%)	54 (55.1)	12 (29.3)	57 (100.0)	<0.001
Días desde inicio de síntomas a inicio de remdesivir, media (DE)	-	-	5 (3-8.5)	-



Conclusiones

El tratamiento precoz (≤ 7 días desde inicio de síntomas) con remdesivir en pacientes inmunosuprimidos tras un trasplante renal permite disminuir el riesgo de enfermedad grave. Las unidades de HAD deben de jugar un papel relevante en los circuitos de tratamiento precoz. Estos datos probablemente puedan ser extrapolados a otros pacientes inmunodeprimidos (otros trasplantes de órganos sólidos, trasplante de progenitores hematopoiéticos, inmunodepresión grave).



SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE CARBOXIMALTOSA FÉRRICA EN LA UNIDAD DE HAD DEL ÁREA DE SALUD DE TUDELA

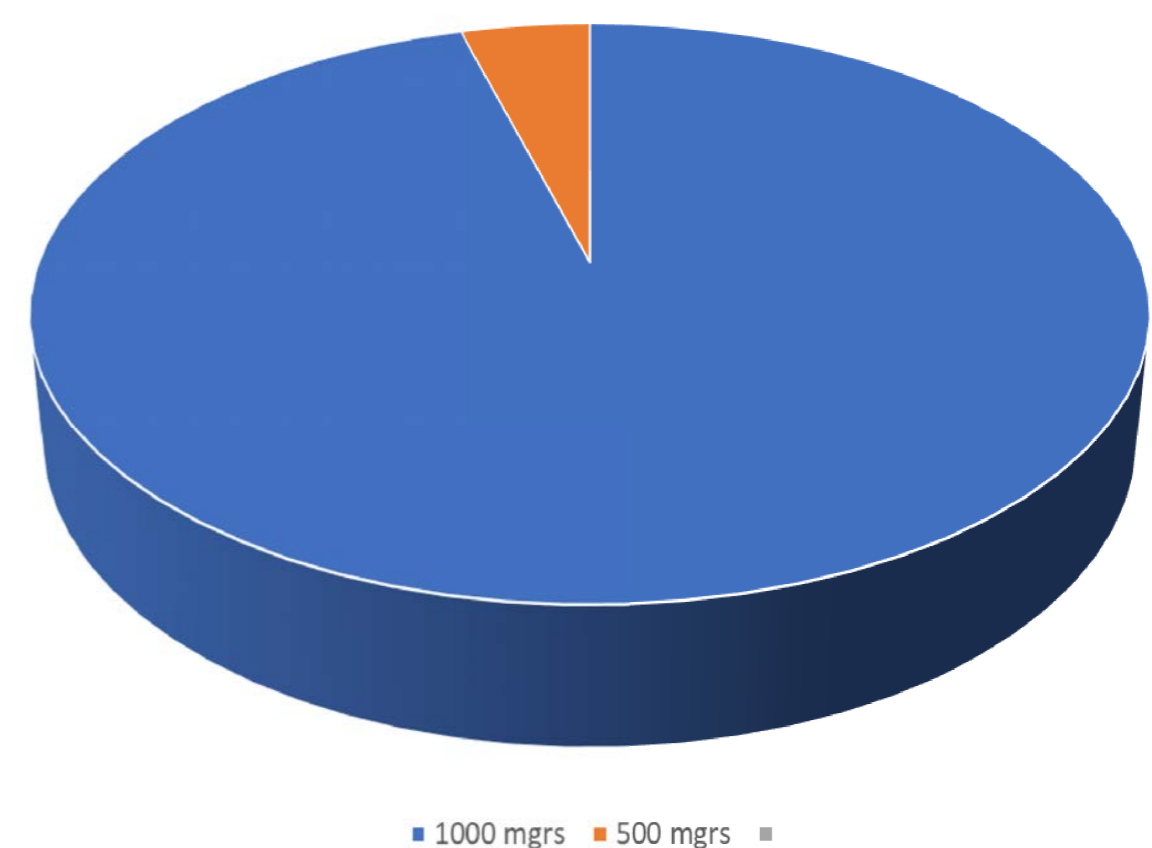
R.León Merayo (1), I.Oroz Segura (1), M.Sanchez Gabás (1), I.Resano Garcia (1), M.Urzaiz Tudela (1), P.Mateo Asín (1), S.Gonzalez Castillo (1)
(1) Hospitalización a domicilio. Hospital Reina Sofia. Tudela (Navarra)

Introducción: El Hierro endovenoso es un medicamento que se administra en pacientes con anemia ferropénica cuando los preparados de hierro orales son ineficaces, no pueden utilizarse y/o, se requieren altas dosis de hierro endovenoso (>500mg) con rápida respuesta. Debe de ser administrado por personal capacitado para evaluar y tratar reacciones anafilácticas durante el procedimiento.,

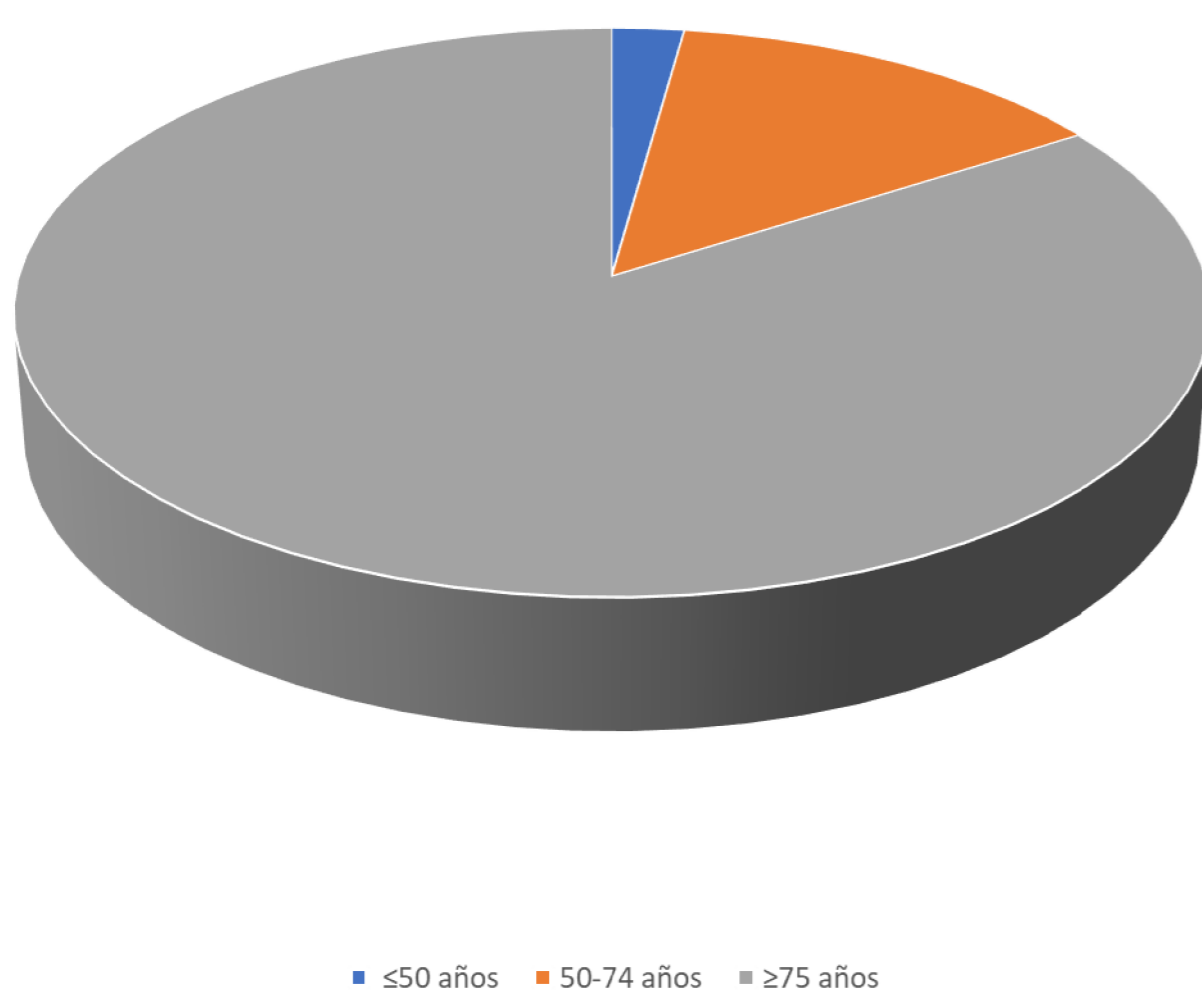
Objetivos: Administración segura de Hierro carboximaltosa vía endovenosa en el domicilio del paciente en el Área de Salud de Tudela

Material y Métodos: Estudio descriptivo observacional durante el año 2020, donde se administró Hierro carboximaltosa a 87 pacientes en la unidad de HAD del Área de Salud Tudela, 48 pacientes hombres y 39 mujeres, con edades comprendidas entre 34 y 100 años. La administración se realiza en dosis única diluido en 250 ml de NaCl 0.9% a pasar en un tiempo >15 min.

dosis carboximaltosa férrica



Edad Paciente



Resultados: En nuestro servicio durante el año 2020: 87 pacientes recibieron alguna dosis de Hierro carboximaltosa EV

- 69 pacientes recibieron dosis de 1000 mg de Hierro carboximaltosa y 18 pacientes recibieron dosis de 500 mg.
- El 55,1% fueron hombres y 44,9% fueron mujeres .
- La edad comprendida ≤50 años 2,2 % , entre 50-74 años 13,7% y ≥75 años 83,9% .
- El 41,3% tenía como diagnóstico principal Anemia, el 58,7% otros diagnósticos entre ellos Insuficiencia Cardíaca. .

El 100% ha sido administrado en el domicilio, donde no hubo ninguna reacción de hipersensibilidad.

Conclusiones: En la unidad de HAD del Área de Salud de Tudela durante el año 2020 se objetiva una administración de Carboximaltosa Férrica de manera segura, independientemente de su dosis, sexo, edad y patología del paciente. Ha sido muy bien tolerado y no ha presentado reacciones de hipersensibilidad de manera inmediata.



Autores: J. Rogés Forns, A. Torres Corts, E. Villegas Bruguera, S. Sánchez Hevia, C. Moreno Borràs, M.J Aranda Barbero, M. Tella Arbós, A. Garcia Sarasola, K. Lamarca Soria
Hospital Dos de Maig, Consorci Sanitari Integral

TERAPIA DE DESBRIDAMIENTO LARVAL EN EL DOMICILIO

Caso clínico de paciente de 57 años con dehiscencia de sutura por amputación en hachazo del segundo dedo del pie izquierdo de imposible cicatrización, que tras haber intentado tratamientos como la TPN se niega a amputación. Antecedentes: DMI, Arteriopatía Obliterante grado IV irreparable, IRC, Anemia, Cardiopatía Isquémica, Portador de DAI. Ingreso en HAD: 62 días, 4 transfusiones de hematíes, 1g de Hierro ev, 62 curas: primero con urokinasa, después TDL uso compasivo, y varios tratamientos antibióticos según cultivos hasta el reingreso en convencional.



Antes del
tratamiento

La TDL consiste en la aplicación de larvas estériles de la mosca *Lucilia Sericata*, con el fin de realizar un desbridamiento del tejido no viable y la regeneración de nuevos tejidos. La técnica consiste en colocar dichas bolsas de larvas en el tejido no viable (esfacelos, biofilm) durante 3-5 días siendo su principal mecanismo de acción la secreción de enzimas proteolíticas que degradarán este tejido y lo transformarán en tejido necrótico blando digerible. Además, las larvas tienen un efecto antiinflamatorio, favorecen la migración de fibroblastos y promueven la neovascularización.



Bolsa estéril de
larvas



Cura con TDL



Bolsa de larvas
después de
48h de cura

En dos semanas conseguimos el 100% de granulación del lecho de la herida, pero no se consiguió crecimiento de tejido nuevo. En la última semana presentó empeoramiento de la isquemia: se decidió acabar con la TDL. El paciente acepta amputación infracondílea.



Fin del
tratamiento

CONCLUSIONES: La TDL ha demostrado ser eficaz para desbridar lesiones en situaciones de isquemia irreversible pero no incrementar la neovascularización de forma suficiente para hacer viable el pie. Aplicar la TDL en el domicilio es seguro y representa un ahorro de costes.



REEVALUACIÓN, APLICACIÓN Y MEJORA DEL PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN EN DOMICILIO

Torres Del Pliego, Elisa¹; Asensio Rodríguez, Javier¹; Tormo Company, Maria José¹; García Sánchez, Justo¹; Pérez Montaña, Albert²; Sánchez Raga, José María²; Fiol Durán, Blanca Dulce¹; Acosta Jiménez, Isabel¹; Del Rio Vizoso, Manuel¹; Delgado Mejía, Elena¹.

1. Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitari Son Espases, Mallorca

2. Servicio de Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitari Son Espases, Mallorca

Introducción: La transfusión en domicilio es una práctica creciente que previsiblemente seguirá en aumento en los próximos años. Los riesgos de este tipo de transfusión son esencialmente los mismos de la transfusión habitual, pero su carácter extrahospitalario obliga a extremar las medidas de seguridad.

Objetivo: Reevaluar, en coordinación con el servicio de Hematología, el protocolo de transfusión en domicilio ya establecido hace 3 años.

Material y métodos: En su momento, se estableció un protocolo de transfusión domiciliaria detallando pasos a seguir para seleccionar el paciente, obtener las muestras, transportar los componentes sanguíneos, recogida del material desechable y actuación ante reacciones adversas. Durante agosto del 2022 el protocolo ha sido revisado por una enfermera experimentada de la unidad, una médica internista de la unidad y un hematólogo.

Resultados: Desde julio del 2019 a agosto del 2022 se han transfundido, aplicando el protocolo, un total de 167 concentrados de hematíes y 45 pool de plaquetas a pacientes afectados de enfermedades hematológicas con necesidad de transfusiones periódicas y 1 paciente con anemia prequirúrgica. No se ha producido ninguna reacción transfusional y no han existido problemas en la identificación, transporte y recogida del material utilizado en domicilio.

Conclusión: Ante la seguridad demostrada, se ha eliminado la visita previamente obligatoria del médico durante el inicio de la transfusión, se ha adecuado el material fungible que transportaba enfermería y se han corregido pequeños errores de redacción.

Se continua demostrando que la transfusión domiciliaria, realizada con las correctas medidas de seguridad y aplicando un estricto protocolo, facilita y mejora la situación clínica de pacientes, evita múltiples visitas al hospital, ahorra los costes derivados de los traslados, el uso de dependencias hospitalarias y no se observan diferencias en la frecuencia de las reacciones transfusionales.





PROFILAXIS CON REMDESIVIR EN DOMICILIO A PACIENTES VULNERABLES CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Autores: Torres Del Pliego, Elisa¹; Asensio Rodríguez, Javier¹; Tormo Company, Maria José¹; Peña Zalbidea, Rebecca; Sánchez Garcia, Justo¹; Fiol Durán, Blanca Dulce¹; Torrandell Fiol, Coloma¹; Del Rio Vizoso, Manuel¹; Delgado Mejía, Elena¹.

1. Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitari Son Espases, Mallorca

Introducción: La infección por SARS-CoV-2, puede producir una enfermedad muy grave en personas vulnerables que no han respondido a la vacunación, como los pacientes inmunodeprimidos. Para las personas con riesgo elevado de presentar una enfermedad grave por el virus SARS-CoV-2 existen tratamientos que, administrados precozmente y de manera controlada, reducen el riesgo de progresión de la infección y de la necesidad de hospitalización o de fallecimiento. El Remdesivir es un antiviral análogo de nucleótido, que interfiere con la polimerización del ARN del virus SARS CoV-2 y está autorizado para el tratamiento de la enfermedad COVID-19 en adultos con algún factor de riesgo de mala evolución con enfermedad leve-moderada durante los 7 primeros días de sintomatología. La administración de Remdesivir en domicilio evita ingresos hospitalarios y sus complicaciones asociadas.

Objetivo: Evaluar las complicaciones asociadas a la administración de Remdesivir en domicilio y evitar ingresos de pacientes vulnerables con infección por SARS-CoV-2.



Material y métodos: Se han analizado los pacientes en los que se administró Remdesivir en domicilio entre enero y julio del 2022 durante 3 días para evitar el desarrollo de enfermedad grave por coronavirus.

Resultados: se administró Remdesivir a 16 pacientes, 7 mujeres y 9 hombres, sin describirse ningún efecto secundario destacable. Predomina la patología hematológica como enfermedad subyacente responsable de la inmunodepresión (9 pacientes de los 16), existiendo también 3 pacientes con trasplante de órgano sólido, 2 de hígado y uno renal. La administración de Remdesivir se realizaba, siguiendo ficha técnica, en 1h y se han usado accesos venosos periféricos sin aparición de flebitis en ningún caso.

Conclusión: La administración de Remdesivir en domicilio, en los casos indicados, es segura, no hay complicaciones/efectos secundarios graves y puede realizarse a través de vías periféricas.



Angélica Fernández García
Raquel Custardoy Torres
Pablo Garrido Rodríguez

ADMINISTRACIÓN DE CARBIDOPA/LEVODOPA INTRADUODENAL EN HAD



INTRODUCCIÓN

La **enfermedad de Parkinson (EP)** es el trastorno neurodegenerativo más prevalente en la actualidad.

La carbidopa/levodopa (**duodopa**), es un tratamiento alternativo que se usa actualmente para reducir de forma sustancial los síntomas de dicha enfermedad.

El servicio de **Hospitalización a domicilio (HAD)** facilita el comienzo del tratamiento evitando el ingreso del paciente en el hospital.

OBJETIVOS

Visibilizar los nuevos tratamientos administrados por parte del equipo de HAD.
Descripción completa del plan de cuidados a realizar en el paciente que inicia el tratamiento con duodopa.

METODOLOGÍA

Revisión de casos clínicos sucedidos entre enero y julio de 2022 en Hospital San Pedro de Logroño.

CRITERIO INCLUSIÓN

Pacientes diagnosticados de Parkinson con importante afectación a nivel motor que remite su neurólogo a HAD para comienzo con tratamiento de duodopa en su domicilio.

PROTOCOLO HAD

Día 1 (jueves):

Ingreso en HAD tras interconsulta de su especialista.
Entregar domperidona e indicar pauta correspondiente y horario de ayunas previo a la colocación de sonda nasoduodenal (SND).

Día 2 (viernes):

Colocar en su domicilio SND por parte de enfermera HAD.

Día 3 y 4 (sábado y domingo):

Realizar control telefónico.

Día 5 (lunes):

Comprobar radiológicamente la progresión de SND. La enfermera de Asistencia Integral en Parkinson Avanzado (ADUO) conecta y programa la bomba electrónica con la dosis prescrita en su domicilio.

Día 6 (martes):

Realizar preoperatorio en el domicilio.

Día 7 (miércoles):

Valorar situación del paciente y citar para colocación de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) dando la información previa a la técnica.

Día 8 (jueves):

Colocar PEG en el hospital y regreso al domicilio .

Valorar estado del paciente y de la PEG.

Día 9 (viernes):

Instruir al paciente en manejo de bomba y cuidados de PEG por parte de enfermera de ADUO.

Día 10 y 11 (sábado y domingo):

Realizar control telefónico.

Día 12 (lunes):

Comprobar evolución y alta hospitalaria.

RESULTADOS

1- Se realizaron un total de 3 ingresos en HAD en 6 meses.

2- La duración media de los ingresos fue de 13 días.

3- Las incidencias durante los ingresos fueron:

- Arrancamiento accidental de la SND que se resuelve con nueva colocación.
- Dolor tras inserción de PEG que cede con analgesia endovenosa.



CONCLUSIÓN

Queda demostrado que en el servicio de HAD es posible realizar la instauración del protocolo de administración de duodopa, evitando los días de ingreso hospitalario y aumentando la sensación de confort del paciente, pudiendo extrapolar los resultados a otros servicios de HAD del Sistema Nacional de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Protocolo de paciente para duodopa en HAD
www.aduoparkinson.es



INTERACCIÓN ENTRE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HADO) Y LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS (UCP) EN 2021. I: DE HADO A UCP

Cereijo Quinteiro MJ; Barcia Losada A; Rodríguez Díaz C;

Vázquez Fernández A; Negrón Blanco LA; Goás Castro AA; García Martínez MA.

Hospital Universitario Lucus Augusti

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) de nuestro hospital está compuesta por 12 camas de hospitalización convencional y una consulta externa que funciona diariamente.

La atención paliativa domiciliaria al paciente complejo es desempeñada por HADO.

En el trabajo, describimos el flujo desde HADO a la planta de UCP.

MÉTODO

Revisión de las bases de datos de 2021, autorizadas por su interés clínico, y consulta de las historias clínicas de los pacientes ingresados en UCP desde HADO.

Estudio descriptivo de los datos obtenidos.

RESULTADOS

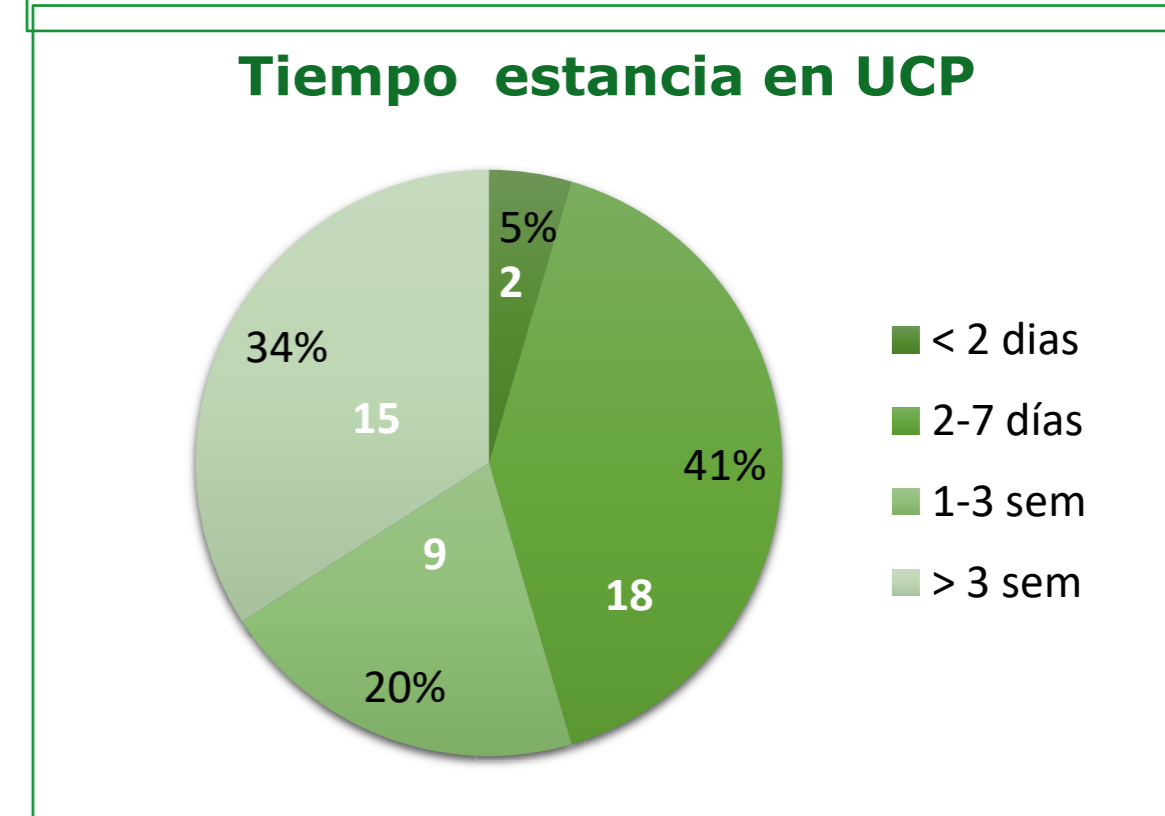
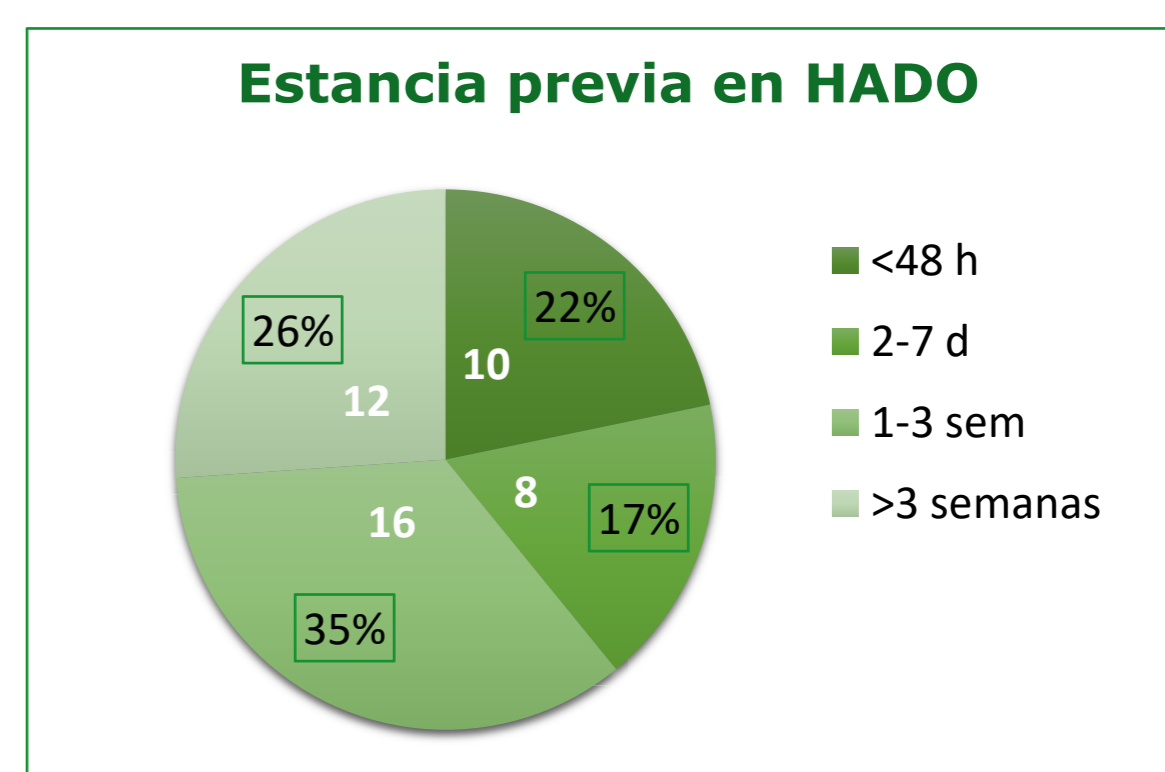
Ingresos en UCP: 357

Procedentes de HADO: 46 (12.88%)

Edad: 42-96. Media: 70,59

Sexo: 19 (41.3%) mujeres y 27 (58.7%) varones

PATOLOGÍA		
No oncológica: 5	E. resp crónica avanzada	2 (4.3%)
	E renal crónica	1 (2.2%)
	Insuficiencia cardíaca	2 (4.3%)
Oncológica: 41	Ginecológica	2 (4.3%)
	Hepática	2 (4.3%)
	Mama	3 (6.5%)
	Mts T Origen desconocido	2 (4.3%)
	ORL	5 (10.9%)
	Páncreas-vías biliares	2 (4.3%)
	Pulmón	6 (13%)
	SNC	3 (6.5%)
	Tubo digestivo	10 (21.7%)
	Vías urinarias-próstata	4 (8.7%)
	Hematológica	2 (4.3%)



DERIVACIÓN		
Por HADO: 39	Médico (ingreso directo)	34 (73%)
	Enfermera (fuera de horario médico)	5 (10.9%)
Urgencias extrahospitalarias fuera de horario HADO		4 (8.7%)
Iniciativa propia		3 (6.52%)

MOTIVO DE INGRESO EN UCP	
Proceso agudo intercurrente	11 (23.9%)
Técnicas	3 (6.5%)
Claudicación fam/ausencia cuidador	8 (14%)
Mal control sintomático	12 (26.1%)
Deseo de no fallecimiento en domicilio	12 (26.1%)

ALTA de HADO	
Exitus	39 (84.8%)
Regreso a HADO	5
Programa Atención compartida (PAPC)	2

CONCLUSIONES:

Los ingresos procedentes de HADO suponen un pequeño porcentaje del total de los de la UCP.

La mayoría ingresan sin pasar por urgencias, remitidos por HADO.

La patología oncológica es la más frecuente, especialmente los tumores de pulmón y digestivos

Ingresan precozmente 1/5 de los pacientes, probablemente tras una primera valoración domiciliaria.

La mayoría de estos pacientes fallecen en la primera semana.



INTERACCIÓN ENTRE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HADO) Y LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS (UCP) EN 2021. II: DE UCP A HADO

Cereijo Quinteiro MJ; Rodríguez Díaz C; Barcia Losada A; Vázquez Fernández A; Goas Castro AA; Negrón Blanco LA; García Martínez MA.
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo



INTRODUCCIÓN

En nuestro hospital, HADO presta cuidados paliativos complejos en el domicilio. Los pacientes pueden proceder de A Primaria o de A Hospitalaria. Se describe a los pacientes que HADO recibe desde la planta de cuidados paliativos.

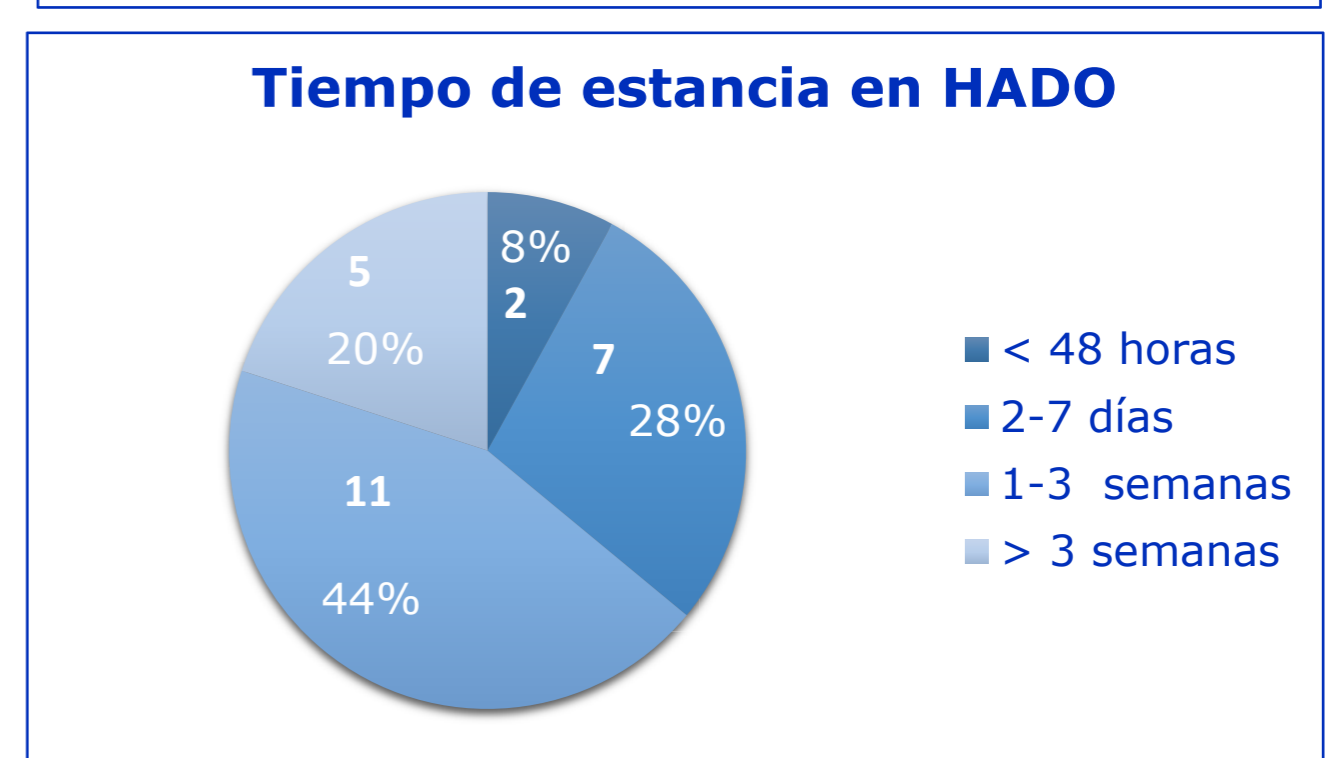
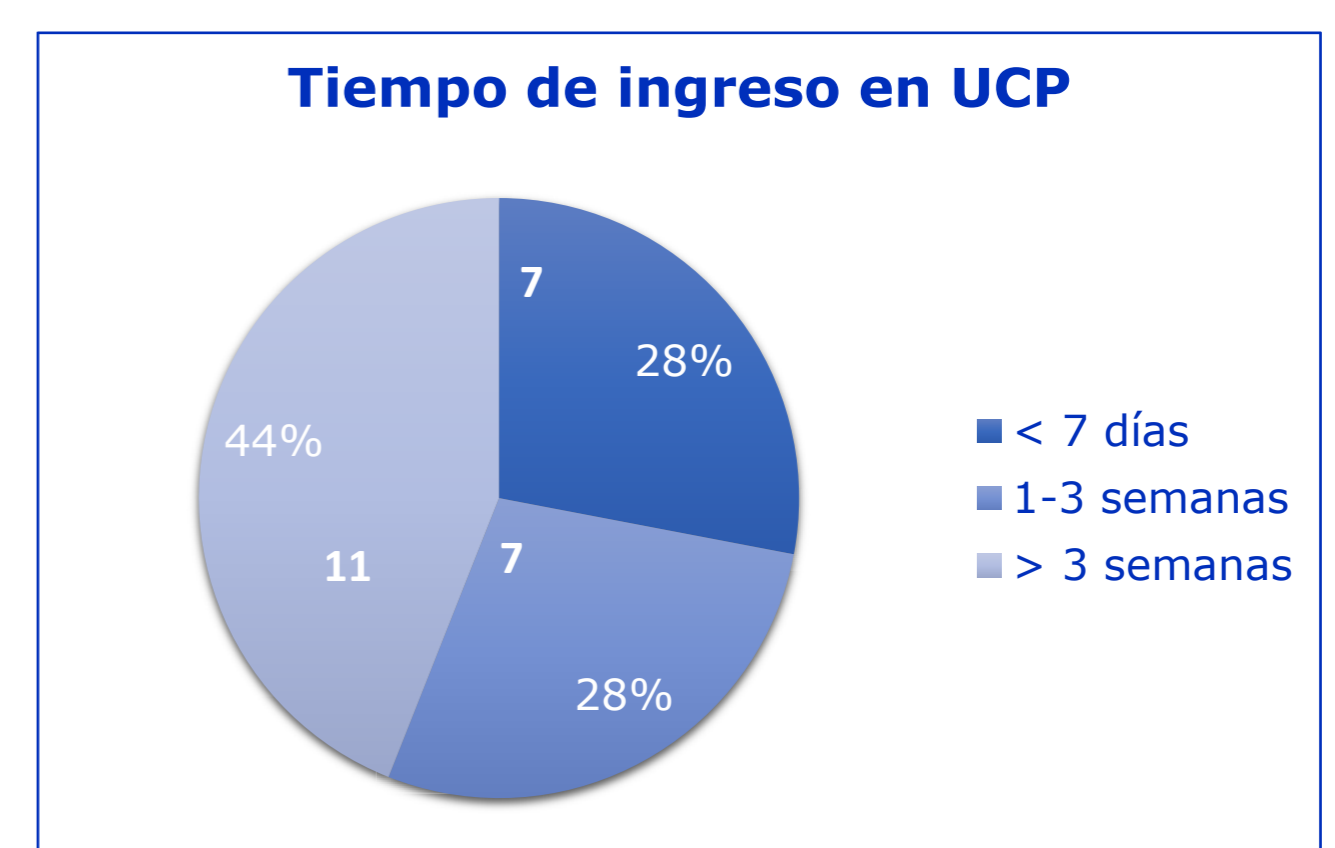
MÉTODO

Revisión de las bases de datos de 2021, autorizadas por su interés clínico, y consulta de las historias clínicas de los pacientes ingresados en HADO desde la planta de UCP. Estudio descriptivo de los datos obtenidos.

RESULTADOS

Ingresos en HADO: 858
Procedentes de UCP: 25 (2,91%)
Edad: 46-100 años; media: 73,32
Sexo: 18 (72%) mujeres y 7 varones (28%)

PATOLOGÍA		
No oncológica	E. resp crónica avanzada	2 (8%)
	Pluripatología severa	2 (8%)
Oncológica	Ginecológica	4 (16%)
	Hepática	1 (4%)
	Mama	4 (16%)
	Pulmón	1 (4%)
	SNC	2 (8%)
	Tubo digestivo	6 (24%)
	Otros	1 (4%)
	Hematológica	2 (8%)



Motivo de ingreso en HADO	
Nueva patología	2 (8%)
Continuidad de cuidados	17 (68%)
Últimos días-deseo de fallecimiento en domicilio	3 (12%)
Tras realización de técnica	3 (12%)

ALTA de HADO	
Exitus	4 (16%)
Oncología	1 (4%)
UCP	8 (32%)
Programa Atención compartida (PAPC)	12 (48%)

CONCLUSIONES:

- La patología oncológica fue la más frecuente entre los pacientes procedentes de HADO.
- La continuidad de cuidados fue el motivo de casi 2/3 de las derivaciones.
- La estancia en HADO fue de 1-3 semanas en la mayoría de los casos.
- Después del alta en HADO, la mitad de los pacientes continuaron la atención a través del PAPC.



MELIÁ ALICANTE ALICANTE

10-11 de noviembre de 2022



Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio



AUTORAS

Raquel Mendoza Quintanar
Beatriz Ezquerro Bacigalupe
Lucia Inmaculada Peña Pachón
Hospital San Pedro, Logroño

Lesión en paciente con etiología venosa ¿Cuál es el kit de la cuestión?

Introducción

La experiencia confirma que las lesiones en extremidades inferiores en pacientes con patología vascular tienden a cronificarse. Por ello, es imprescindible saber tratar la causa, además de potenciar el proceso de cicatrización y tratar en base a la fisiopatología de la herida y los procesos fisiológicos que ocurren en ella.

Objetivo

Demostrar la mejora en el proceso de cicatrización en una paciente con insuficiencia venosa crónica, con una lesión en extremidad inferior derecha (EID) de larga evolución y otra lesión en extremidad inferior izquierda (EII) de aparición reciente tras un traumatismo, con el empleo de reguladores de las metaloproteasas y de terapia compresiva (TC).

Metodología

Paciente de 79 años, con úlcera recidivante de evolución tórpida, en zona supramaleolar externa EID desde hace más de 5 años de evolución; en abril de 2022 se encuentra activa presentando una forma irregular, lecho fibroso, bordes indurados y un tamaño de 3x1'5 cm. En el mismo mes, tras contusión en EII en zona tibial media interna, aparece lesión ovalada de un tamaño 2x1 cm.

Dados los antecedentes personales de la paciente (hipertensa y diabética tipo II) y patología vascular clasificada CEAP 6, se decide iniciar tratamiento en ambas piernas con apósito de matriz cicatrizante con tecnología lípido coloide y factor nano oligosacárido (TLC-NOSF) y fibras poliabsorbentes junto con TC de 20 mmHg en las primeras tres curas que después se aumentaron a 40 mmHg. Asimismo, se realizó una cura a las veinticuatro horas del inicio del proceso y posteriormente dos semanales.

Resultados y Conclusiones

En dos meses se consigue curación de lesión EII y mejoría sustancial de lesión tórpida EID.

Tener en cuenta la causa principal, tanto sistémica como local, del problema de la lesión es fundamental para conseguir el objetivo: la cicatrización de la úlcera.

EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA



12 DE ABRIL DE 2022



3-MAYO-2022 17-MAYO-2022 7-JUNIO-2022

EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA



12 DE ABRIL DE 2022



17-MAYO-2022

14-JUNIO-2022

1. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venous leg ulcers. Cochrane database Syst Rev. 2012;11(3):CD000265.
2. Augustin M, Herberger K, Kroeger K, Muentner KC, Goepel L, Rychlik R. Costeffectiveness of treating vascular leg ulcers with UrgoStart® and UrgoCell® Contact. Int Wound J. 2016
3. Meaume S, Dompartin A, Lok C, Lazareth I, Sigal M, Truchetet F, et al. Quality of life in patients with leg ulcers: Results from CHALLENGE, a double-blind randomised controlled trial. J Wound Care. 2017
4. Münter KC, Meaume S, Augustin M, Senet P, Kérihuel JC. The reality of routine practice: A pooled data analysis on chronic wounds treated with TLC-NOSF wound dressings. J Wound Care. 2017
5. Shanahan DR. The Explorer study: The first double-blind RCT to assess the efficacy of TLC-NOSF on DFUs. J Wound Care. 2013



PROTOCOLO DE MANEJO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE BAJO RIESGO EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL SIERRALLANA (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD, TORRELAVEGA)



Manuela Anta Fernández, Sonia López Garrido, Marta Esles Bolado, Raquel Portilla Chocarro, M^a José Santos Fuentes, Alba Aguirre González, Ainhoa Alonso Martín, Nuria Albizu Becerril, Roberto Zarrabeitia Puente, Reina Valle Bernad
Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Servicio de Medicina Interna

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es protocolizar la vía de actuación para el manejo de los pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar agudo sintomático, y que por sus características de bajo riesgo sean subsidiarios de manejo en régimen de hospitalización domiciliaria (HaD), implicando básicamente por tanto a los servicios de Urgencias, Medicina Interna y Hospitalización Domiciliaria del centro.

La principal dificultad para valorar la posibilidad de manejo del paciente con enfermedad pulmonar tromboembólica pulmonar en régimen de HaD consiste en la selección de los pacientes con bajo riesgo de complicaciones y mortalidad precoz. La estratificación pronóstica se basa en la evaluación de:

- SITUACIÓN CLÍNICA:** evaluada mediante la escala PESI simplificada (pulmonary embolism severity index simplified) (fig.1)
- VALORACIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO POR IMAGEN:** mediante angioTC torácica para descartar la sobrecarga de ventrículo derecho (fig.2)
- VALORACIÓN ANALÍTICA:** mediante la determinación de niveles de troponina ultrasensible como indicador de daño miocárdico, disfunción de ventrículo derecho o riesgo global de deterioro hemodinámico (fig.3)

Variable	Puntos
Edad > 80 años	1
Cáncer	1
Enfermedad Cardiopulmonar crónica	1
Frecuencia Cardíaca > 110 lpm	1
TA Sistólica < 100 mmHg	1
Saturación O2 < 90%	1
Estratificación de Riesgo	
Riesgo bajo	0
Riesgo alto	> 1

Am J Respir Crit Care Med 2010; 181: 983-991.
Chest 2016; 149: 192-200
Arch Intern Med 2010; 170 (15): 1383-1389

Fig. 1

Parámetro	Punto de corte
Ratio diámetro VD/VI	>1
Ratio volumen VD/VI	> 1.2
Ratio volumen AD/AI	>1.2
Reflujo de contraste en VCI	Presente

Eur Respir J 2015;45:1323-1331



Fig. 2

Marcadores de Daño Miocárdico	
Troponina Ultrasensible	
< 14 pg/ml (<75 años)	VPN 98 %
< 45 pg/ml (> 75 años)	

Am. J. Respir. Crit. Care Med. 178 (2008) 425-30
Eur. Respir. J. 43 (2014) 1669-77

Fig. 3

Una vez diagnosticado definitivamente el proceso de embolia pulmonar aguda, los pacientes candidatos para manejo en hospitalización domiciliaria deberán cumplir las siguientes características:

- Ausencia de datos de sobrecarga de ventrículo derecho en angioTC
- Pacientes estables con PESIs = 0
- Niveles de troponina ultrasensible normales.

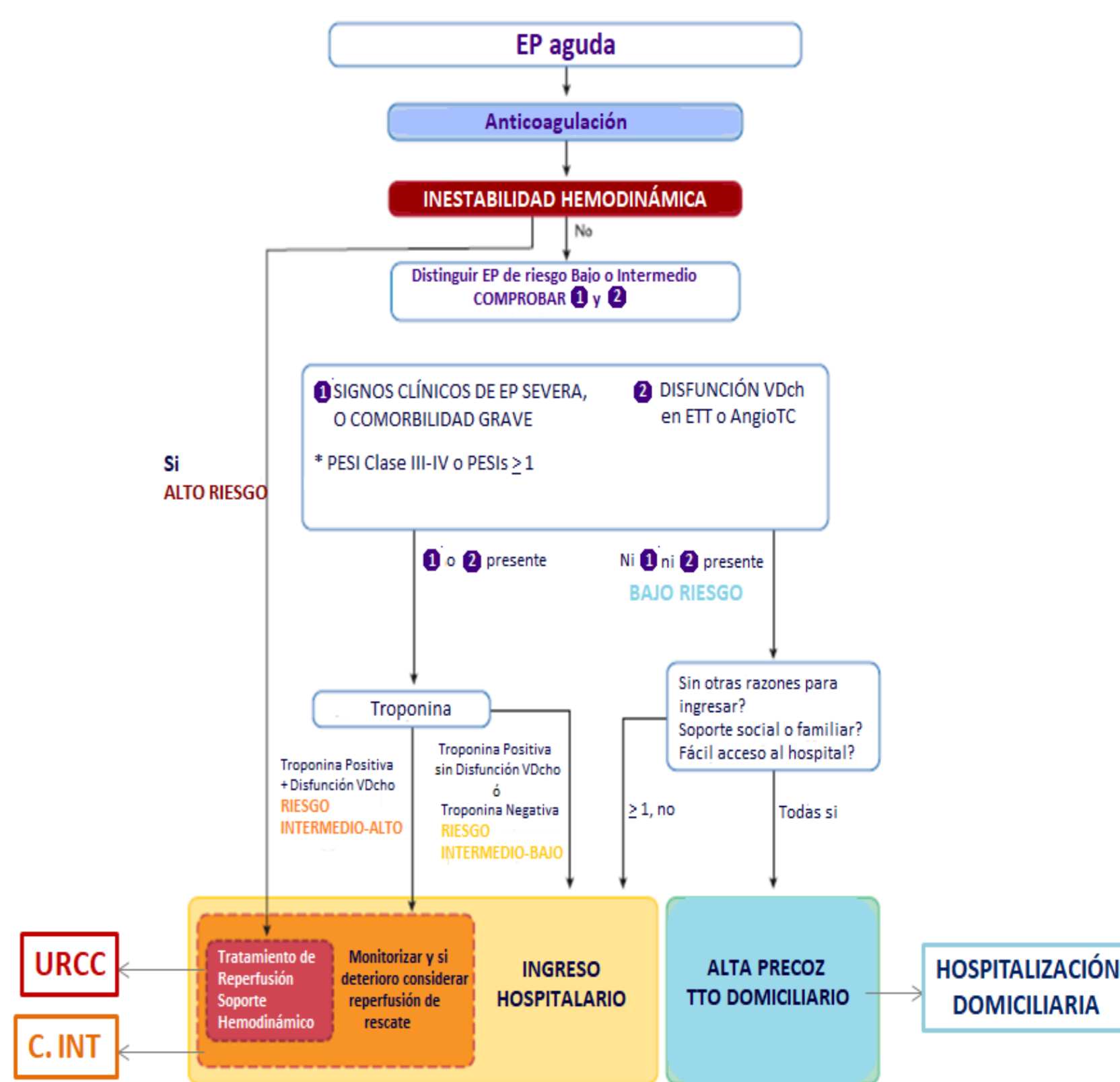
Los motivos de exclusión (basados en los criterios de Hestia) son:

- Inestabilidad hemodinámica del paciente
- Casos que hayan precisado fibrinólisis/trombólisis
- Presencia de sangrado activo o alto riesgo de sangrado según la escala RIETE

ESQUEMA COMPLETO DE ATENCIÓN EN HaD

DÍA 0 URGENCIAS	DÍA 1 INGRESO EN HaD	DÍAS 2-5 HaD	DÍA 5 HaD ALTA
VALORACIÓN ESCALA PESI SIMPLIFICADA			
DIETA HABITUAL	DIETA HABITUAL	DIETA HABITUAL	DIETA HABITUAL
ANALÍTICA CON TROPONINA Y BNP		ANALÍTICA INICIO ANTICOAGULACIÓN ORAL	
ESCALA EVA	ESCALA EVA		
		INICIO DE MOVILIZACIÓN	
ANGIO TAC TORÁCICO		ECO DOPPLER EEII	
ANALGESIA Y OXIGENOTERAPIA SI PRECISA	ANALGESIA Y OXIGENOTERAPIA SI PRECISA	ANALGESIA Y OXIGENOTERAPIA SI PRECISA	
ANTICOAGULACIÓN CON HBPM	ANTICOAGULACIÓN CON HBPM	PASO A ANTICOAGULACIÓN ORAL	ANTICOAGULACIÓN ORAL
LLAMADA A HaD PARA VALORACIÓN	VALORACIÓN DIARIA MÉDICO/ DUE HaD	VALORACIÓN DIARIA MÉDICO/ DUE HaD	VALORACIÓN MÉDICO/DUE HaD
			INFORME DE ALTA MÉDICO Y DE ENFERMERÍA/ RECOMENDACIONES
TRASLADO A DOMICILIO			ALTA Y CITA EN CONSULTA DE ETE

ARBOL DE DECISIÓN EN EMBOLIA PULMONAR AGUDA



Modificado de European Heart Journal (2019) 00,1-61

RESULTADOS

Desde la implementación reciente del protocolo, se ingresaron 9 pacientes con embolia pulmonar aguda de bajo riesgo en la HaD del Hospital Sierrallana, permaneciendo estables sin complicaciones en ingreso y en seguimiento posterior (realizado en consulta específica de Medicina Interna).

CONCLUSIÓN

La HaD puede jugar un papel importante en el manejo de los pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar de bajo riesgo, evitando ingresos en hospitalización convencional y unidades de corta estancia.



MANEJO DE DIVERTICULITIS AGUDA (DA) EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HaD) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (HUN)

Diego Aguiar Cano, Begoña Llorente Díez, Belén Salmón García, Silvia Salinas Urra, Arantazu Arenas Miquelez, Iratxe Martínez De Narvajas Urra, Joao Luis Modesto Do Santos, María Ruiz Castellano.
Hospital Universitario de Navarra. Departamento de Medicina Interna. Unidad de Hospitalización Domiciliaria

OBJETIVO

Analizar las características de los pacientes ingresados en HaD del HUN, los tratamientos recibidos, reconocer factores de mal pronóstico y detectar áreas de mejora.

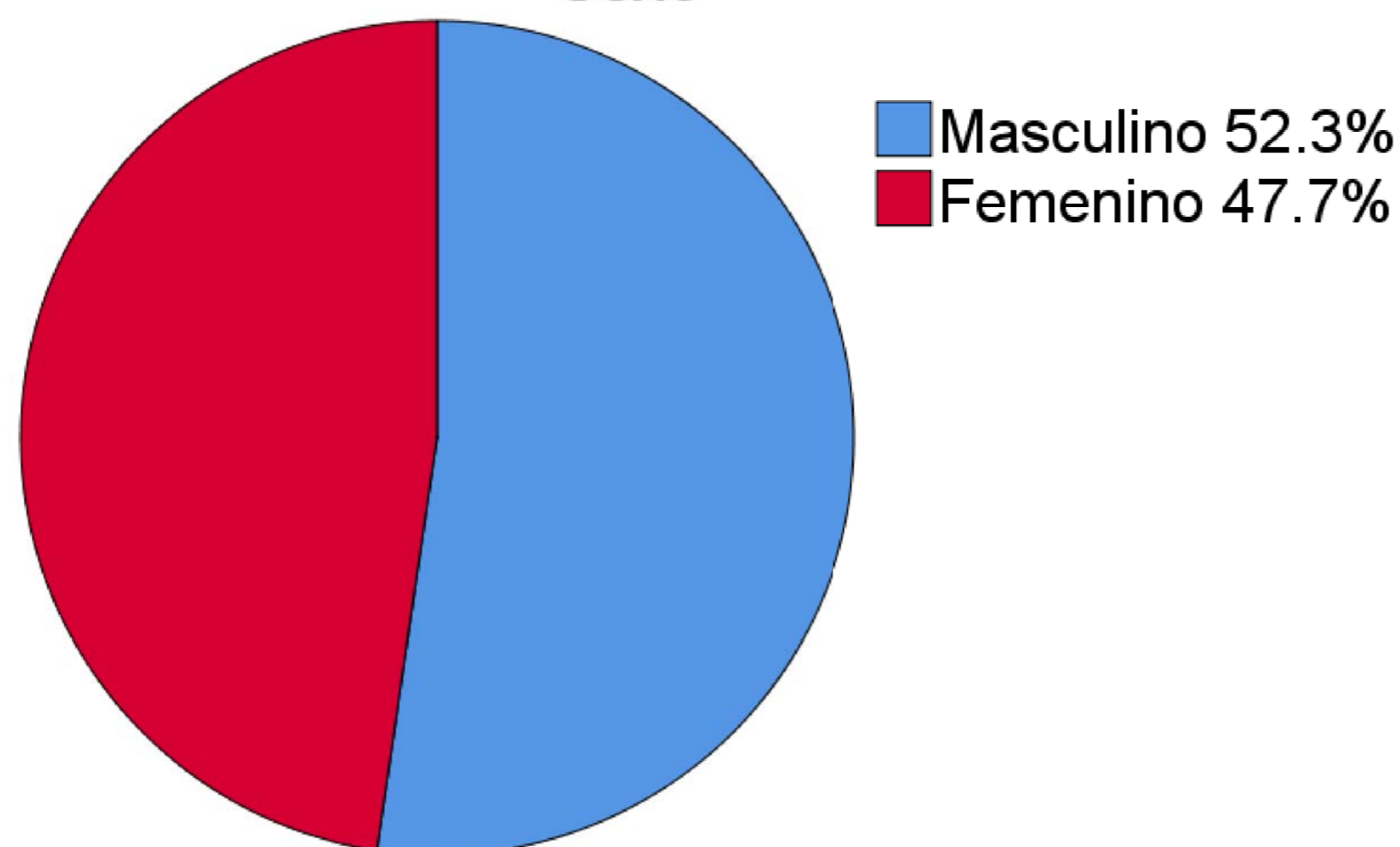
MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes ingresados por DA desde 01-06-2021 al 31-05-2022. Se realizó el análisis estadístico mediante estudios univariados y multivariados utilizando el programa SPSS.

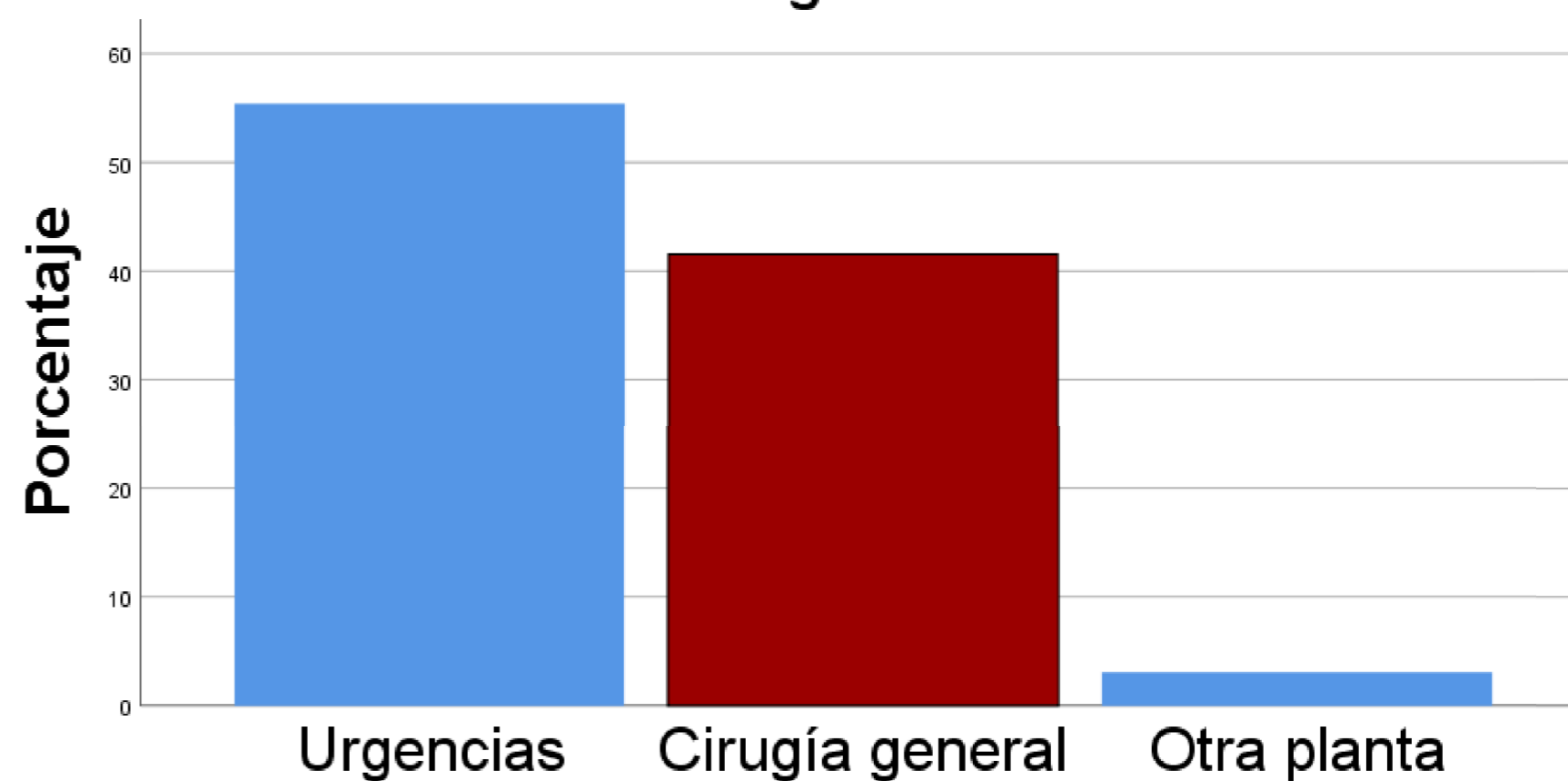
RESULTADOS

Se recogieron 65 pacientes, con edad media: 59.08 años (± 15 años). La media de días de ingreso fue 7.89 días.

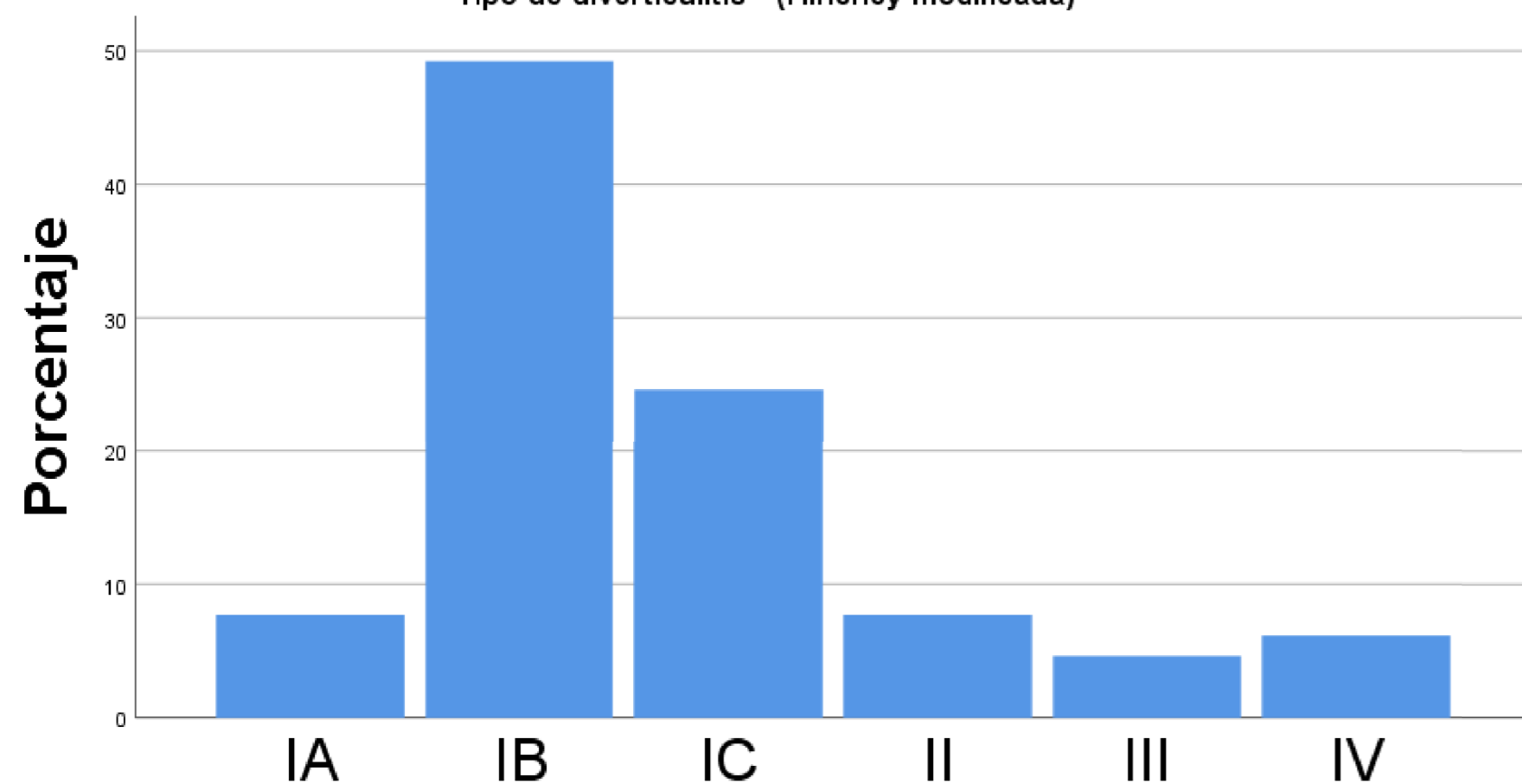
Sexo



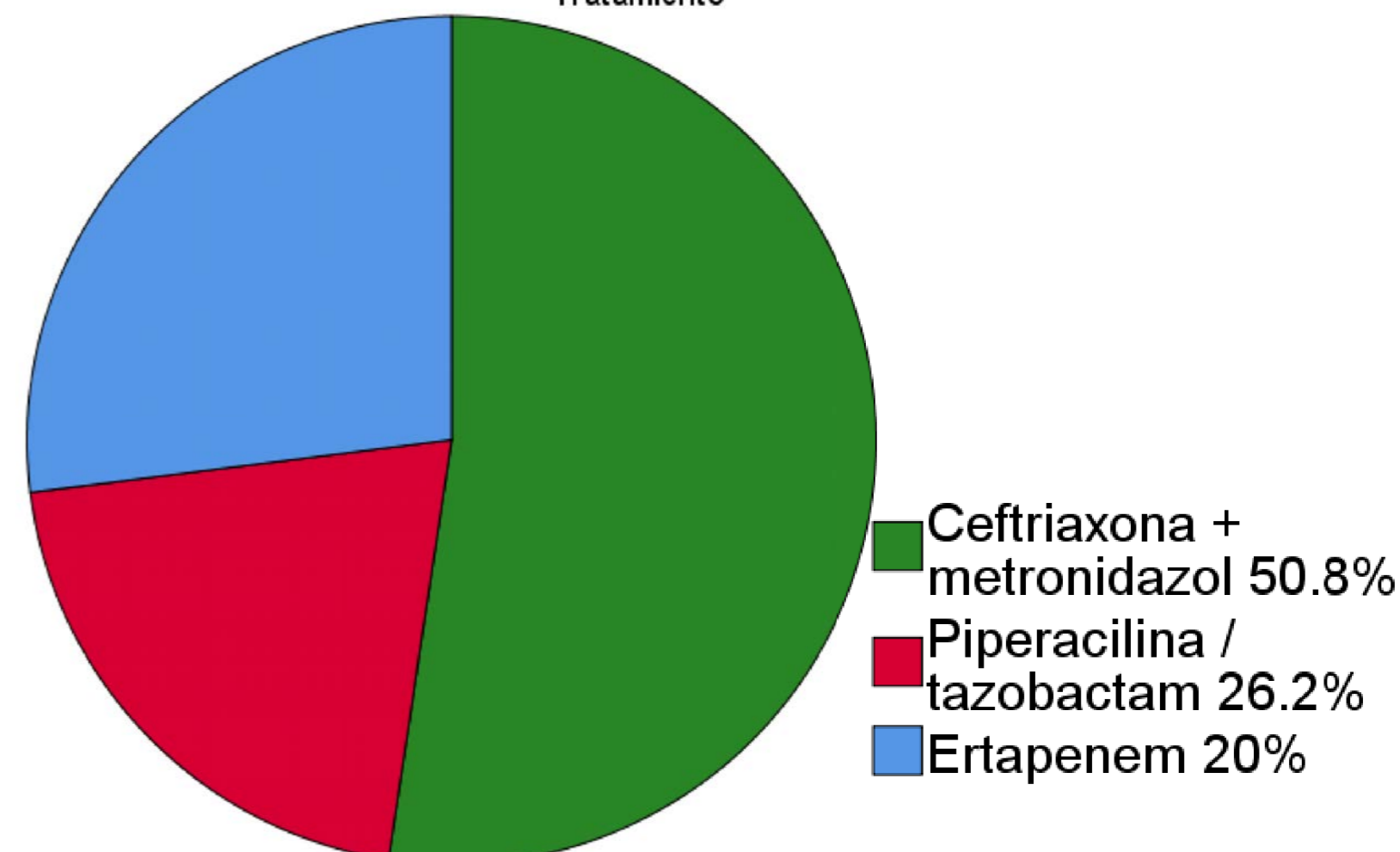
Origen



Tipo de diverticulitis - (Hinchey modificada)



Tratamiento



- La media de visitas médicas fue 3.09 y de visitas por enfermería fue de 5.74.
- El 7.7% reingresó en el hospital por mala evolución clínica.
- En el análisis multivariado buscando factores de mal pronóstico (más días de ingreso o reingreso) y su relación con la edad, sexo, tipo de diverticulitis, comorbilidad o tratamiento. El tratamiento con piperacilina-tazobactam fue el único factor que mostró una tendencia, no estadísticamente significativa ($P=0.10$), con peor pronóstico.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que con una adecuada selección de los casos la HaD es una alternativa eficaz y segura en el tratamiento de la DA. La elaboración de protocolos intrahospitalarios de actuación conjunta, facilita el alta precoz a HaD. La HaD permite a los pacientes recibir el tratamiento adecuado en su domicilio, preservando la comodidad de su entorno, favoreciendo el autocuidado y evitando la exposición a agentes nosocomiales



PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE UNIDAD DE TERAPIA ENDOVENOSA (UTI) EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (HUN)

S. Salinas Urra¹; L. Cambra Vidart¹; M. Pulido Fornes¹; S. Bermejo Escribano¹; H. Mezkiritz Barberena¹; T. Ochoa García¹; E. Martínez Litago²; M. Ruiz Castellano²

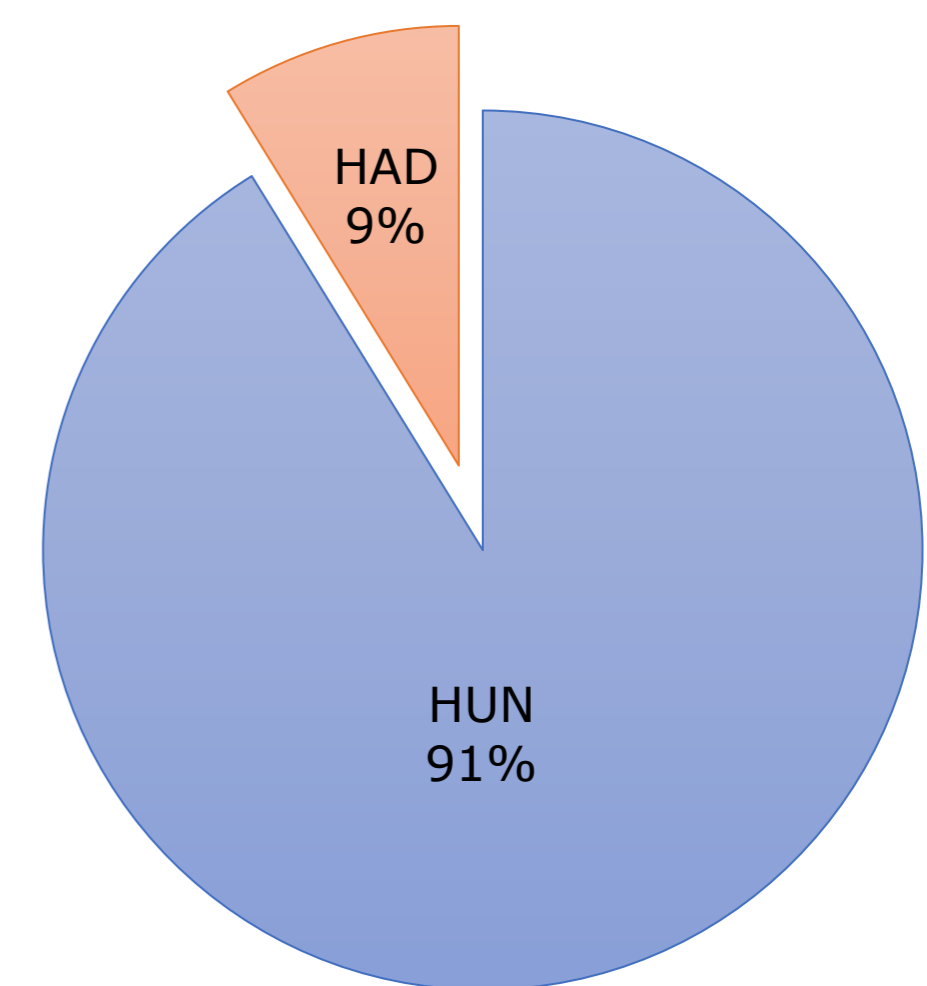
1. Graduada Enfermería HAD del HUN ; 2. F.E.A. HAD del HUN

INTRODUCCION:

El HUN, hospital terciario de la Comunidad foral (1160 camas hospitalarias y 112 de HAD), cuenta con una UTI intrahospitalaria. La HAD del HUN entre 2015-2017 pasó de 20 camas a 96, de 2 equipos a 8 ampliando su cartera de servicios.

Para responder a las necesidades de paciente dependientes de terapia endovenosa se formó al personal de HAD en la canalización ecoguiada para evitar la demora en los traslados al domicilio y equiparar la calidad de la atención y los cuidados de los pacientes ingresados en el hospital y en HAD. En 2017 comenzamos el proyecto de implantación de UTI propia y en presente trabajo evaluamos la evolución en sus primeros 5 años de existencia.

PORCENTAJE CAMAS HUN/HAD



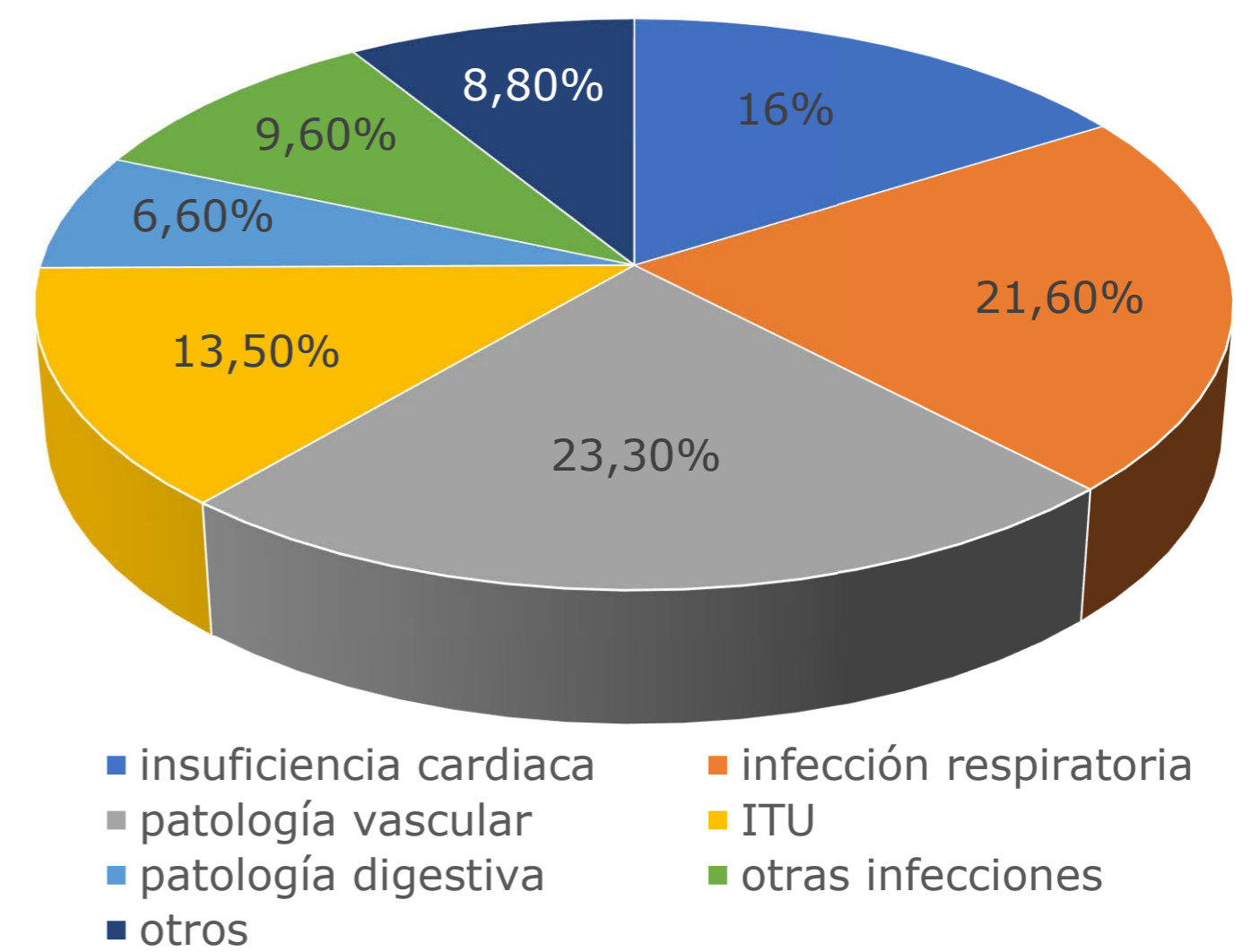
MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de los resultados obtenidos entre 1/05/2017 y 30/04/2022

RESULTADOS: Se han formado a 9 enfermeras con el curso "Acceso vascular guiado por ecografía para enfermería" basado en la guía BPSO implantada en el HUN. Se canalizaron 1359 vías ecoguiadas: 301 catéteres central de inserción periférica (PICC) y 1058 catéter de línea media (CLM).

Se ha dado respuesta a todas las solicitudes en las primeras 24h.

La solicitud por patologías es : 16% insuficiencia cardiaca, 21,6% infección respiratoria , 23,6% patología vascular , 13,5% ITU, 6,6% patología digestiva , 9,6% otras infecciones y 8,8% otros.

TOTAL CATÉTERES INSERTADOS: 1359



CONCLUSIÓN: En el ámbito extrahospitalario el uso de accesos venosos de corta duración están desaconsejados por las guías nacionales e internacionales , por requerir una especial vigilancia y tener un elevado riesgo de complicaciones. Un porcentaje de los pacientes que van a ingresar en HAD requieren de CLM o PICC. La implantación de una UTI en HAD ha permitido agilizar los traslados a los domicilios , con la seguridad de llevar la vía mas adecuada según las características del paciente-enfermedad-tratamiento y la mejora de la calidad asistencial a los pacientes.





CATÉTERES DE LÍNEA MEDIA: ¿PRESENTE O FUTURO DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO?

M. Fontané Miret¹, A. Riera Calafell¹, C. Segarra Torres¹, A. Guisado Alonso¹, M. Esnaola², T. Khullar Martínez¹, G. Pérez Giménez¹, E. Deig Comerma¹, A. Medino Muñoz¹, L. M. Sarmiento Méndez¹.

1. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Granollers, Barcelona.

2. Área de Investigación e Innovación. Hospital General de Granollers, Barcelona.

OBJETIVO

Análisis descriptivo de accesos venosos para ver la potencial aportación que supondría la instauración de líneas medias en una Unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD) de un hospital comarcal de la provincia de Barcelona.

MATERIAL Y MÉTODO

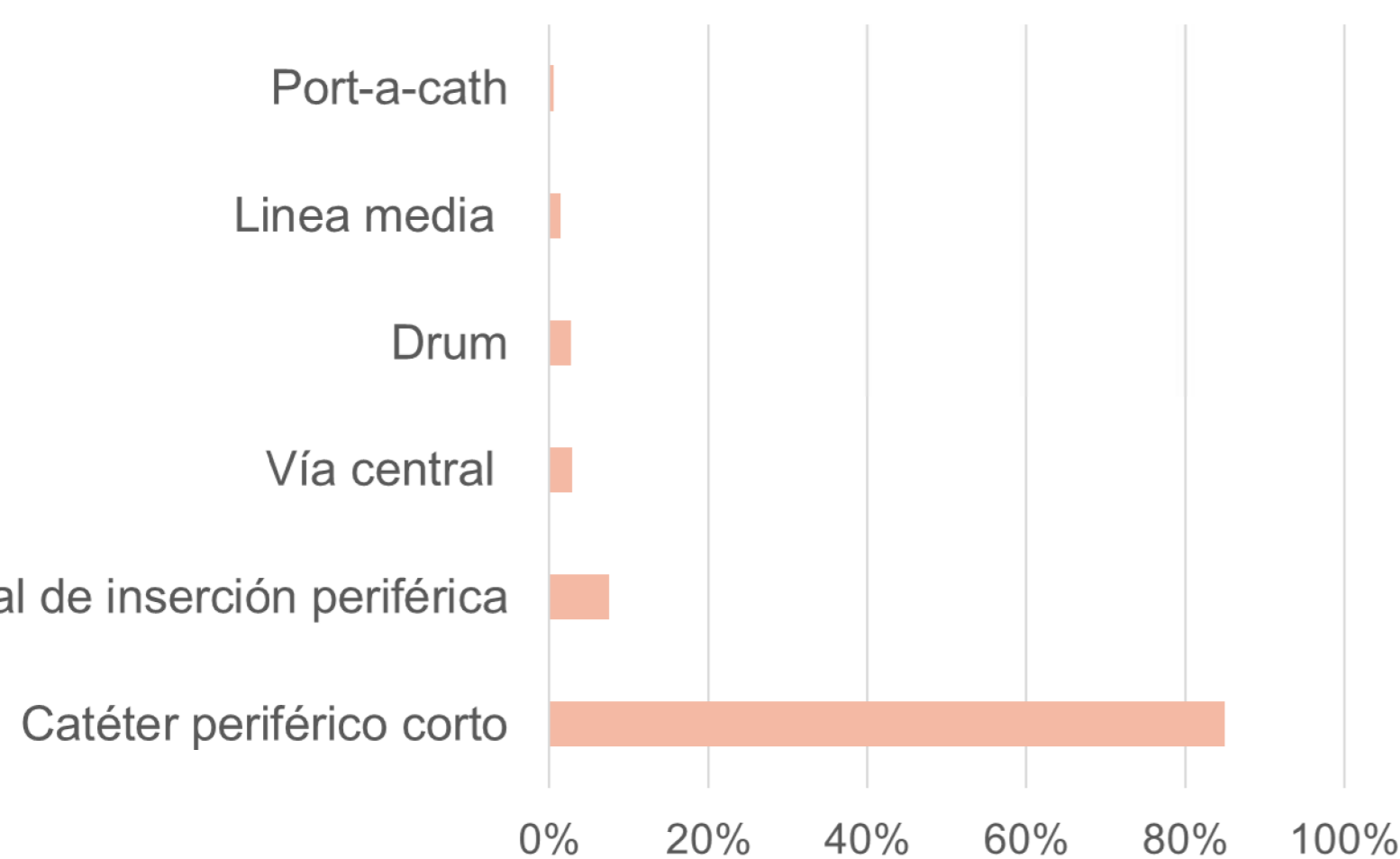
Se recogieron en REDCap los recambios de catéteres realizados durante el año 2021, el motivo del mismo y la estimación de carga asistencial derivada de dichos recambios.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico R.

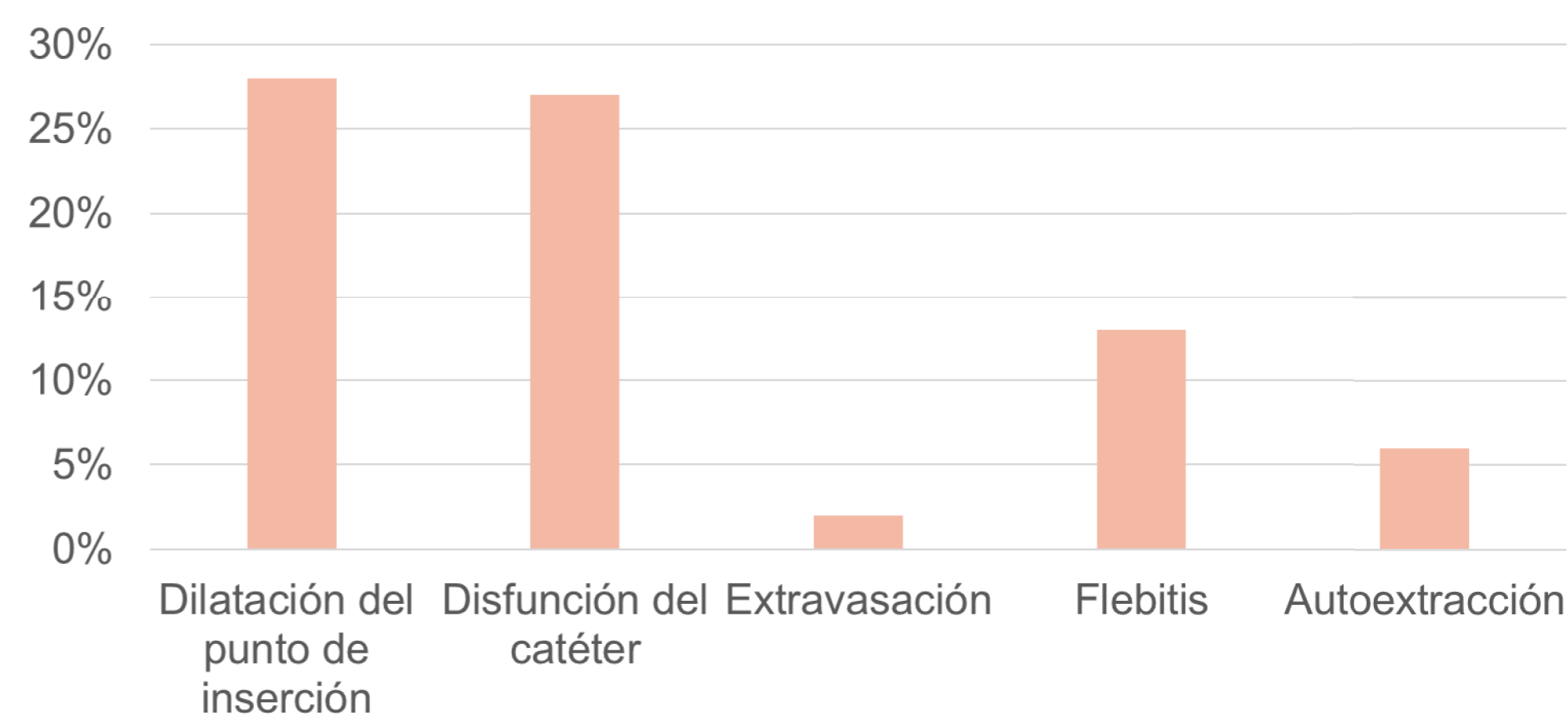
RESULTADOS

Durante el año 2021 ingresaron en nuestra Unidad 554 pacientes. 414 pacientes (74,7%) eran portadores de algún acceso venoso.

TIPOS DE VÍA



MOTIVO DE RECAMBIO



Se realizaron 200 recambios de vía endovenosa, que corresponden a 124 pacientes (30% de los pacientes con algún acceso venoso). Prácticamente la totalidad de los recambios se realizaron en pacientes portadores de catéter periférico corto (96%). La media de recambios fue 1,6 por paciente.

Estimamos que la mitad de los recambios se realizaron aprovechando la visita domiciliar rutinaria. A pesar de ello, tuvimos que realizar una actividad extra importante: 1363 kilómetros y 63 horas. No pudimos realizar el cálculo exacto del coste económico: costes del desplazamiento (gasolina y mantenimiento del vehículo), material para el recambio y la morbilidad añadida en los casos no poco frecuentes de flebitis.

CONCLUSIONES

Las líneas medias mejorarían la eficiencia y seguridad de nuestra Unidad de HaD, por lo que consideramos que debería ser una herramienta del presente.



Aplicabilidad de la escala de Resvech 2.0 en la resolución de una lesión por presión de larga evolución en un paciente crónico complejo

Sra. Eulalia Ribas Obón, Sra. Vanessa González Sequero, Sra. Natalia De Alfonso Santiago, Sra. Minerva San Nicolás Pareja, Sra. Ingrid Maye Pérez, Sra. Sonia Martín Milián, Sra. Teresa Valle Delmas, Sra. Eva Ángeles Sánchez Martos, Sra. Montse López Postigo, Sr Javier Pérez Acebo
Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario Parc Taulí

Objetivos

Implementar una metodología de trabajo sistemática en el seguimiento de heridas complejas mediante la aplicación de la escala de Resvech 2.0, a propósito de un caso

Material y métodos

Durante el periodo comprendido entre enero-febrero 2022 se analizaron los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Parc Taulí identificando una paciente que cumplía los criterios de herida compleja de larga evolución presentado una úlcera isquiática izquierda crónica grado III según Clasificación EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) de 5 años de evolución!

La segunda fase consistió en realizar una valoración situacional multidimensional utilizando escalas validadas: Barthel 30, Pfeiffer 0 errores, VIG frágil 0,48 (fragilidad intermedia), Braden 8 (riesgo alto)

Se estableció el plan de curas individualizado con seguimiento/ evaluación de la herida cada dos semanas según **escala Resvech 2.0** adaptando la cura al mismo con registro en la historia clínica digitalizada



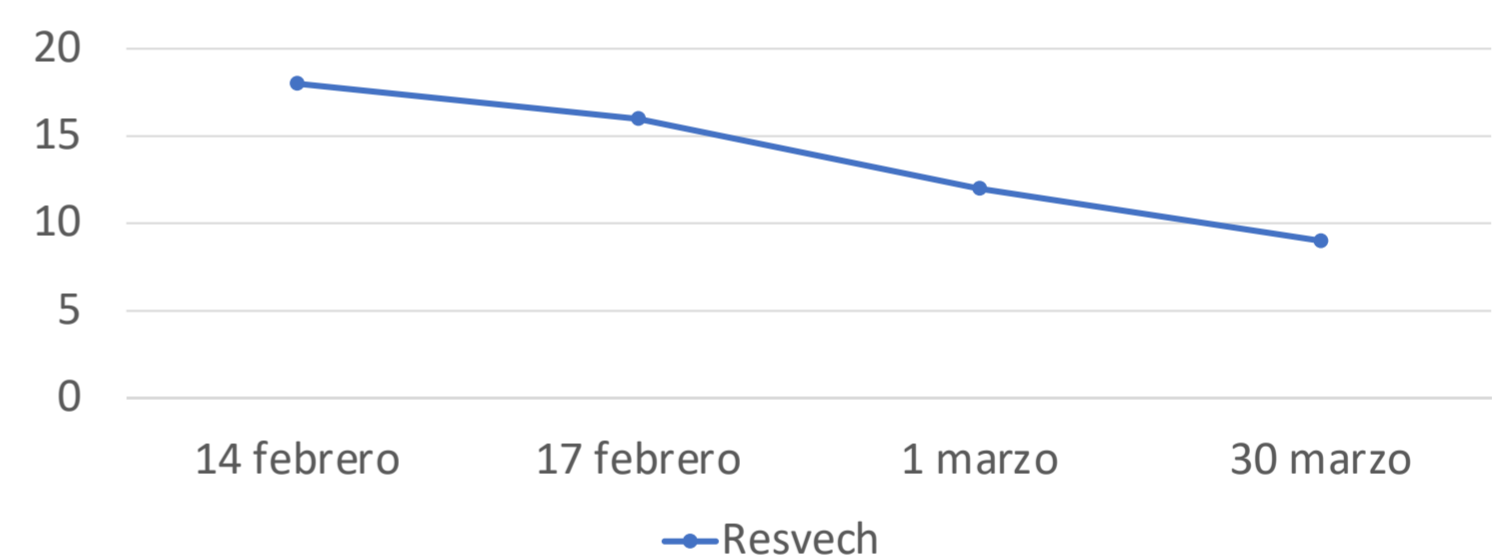
Posibilidad de monitorización de la evolución del proceso cicatricial

- Dimensiones
- Profundidad
- Bordes
- Tejido del lecho de la herida
- Exudado
- Infección/inflamación

Resultados

14 febrero

- Resvech 18
- Herida colonizada, no infectada
- Fomentos con polihexanida 0,1%
- Iniciamos TPN
- Barrera líquida polímeros piel perilesional
- Hidratación cutánea



17 febrero

- Resvech 16
- Retirada TPN por sangrado y fuga
- Cura con hidrofibra hidrocoloide plata
- Lesiones satélites por adhesivo clínico y zona glútea con curas de ácidos grasos hiperoxigenados
- Película barrera líquida perilesional



1 marzo

- Resvech 12
- Transfusión 2 concentrados hematíes
- Hidrofibra de hidrocoloide
- Apósito secundario con bordes de silicona
- Protección piel perilesional con película barrera de polímeros
- Hidratación piel con ácidos grasos hiperoxigenados con emulsión



30 marzo

- Resvech 9
- Educación familia curas con soporte Primaria
- Curas con ambiente húmedo con espuma hidrocelular con adhesivo de silicona
- Hidratación cutánea con ácidos grasos hiperoxigenados con emulsión



Conclusiones

- Las escalas estandarizadas como el Resvech facilitan la valoración de heridas complejas
- Es fundamental trabajar con escalas para unificar criterios en la valoración de la evolución de las heridas



Descripción del Desarrollo de Registro Clínico Electrónico en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile

Autores: Berrios L, Rojas-Goldsack MF, Leiva JP, Mena V, Méndez L, Bilbao J, Herrera J
Afilación: Hospital Padre Alberto Hurtado, San Ramón, Región Metropolitana, Chile.
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Introducción:

Como Unidad iniciamos actividades el año 2010, tras un terremoto que afectó a nuestro país.

En la actualidad, contamos con una capacidad para 250 visitas de pacientes diarias, y dentro de las dificultades que presentamos, fue la de no contar por 10 años, con un Registro Clínico Electrónico, para nuestra unidad.

Con la Pandemia del COVID-19, fue necesario desarrollar una ficha clínica que favoreciera la comunicación, los procesos y permitiera el registro en los domicilios de los pacientes, su visualización onTime dentro del hospital y extracción de Estadísticas

Material y Método:

Para el desarrollo de nuestro Módulo de Hospitalización Domiciliaria, nos reunimos con un equipo multidisciplinario de profesionales del hospital, semanalmente, para explicar los procesos, necesidades, dudas y solucionar problemas específicos, durante un periodo de 3 meses, que duró la implementación.

Nuestro Módulo, se construyó con:

- Asp Net Core
- Framework 4.6.1
- MSSQL 2017 Enterprise Edition
- Bootstrap 4

Objetivos:

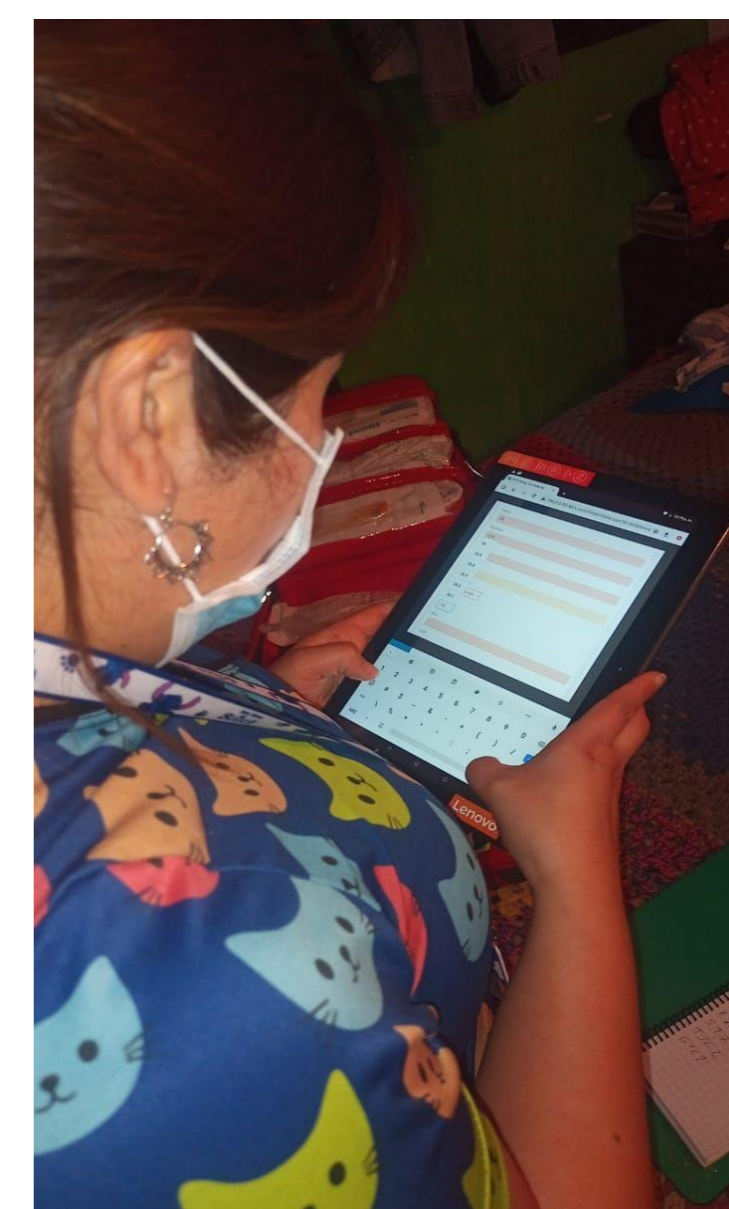
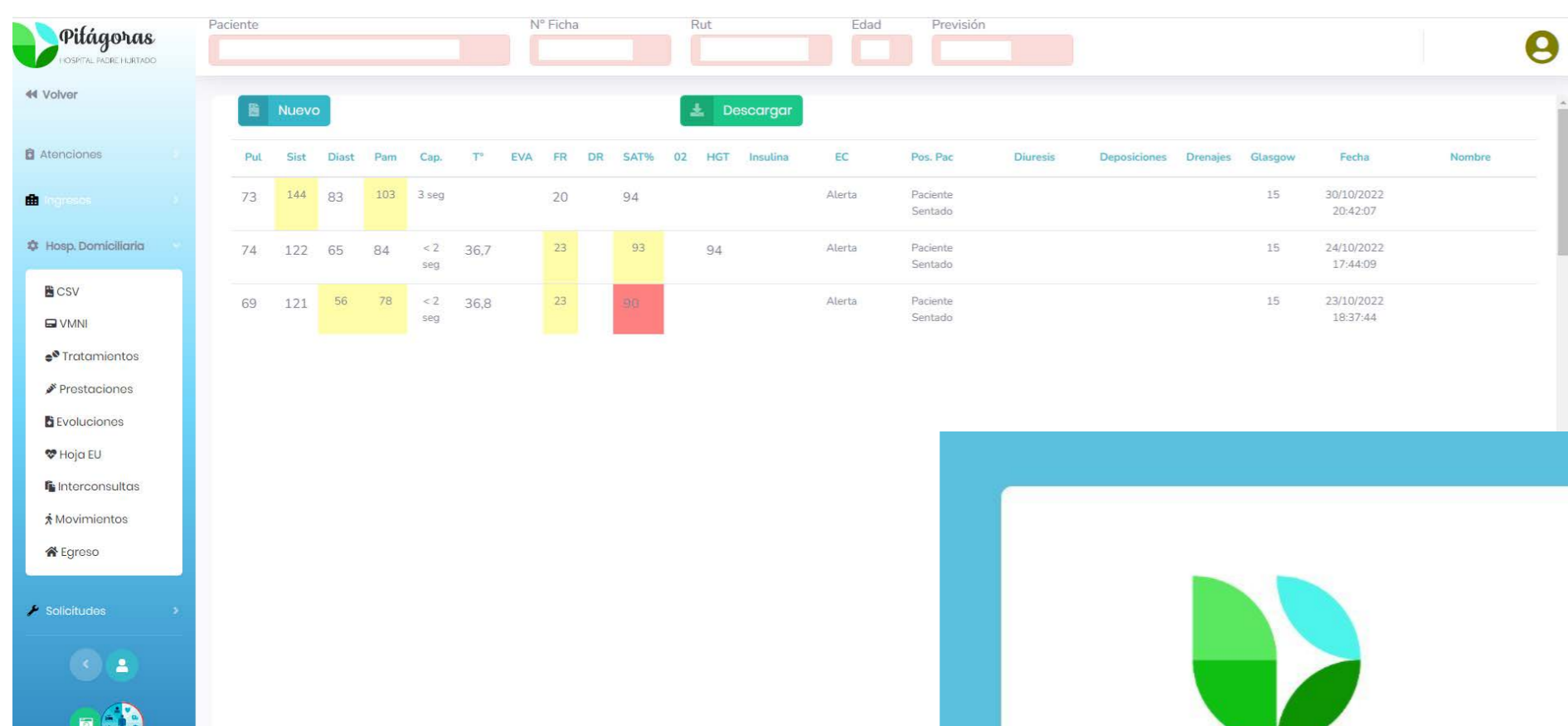
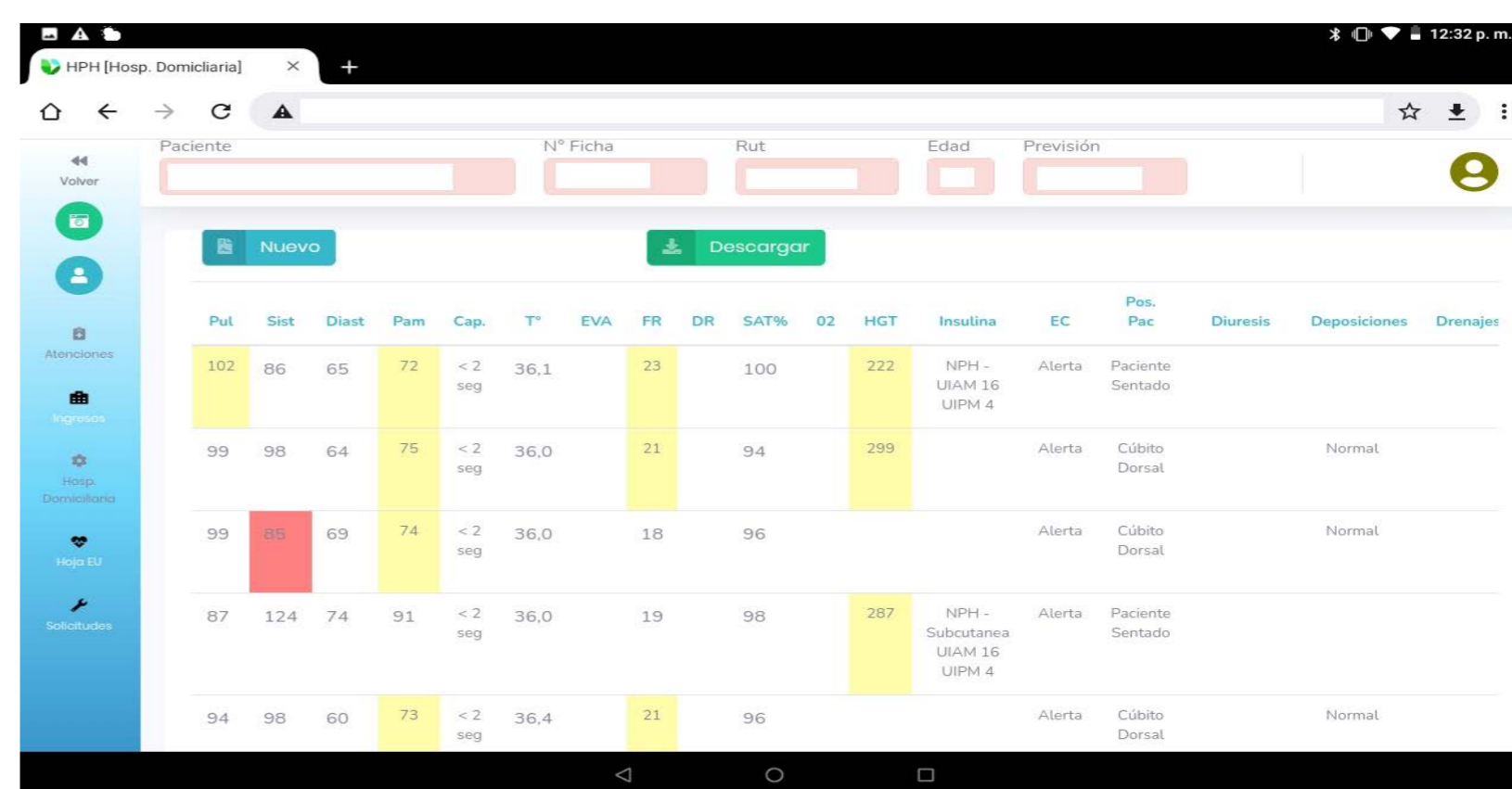
El objetivo de este trabajo es dar a conocer cuáles fueron los pasos y procesos necesarios para desarrollar nuestro Módulo de Ingreso de datos, y así incentivar y ayudar a otras UHD a desarrollar su propio RCE.

Resultados:

Hoy contamos con un Registro, que nos permite el ingreso de datos médicos, de enfermería, social y otros especialistas.

Nuestro módulo al ser Web, nos da la libertad de poder ingresar en otros dispositivos, que ayudan con el ingreso de los datos. Así con el uso de Tablet o Celulares, podemos registrar onTime en los domicilios de los pacientes. Mientras que el personal que está en las dependencias del hospital, puede visualizar y chequear todo lo que se registra al momento.

Uno de nuestros grandes logros, es compartir nuestro código fuente, base de datos, experiencia y conocimientos, al Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz I. La Florida. Donde replicarán nuestro sistema.





FACTORES DE RIESGO PARA REINGRESO EN EL HOSPITAL DESDE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Ruiz Muñoz M¹, Garmendia Fernández C¹, Moreno Núñez L¹, Collado Álvarez J¹, Villanueva Martínez J¹, Jimeno Griño C¹, Vegas Serrano A¹, González Anglada I¹

Unidad HAD – Servicio Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón Madrid, España

OBJETIVOS

Analizar las causas y factores de riesgo para reingreso hospitalario desde Hospitalización a domicilio (HAD).

MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes ingresados en HAD del HUFA en el período octubre/2021-marzo/2022. Análisis retrospectivo de frecuencias.

Para examinar asociaciones entre variables categóricas: prueba exacta de Fisher.

Para variables continuas: prueba U de Mann-Whitney.

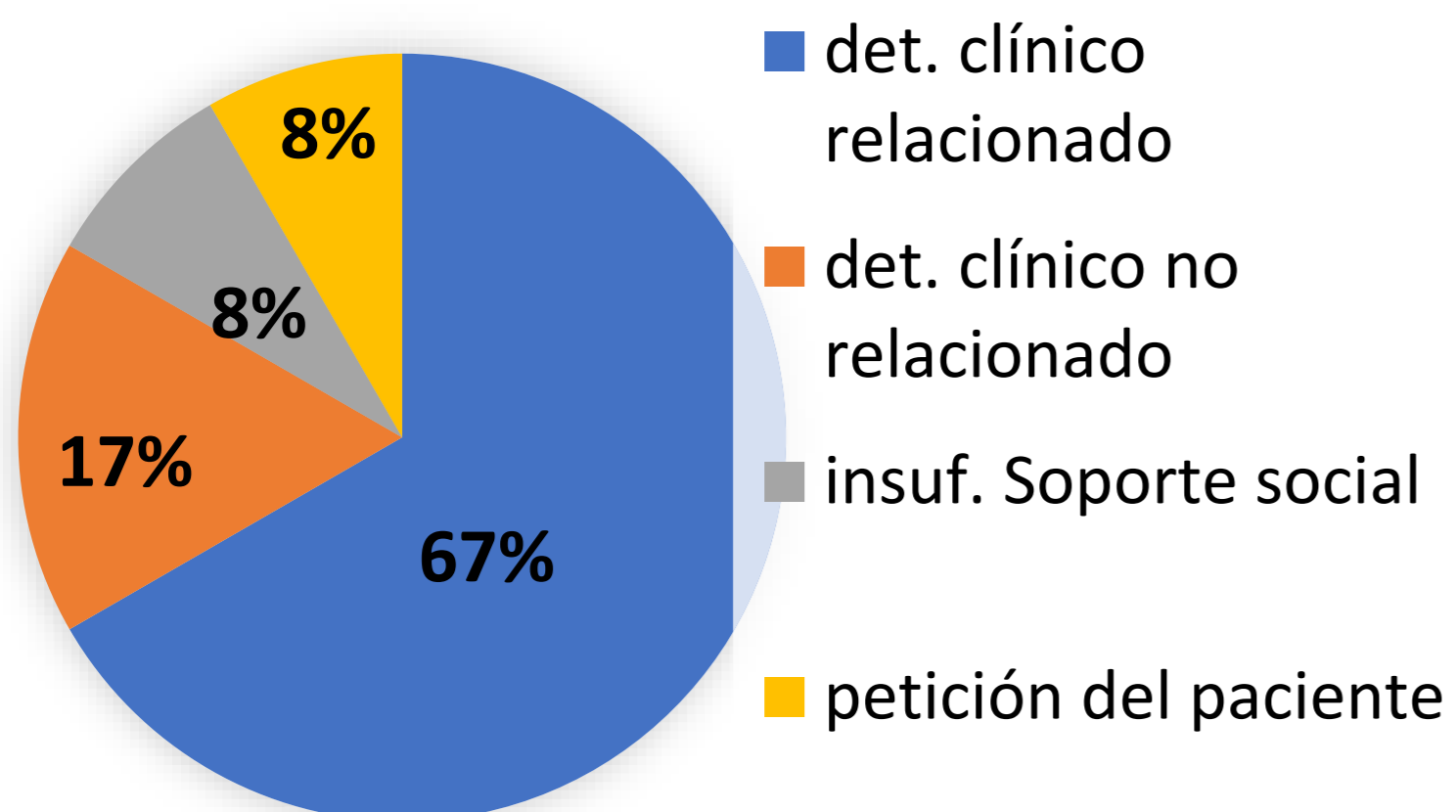
RESULTADOS

Muestra:

141 pacientes ingresados en HAD.

12 pacientes (8,5%) reingresan al hospital (se excluyen las visitas programadas para procedimiento).

Motivo reingreso:



Sin asociación			
	Reingreso si	Reingreso no	p
Edad media	85 años	69 años	0,186
Charlson (media)	9,2	6,9	0,061
Sexo (reingresan)	Mujeres 6 de 65 (9,2%)	Hombres 6 de 76 (7,9%)	0,505
ICC (Reingresan)	ICC si 2 de 27 (7,4%)	ICC no 10 de 114 (8,8%)	0,587
Neoplasia (Reingresan)	Neo si 3 de 33 (9,1%)	Neo no 9 de 108 (8,3%)	0,565
Uso TADE (reingresan)	TADE si 9 de 99 (9,1%)	TADE no 3 de 42 (7,1%)	0,496
HTA (reingresan)	HTA si 8 de 78 (10,3%)	HTA no 4 de 63 (6,3%)	0,548
DM (reingresan)	DM si 4 de 41 (9,8%)	DM no 8 de 100 (8%)	0,745

Asociaciones significativas

	Reingresadores	No reingresadores	p
Deterioro cognitivo (presentan)	4/14 (28%)	8/127 (6,31%)	0,019
Barthel (media)	35	74	0,0001

CONCLUSIONES

La causa más frecuente de reingreso fue la evolución desfavorable de la patología principal.

El precisar reingreso se asocia sobre todo a la situación funcional basal de los pacientes.

No encontramos asociación a otras comorbilidades (FRCV, tipo de patología, edad, sexo, Charlson).



MELIÁ ALICANTE
ALICANTE

10-11 de noviembre de 2022



Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio



Factores de riesgo de portadores de microorganismos multirresistentes en una serie de pacientes ingresados en HaD durante un año.

Manuela Anta Fernandez, Sonia Lopez Garrido, Roberto Zarrabeitia Puente, Ainhoa Alonso Martin, Alba Aguirre Gonzalez, Cristina Corrales Barrado, Maria Ezquerro Marigomez, Joaquina Lopez Casa

Objetivos

La creciente aparición de resistencia a antibióticos supone un reto de primera magnitud en todo el mundo, que incrementa los costes de la atención sanitaria, la tasa de fracaso de tratamiento y la mortalidad. Nuestro objetivo es conocer si los pacientes que ingresan en la unidad de HaD de nuestro hospital presentan los mismos factores de riesgo que los pacientes ingresados en unidades de alto riesgo.

Material y métodos

Se revisaron todos los pacientes con microorganismos multirresistentes ingresados en el servicio de HaD de nuestro hospital entre enero de 2021 y enero de 2022. Realizamos un estudio descriptivo de un total de 82 ingresos de pacientes portadores de microorganismos multirresistentes recogiendo los diferentes factores de riesgo de los mismos.

Resultados

Se recogieron los datos de 82 pacientes ingresados en HaD durante un año con una media de 71 años, siendo el mayor de ellos de 101 años y el menor de 17 años.

40 de esos pacientes eran varones y 42 mujeres.

El 56% por ciento de los pacientes había tenido un ingreso previo en los tres meses anteriores, el 31% presentaba diabetes, también 1 de cada 3 presentaba úlceras por presión o en MMII y la presencia de enfermedad neurológica subyacente estaba presente en el 21% de los mismos, siendo dependientes 21 pacientes de la serie que son un 25% del total. Un 37% de los pacientes presentaba ITUs de repetición siendo este el factor de riesgo más prevalente entre nuestros pacientes.

Presentando inmunodepresión en un 27% de nuestros pacientes, de manera menos significativa encontramos como factores de riesgo en nuestros pacientes enfermedad arterial periférica, bronquiectasias o cirugías previas.

Discusión

Los pacientes de nuestro estudio si bien presentan la mayor parte factores de riesgo descrito en las guías lo hacen en porcentajes diferentes a otros trabajos, siendo lo más relevante la hospitalización previa como principal factor de riesgo al igual que se describe en la literatura pero con otros factores de riesgo asociado en probable relación con que estos pacientes pertenecen a hospitalización domiciliaria por lo que deben de ser pacientes estables con patologías que permitan realizar tratamiento en el domicilio.

Conclusiones

Los pacientes ingresados en HaD portadores de gérmenes multirresistentes presentan factores de riesgo descritos en la literatura, pero en porcentajes diferentes debido a que estos deben de presentar patologías estables que permiten mantenerlos en el domicilio.



IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRANSFUSIÓN EXTRAHOSPITALARIA. COSAS QUE LA PANDEMIA TRAJÓ PARA QUEDARSE.

Teresa Soriano¹, Verónica Pons², Ana Vázquez¹, Andrés Parra¹, Sheila Romero¹, Cristina Arnal¹, David Ble¹, Rafael Alías¹, Dolores Rubio¹, Xavier Jiménez¹.

¹Servicio de Hospitalización a Domicilio. ²Area de Transfusión del Banc de Sang i Teixits. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La transfusión extrahospitalaria (TE) es una estrategia cada vez más utilizada, pero aún minoritaria por el riesgo de aparición de reacciones adversas. Con la pandemia por SARS-Cov2, se transformó la logística de los centros hospitalarios creándose necesidades emergentes como realizar procedimientos extrahospitalarios a pacientes crónicos y/o frágiles. En Marzo 2020 se elaboró un protocolo multidisciplinar para implementar la TE incluyéndose en el proyecto piloto los pacientes valorados desde Marzo de 2020 a Mayo 2021.

OBJETIVO Y MÉTODOS

Tras los resultados obtenidos en el proyecto piloto en el que se analizaron los primeros pacientes valorados, se analizan los pacientes del periodo de Junio 2021 hasta octubre 2022. Se consideraron elegibles los pacientes estables, acompañados por familiares o cuidadores, con vivienda a menos de 30 minutos del hospital y sin antecedentes de reacciones adversas a la transfusión o aloanticuerpos eritrocitarios. El médico prescriptor contactaba con la HAD y el Área de Transfusión realizaba una valoración previa y el seguimiento de la hemovigilancia. El personal de enfermería de la HAD permanecía en el domicilio los treinta primeros minutos de la transfusión. Se estudiaron variables demográficas, antecedentes clínicos y transfusionales, motivo de la solicitud y efectos adversos.

RESULTADOS

- Se incluyeron 127 solicitudes de transfusión de concentrados hematíes (CH) en domicilio de 65 pacientes. De ellos 46 pacientes se transfundieron en domicilio, 10 en Hospital de Día de Hematología, 1 en Urgencias y 8 no cumplían criterios de transfusión.
- La edad media de los pacientes fue de 84.5 años (rango: 51-97), siendo el 67.3% (n=31) mujeres. Los enfermos presentaban múltiples comorbilidades (34.7% con neoplasia) y un alto grado de dependencia en el 69,5% de los casos. El resto de características se muestran en la tabla 1 y figura 1
- La hemoglobina media pre-transfusional fue de 7,2 g/dl (rango: 4,1-8.6), el resto de características se muestran en la tabla 2 y figura 2
- Se transfundieron 2 CH en el 88,4% de los actos transfusionales y en 3 pacientes se transfundieron también plaquetas. Se utilizó tratamiento diurético asociado en el en todos los actos transfusionales.
- Desde el punto de vista de la hemovigilancia no hubo ningún incidente o reacción adversa durante el seguimiento

Tabla 1: Características poblacionales	Valor
Edad (años)—media (rango)	84.5 (51-97)
Sexo—n (%)	
Mujeres	31 (67.3)
Hombres	15(33.7)
Factores de riesgo para TACO*—n (%) (> 70 años, IC, IR)	
1 factor	15 (32.6)
2 factores	17 (36.9)
3 factores	13 (28.2)

*TACO "Transfusion acute circulatory overload"



Tabla 2: Características de la TE	Valor
Solicitudes de TE---n (%)	
Transfundidas en domicilio	108 (85)
Transfundidas en hospital (exclusión)*	11 (8.6)
No transfundidas**	8 (6.2)
* Por muy alto riesgo de TACO y/o antecedentes de aloanticuerpos eritrocitario	
** Por Hb pre-transfusional > 10 mg/dl	
Servicio peticionario--n (%)	
Oncohematología y PADES	12 (26)
HAD	9 (19.5)
Centro atención Primaria	18 (39.1)
Otros centros	7 (15.2)
Antecedentes transfusionales —n (%)	
Reacciones adversas previas	2 (4.3)
Aloanticuerpos eritrocitarios (anti-D y anti-JKa)	2 (4.3)
Hb basal g/dl—promedio (rangos)	7,3 (4,1-9,1)
Administración diuréticos —n (%)	108 (100)

Figura 1: Antecedentes patológicos

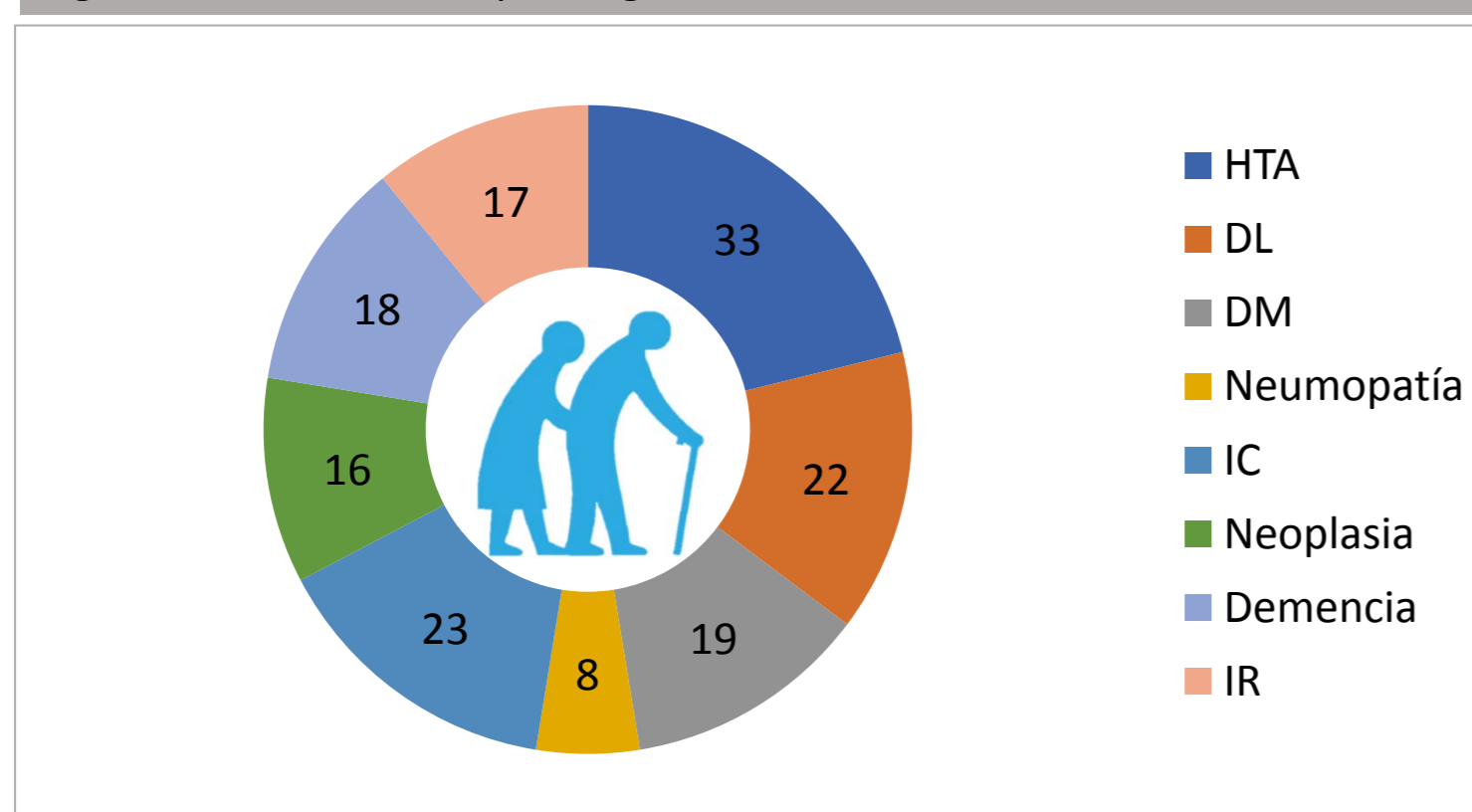
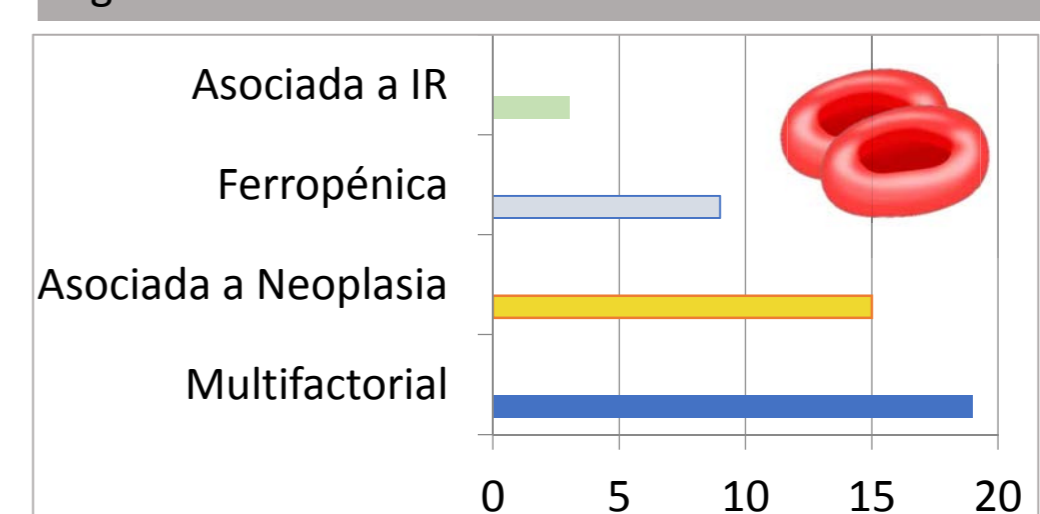


Figura 2: causa de la anemia



CONCLUSIONES

- ✓ La implementación de un protocolo de TE durante el confinamiento de la pandemia permitió transfundir en domicilio inicialmente a pacientes COVID-19 seleccionados pero también a pacientes frágiles con dificultad de desplazamiento individualizando riesgo-beneficio en cada uno de los casos.
- ✓ En nuestra cohorte la mayoría de los enfermos fueron pluripatológicos con alto riesgo de TACO y de dependencia.
- ✓ La TE es una estrategia segura que se ha instaurado con éxito en nuestro centro y que podría consolidarse en otros ámbitos clínicos con la ayuda de los equipos multidisciplinarios de la HAD.



EVITACIÓN DE INGRESO; OBJETIVO HAD

Anna Arjol Boga; Amalia Arguedas; Elena de Felipe; Helena Manjón; Jordi Joseph; Cristina Ampurnales; Gloria Bonet Papell.
Unitat d'Hospitalització a Domicili de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Gerència Territorial Metropolitana Nord ICS

INTRODUCCIÓN

- ▶ Hemos observado un cambio hacia la mayor complejidad en el paciente ingresado en la HAD.
- ▶ El objetivo fijado se concreta en ahorro máximo de estancias hospitalarias. La mayor evitación de ingreso.
- ▶ Este objetivo debe ajustarse a la SEGURIDAD del paciente.
- ▶ Debemos confirmar esos puntos.
- ▶ Entendemos la evitación de ingreso como el NO ingreso en hospitalización convencional del paciente.
- ▶ Los objetivos indicados desde el ICS y probablemente del resto de departamentos de salud pública de las comunidades españolas determinan que el porcentaje de altas en esquema de evitación de ingreso supere el 4,5-7% de las altas del centro hospitalario en el que se ubican.

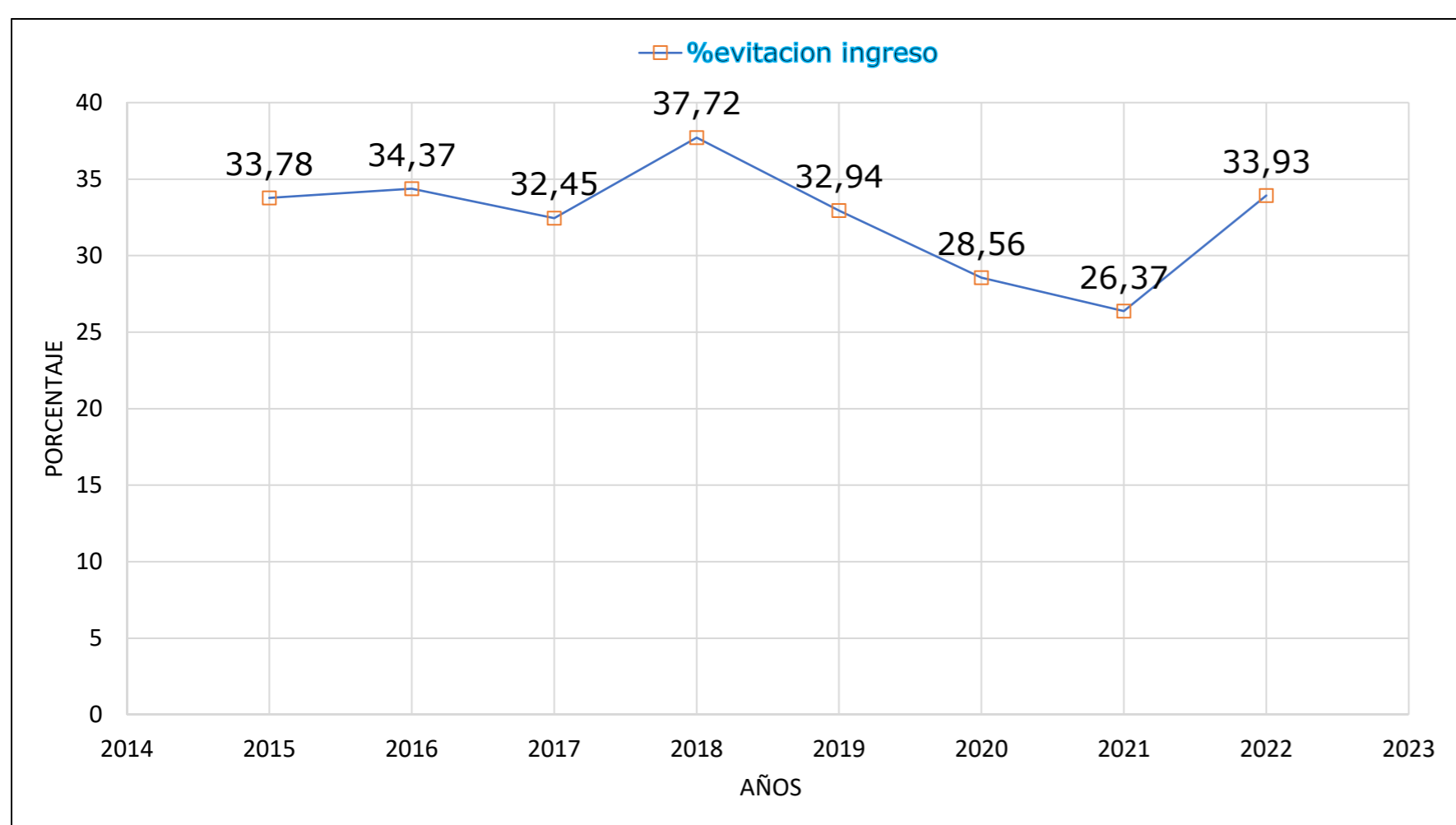
OBJETIVOS

- ▶ Analizar la procedencia de los pacientes ingresados en la HAD des del 2015 hasta la actualidad.
- ▶ Especificar el porcentaje de pacientes en esquema de evitación de ingreso.

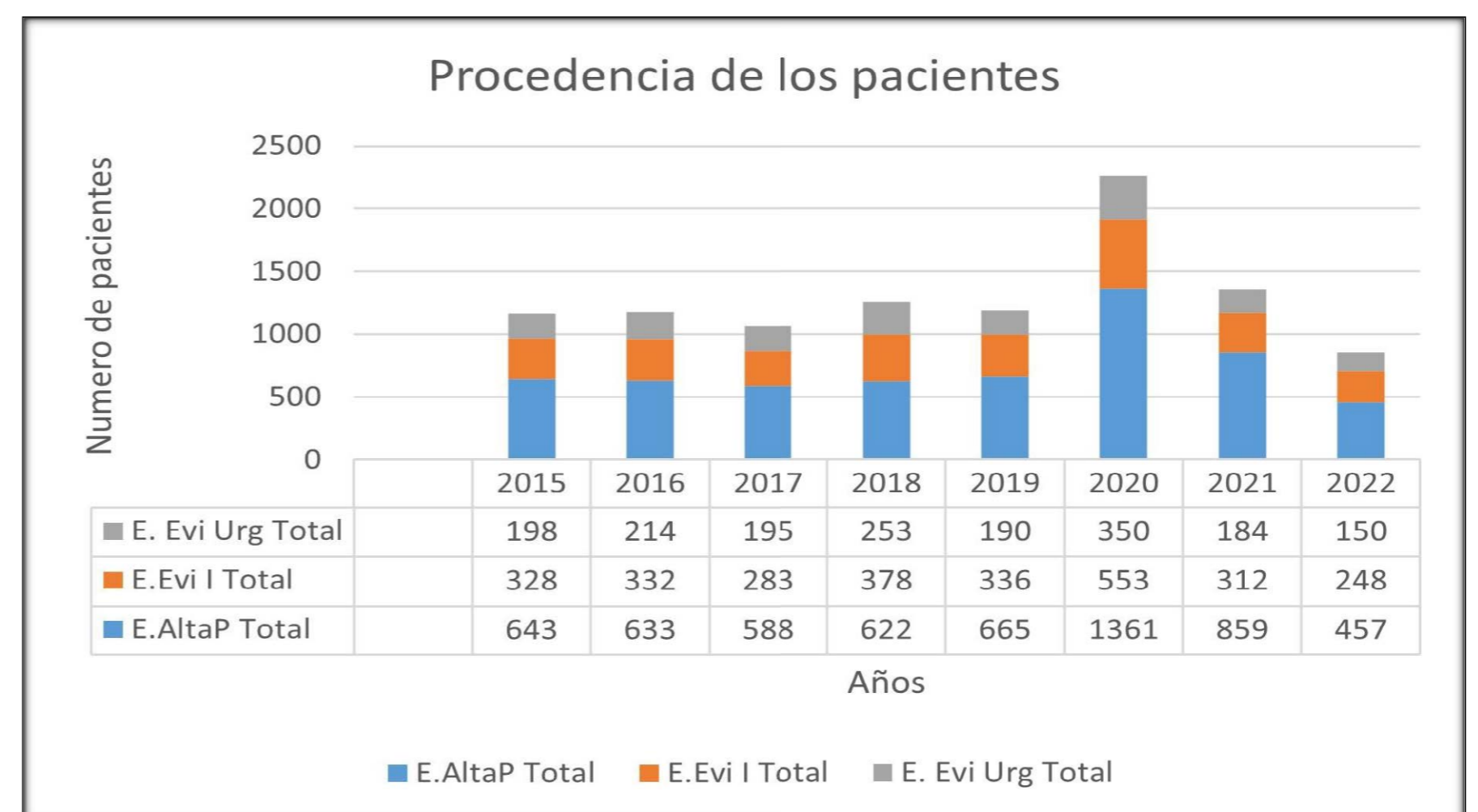
MATERIAL Y MÉTODOS

- ▶ Análisis descriptivo de los datos recogidos des del 2015 hasta la actualidad en un Excel que muestra 14 indicadores de los que hemos seleccionado:
- ▶ La procedencia , el esquema de ingreso, número de altas total.

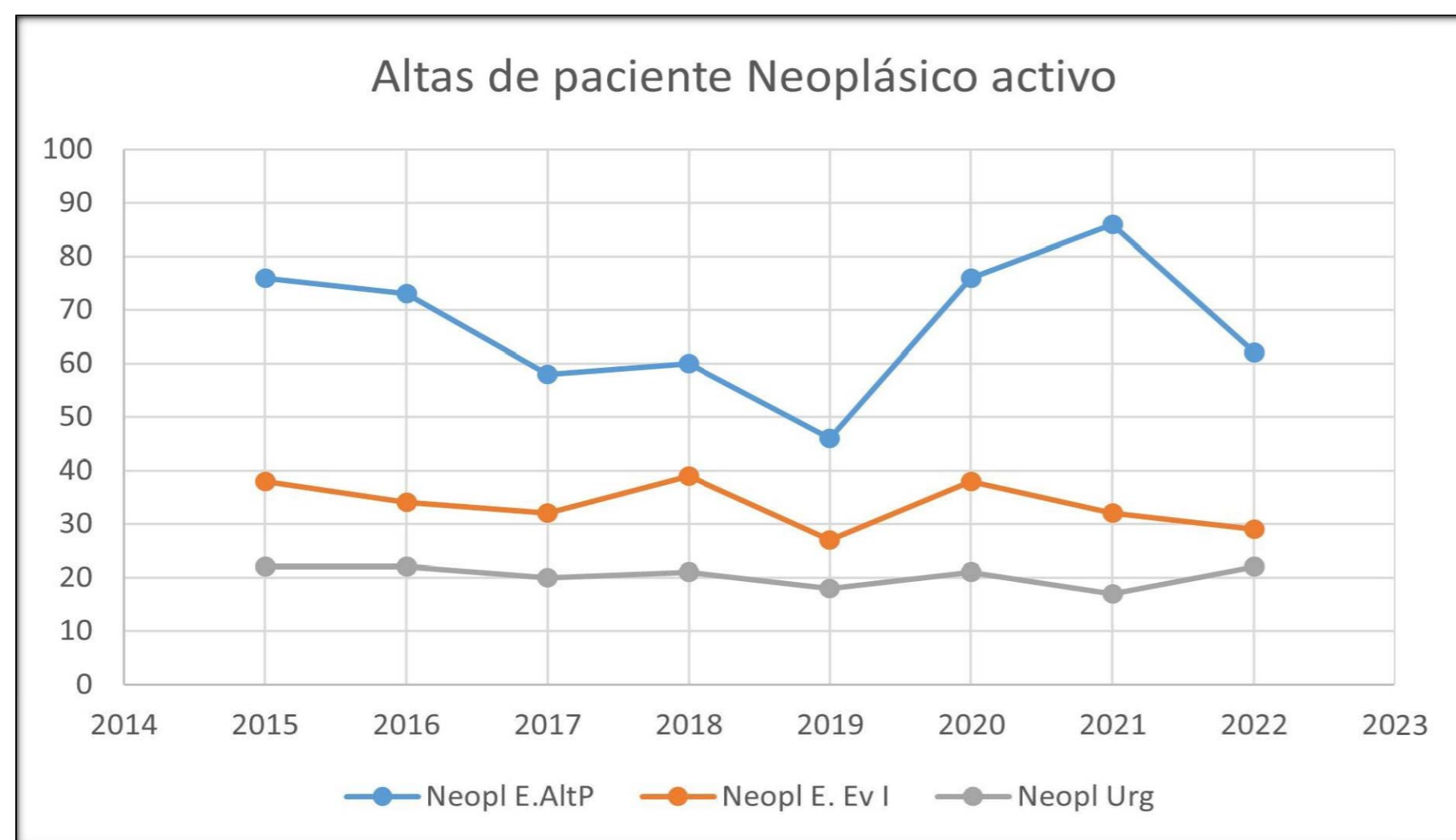
% DE EVITACIÓN DE INGRESO



PROCEDENCIA DE PACIENTES



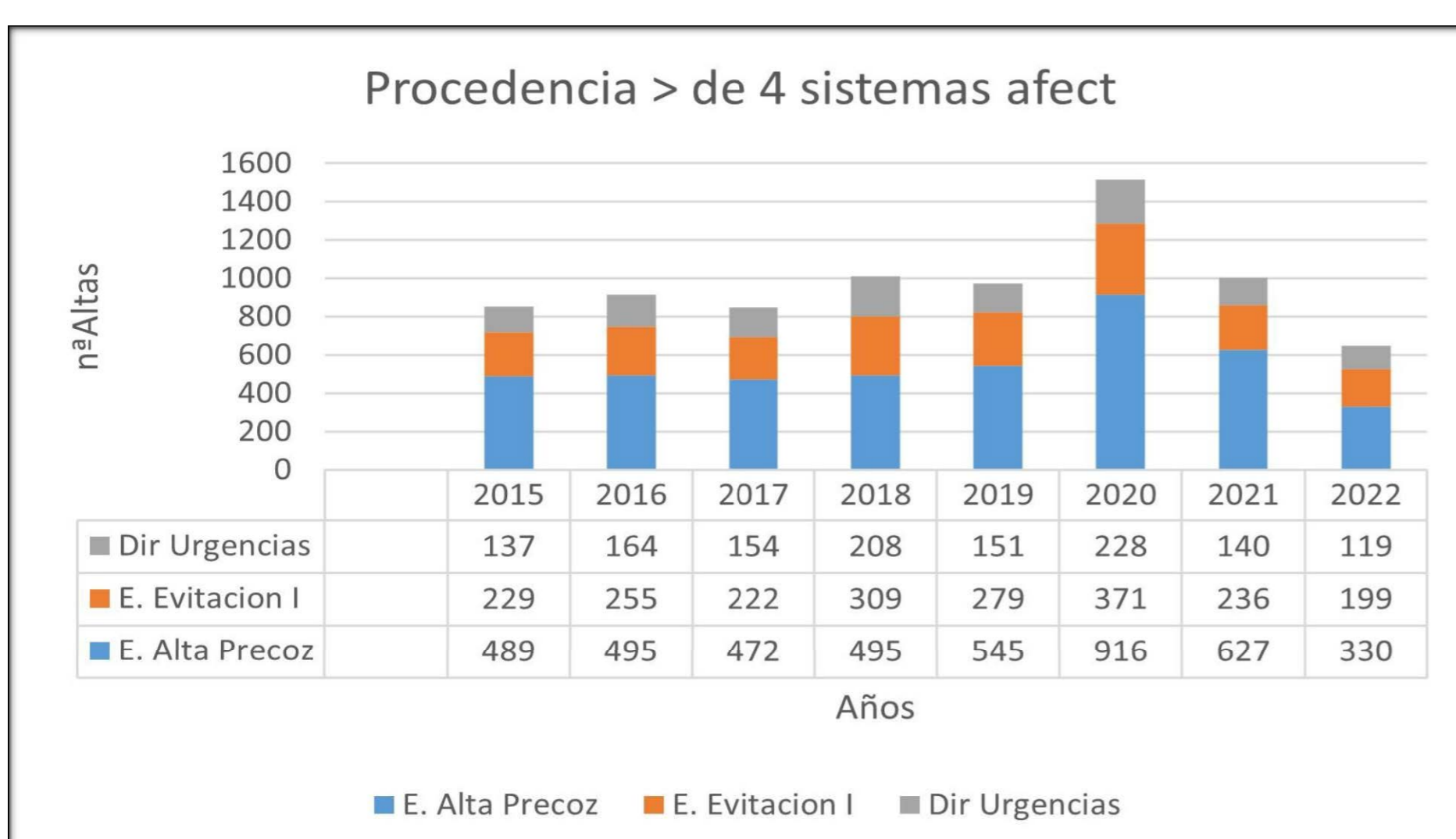
PACIENTE NEOPLÁSICO



RESULTADOS

año	Altas totales HAD	Esquema evit ingreso (total y %)	Ingresos de urgencias (total y %)
2015	971	328-33,18%	198-20,39%
2016	966	332-34,37%	214-21,15%
2017	872	283-32,45%	195-22,36%
2018	1002	378-37,72%	208-25,25%
2019	1020	336-32,94%	190-18,63%
2020	1936	553-28,56%	228-18,08%
2021	1183	312-26,37%	184-15,59%
2022	731 (hasta agosto)	248-33,93%	119-20,59%

PACIENTES CON MÁS DE 4 SISTEMAS AFECTADOS. PROCEDENCIA



CONCLUSIONES

- ▶ En el período valorado no se observan diferencias significativas en el porcentaje de pacientes que ingresan en Esquema de Evitación de ingreso a lo largo de los años.
- ▶ Se puede confirmar que en este período (12 años) revisado oscila alrededor del 30% del total de las Altas de HAD.
- ▶ Respecto al ingreso des de Urgencias oscila en el 19% del total de Altas. Probablemente relacionado con la complejidad del paciente de las IC recibidas.
- ▶ Se debe revisar este punto para poder mejorar el porcentaje de pacientes en esquema de Evitación de ingreso.



EVOLUCIÓN EN LA COMPLEJIDAD. GMA DEL INGRESO EN UNA UNIDAD DE HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Anna Arjol Boga, Amalia Arguedas, Elena de Felipe, Helena Manjón, Jordi Joseph, Tatiana Vertiz, Cristina Ampurnales, Gloria Bonet Papell.
Gerència Territorial Metropolitana Nord, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

JUSTIFICACIÓN

Las Unidades de Hospitalización a domicilio (HAD) realizan una labor eficiente y segura. Reducen la estancia media del ingreso hospitalario convencional. Valorar la tendencia y analizar que está sucediendo.

Revisamos los datos asociados a GMA (Grupos de Morbilidad Ajustados) aplicados a nuestra unidad, des del 2015 a la actualidad. Los resultados no sorprenden pero si alertan en cuanto a la necesidad de dedicar los esfuerzos personales y económicos adecuados.

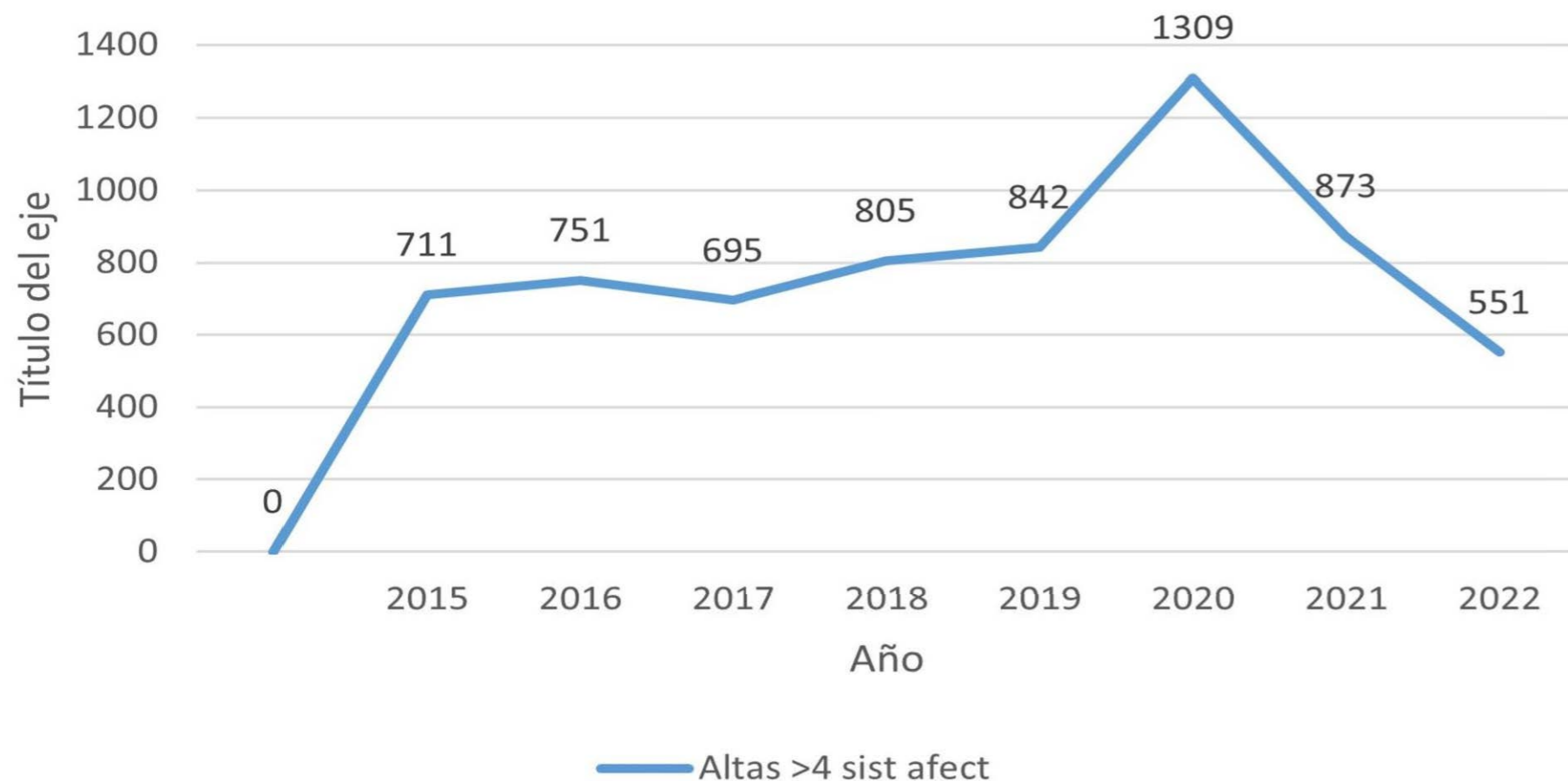
MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión des del 2015-2022 de 14 indicadores descriptivos recogidos en un Excel donde se analizan el nº de Altas, Estancia media, Procedencia del paciente, Esquema de ingreso, Paciente neoplásico, procedencia y Esquema de ingreso, paciente con + de 4 sistemas afectados, porcentaje en el total de altas.

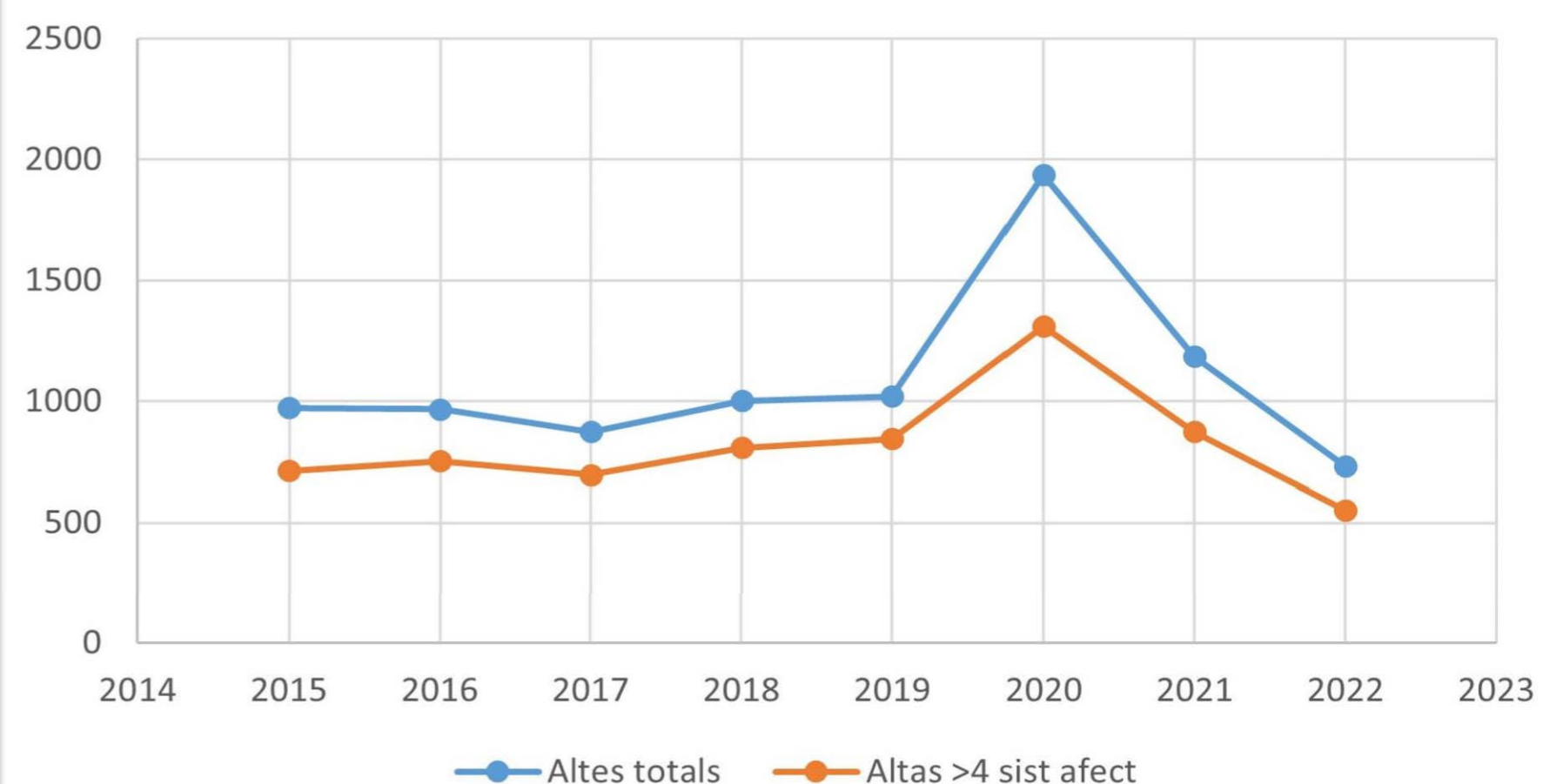
OBJETIVOS

- ▶ Ver la evolución de la complejidad en el tiempo.
- ▶ Valorar la posible influencia en días de estancia.
- ▶ Valorar la influencia en el esquema de alta precoz/ evitación de ingreso.

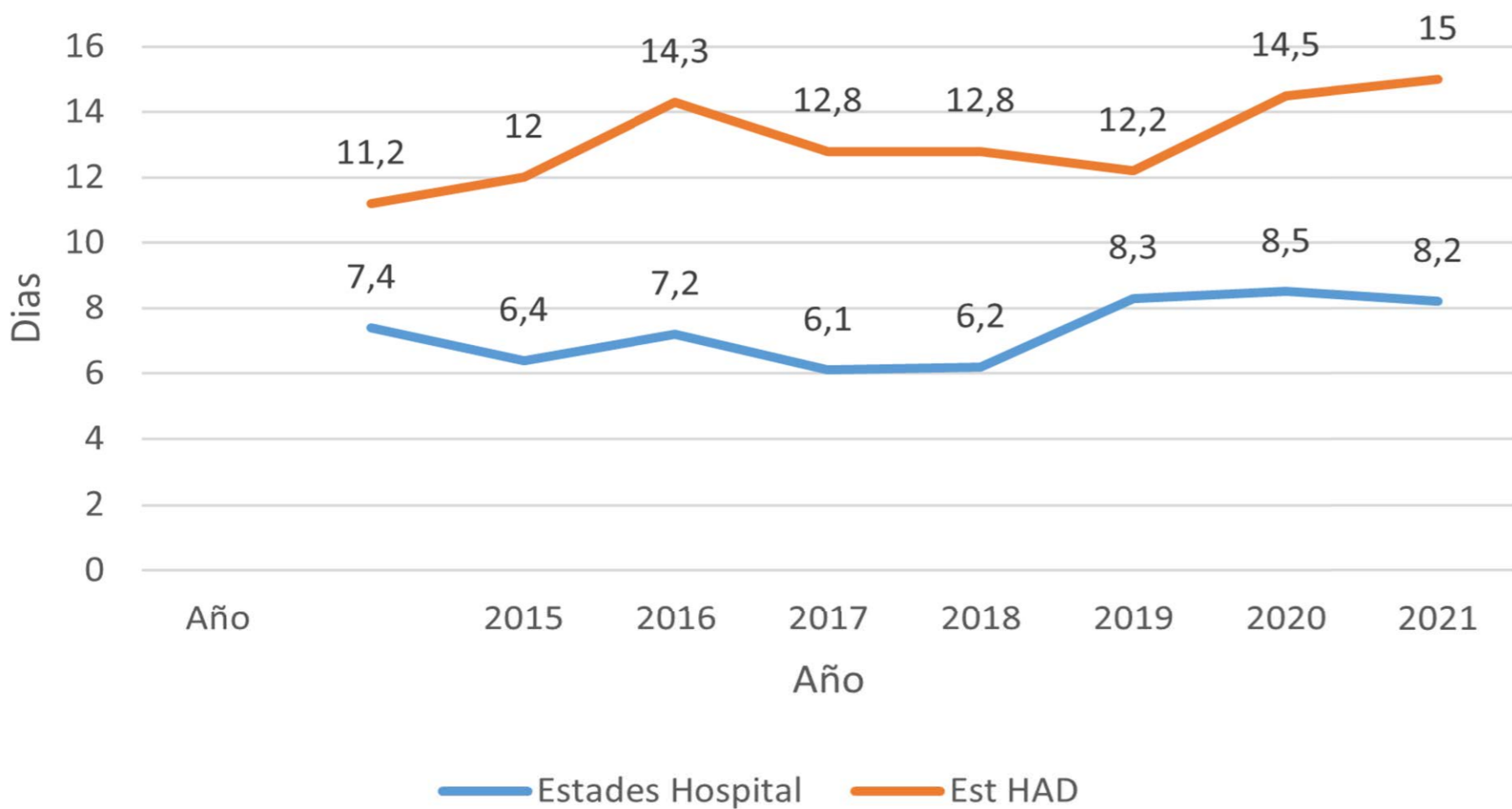
Altas >4 sist afect



A. Totales / > 4 efes afect



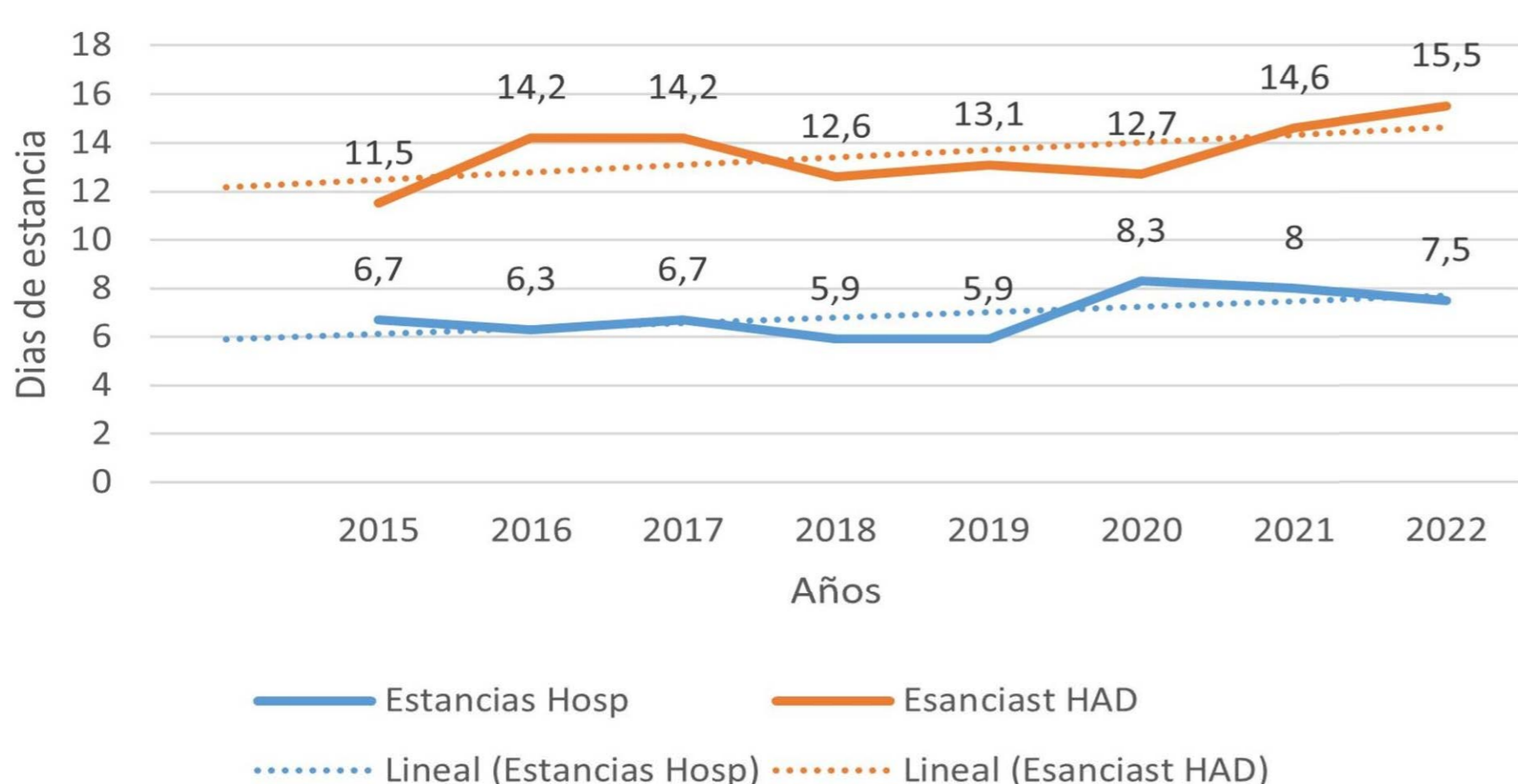
Estancias Hosp/ HAD



RESULTADOS

- ▶ El **2015** total de **971 altas**, 711 pacientes con más de 4 sistemas afectados.
- ▶ La estancia media en el hospital fue de 6,7 días y en la HAD de 11,5 días. Los pacientes con neoplasia activa tuvieron una estancia media en el hospital de 8,8 días y en la HAD de 11,4 días.
- ▶ El **2019, 1020 altas**; estancia media en hospital 6,2 días y en HAD 12,8 días.
- ▶ Esquema de alta precoz 665 pacientes y Esquema de evitación de ingreso 336, de **urgencias** 190.
- ▶ Pacientes con **más de 4 sistemas afectados** en Esquema de alta precoz 545, en Esquema de evitación de ingreso 279 y de **urgencias** 151. Días de estancia en el hospital 5,9 y en HAD 13,1 días.

estancias >4 sistema afectados



CONCLUSIONES

- ▶ La progresión anual muestra una tendencia al incremento total de altas sin significación estadística. El 2020 se aprecia un incremento de altas sin cambios en las estancias (relacionado con la Pandemia).
- ▶ Destaca la tendencia al incremento de los pacientes procedentes de grupo de más de 4 sistemas afectados, los más complejos, junto con los pacientes con neoplasia activa.
- ▶ Las estancias medias se han incrementando en la UHAD junto a la complejidad de los pacientes, con reducción paralela de la estancia media de hospitalización convencional.
- ▶ Con todo las altas de HAD no superan el 4,3% del total de altas del Hospital.



POBLACIÓN ATENDIDA EN UHAD

Anna Arjol Boga; Amalia Arguedas; Elena de Felipe; Helena Manjón; Jordi Joseph; Cristina Ampurnales; Tatiana Vertiz; Gloria Bonet Papell.
 Unitat d'Hospitalització a Domicili de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Gerència Territorial Metropolitana Nord ICS.

INTRODUCCIÓN

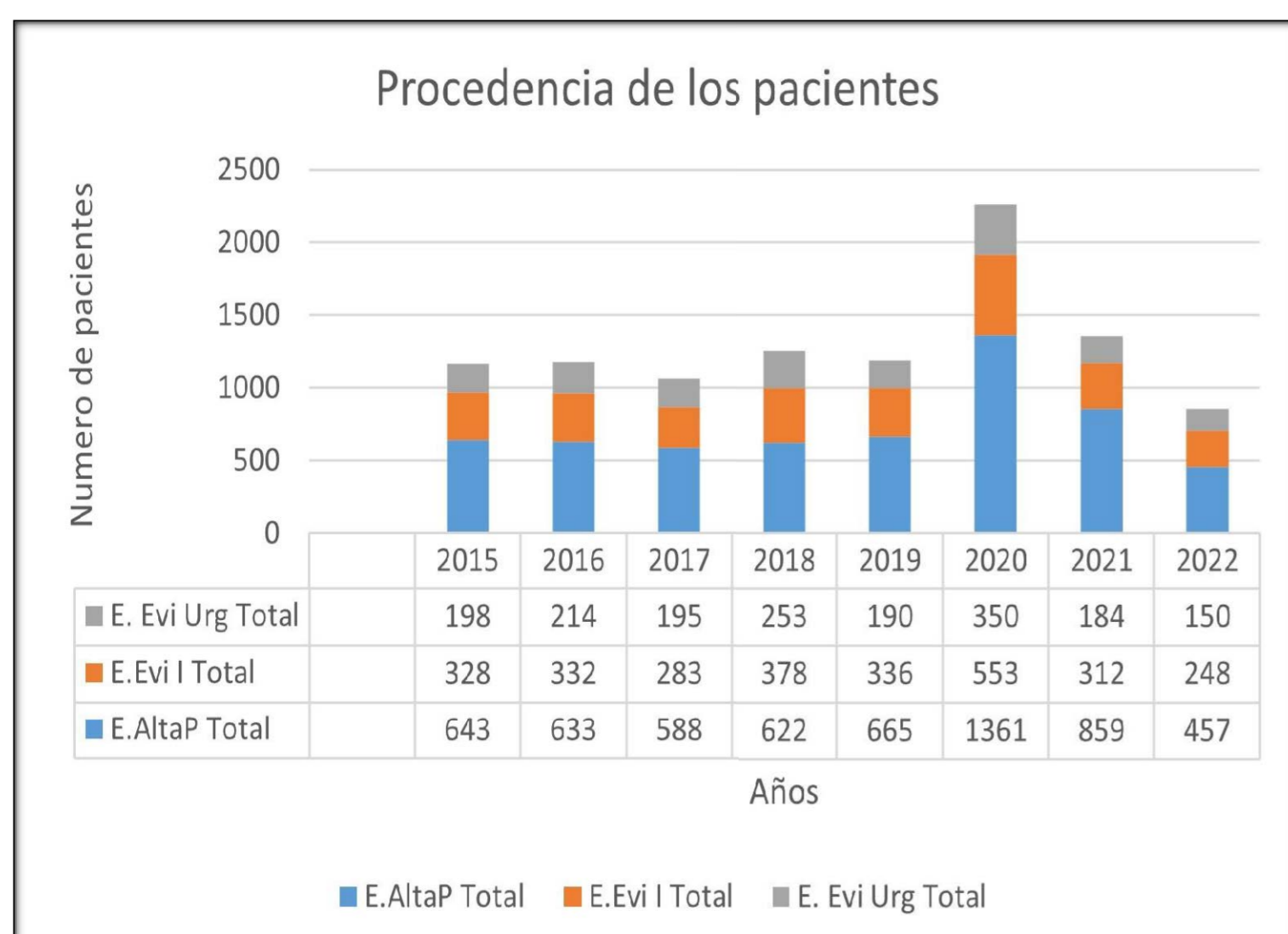
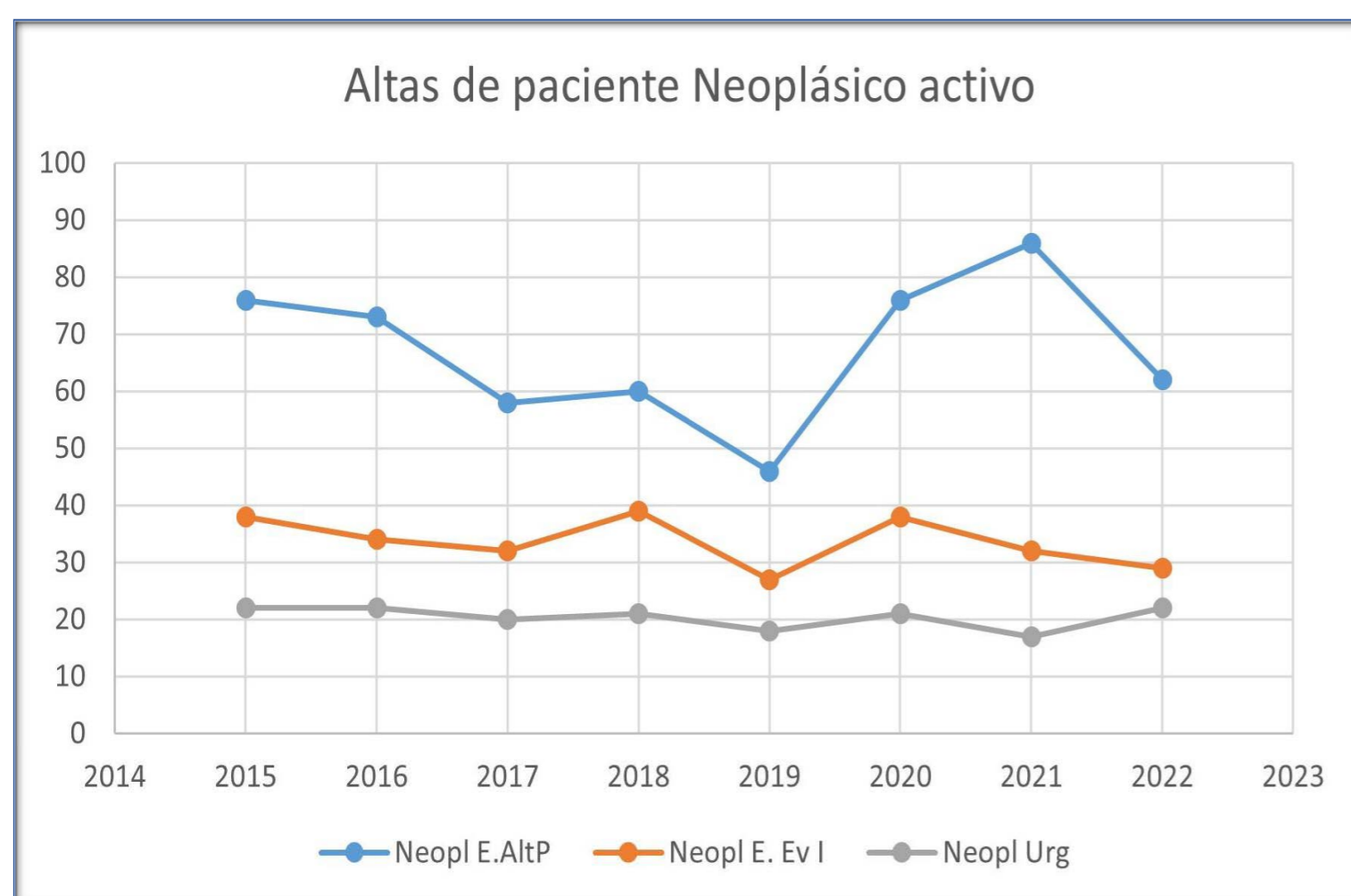
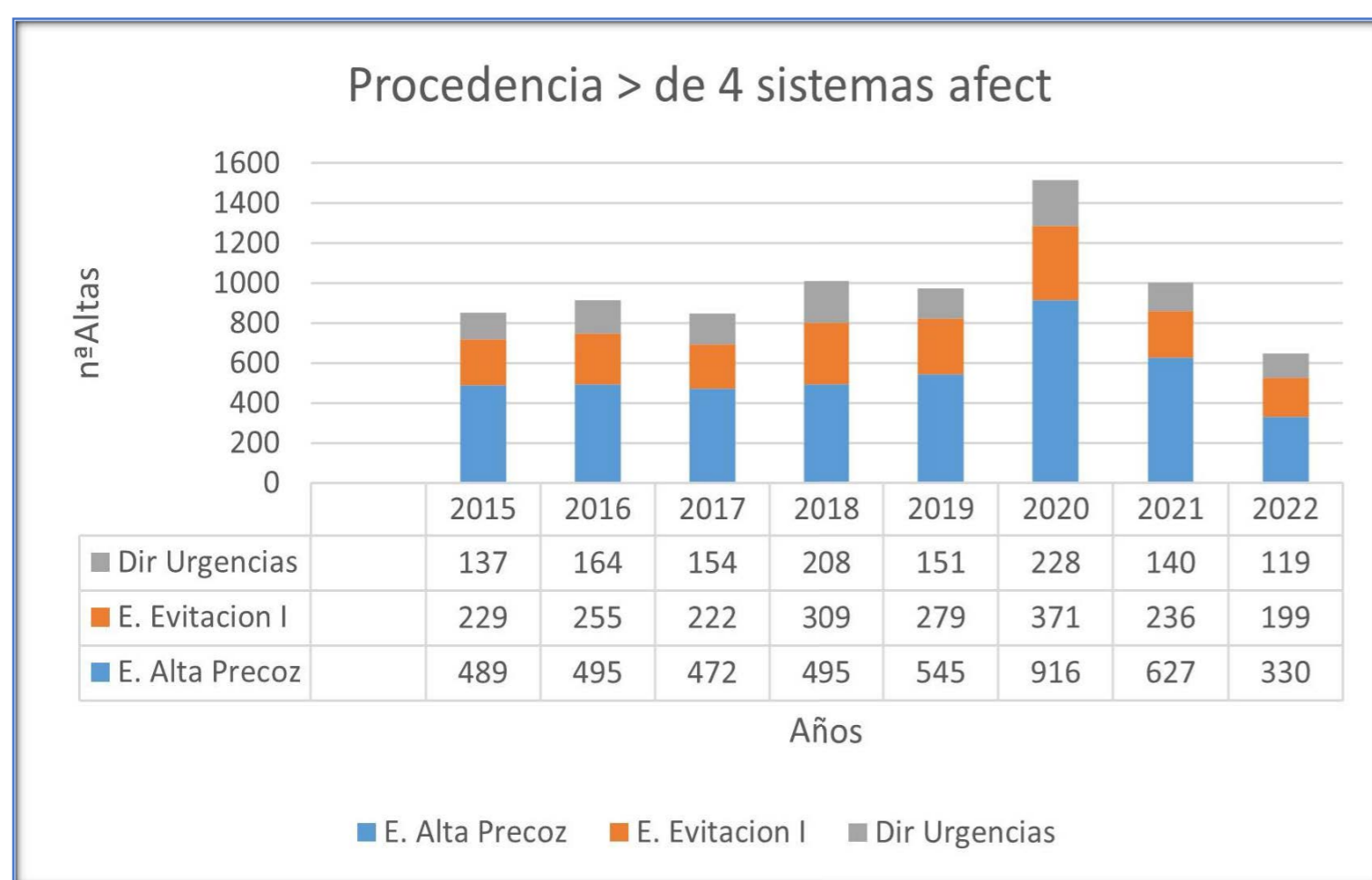
Como venimos detectando, la población atendida en UHAD ha presentado una evolución hacia la complejidad, la prolongación de la estancia media y el mantenimiento del Esquema de Alta precoz sobre el Esquema de Ahorro de ingreso que es el priorizado desde Cat Salut.

OBJETIVOS

- Analizar el Esquema de Alta precoz sobre el Esquema de evitación de ingreso.
- Ver la relación de la complejidad del paciente con el esquema de alta.
- Tipo de paciente: Paciente Neoplásico activo, + de 4 Sistemas afectados.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Análisis descriptivo de los datos recogidos desde el 2015 hasta la actualidad en un Excel que muestra 14 indicadores de los que hemos seleccionado:
- La procedencia, el esquema de ingreso, número de altas total y por esquema de procedencia.



RESULTADOS 1

AÑOS	Altas totales	Esquema de Alta precoz	%
2015	971	643	66,82
2016	966	633	65,63
2017	872	588	67,55
2018	1002	622	62,28
2019	1020	665	67,06
2020	1936	1361	71,44
2021	1183	859	73,63
2022	731	457	66,07

RESULTADOS 2

Año	+ 4 sist. afectados
2015	489
2016	495
2017	472
2018	495
2019	545
2020	916
2021	627
2022	330(Agosto)

CONCLUSIONES

- Como vemos comparando con los datos previos así como los del poster anterior se evidencia el Esquema de Alta precoz como predominante de forma notable y persistente a lo largo de los años.
- El paciente neoplásico activo también procede predominantemente de Esquema de Alta precoz.
- El paciente de mayor complejidad también confirma la misma tendencia de procedencia, excepto en el paciente que procede de Atención primaria directamente.



COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO INSTAURADO Y RESULTADOS ENTRE LAS DIFERENTES OLAS DE COVID-19 EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

E. Coloma; V. Rico; C. Cardozo; A. Ugarte; N. García; M. Sala, C. Aranda I. Pereta, J. Altes, D. Nicolás

OBJETIVO: Evaluar las características clínicas de los pacientes y los resultados comparando las diferentes olas de la pandemia de COVID-19.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico COVID-19 ingresados en HaD desde el 10 de marzo 2020 al 12 de junio de 2022, incluyendo un seguimiento de 30 días post-alta.

RESULTADOS:



507

Edad media 60 (15,8)

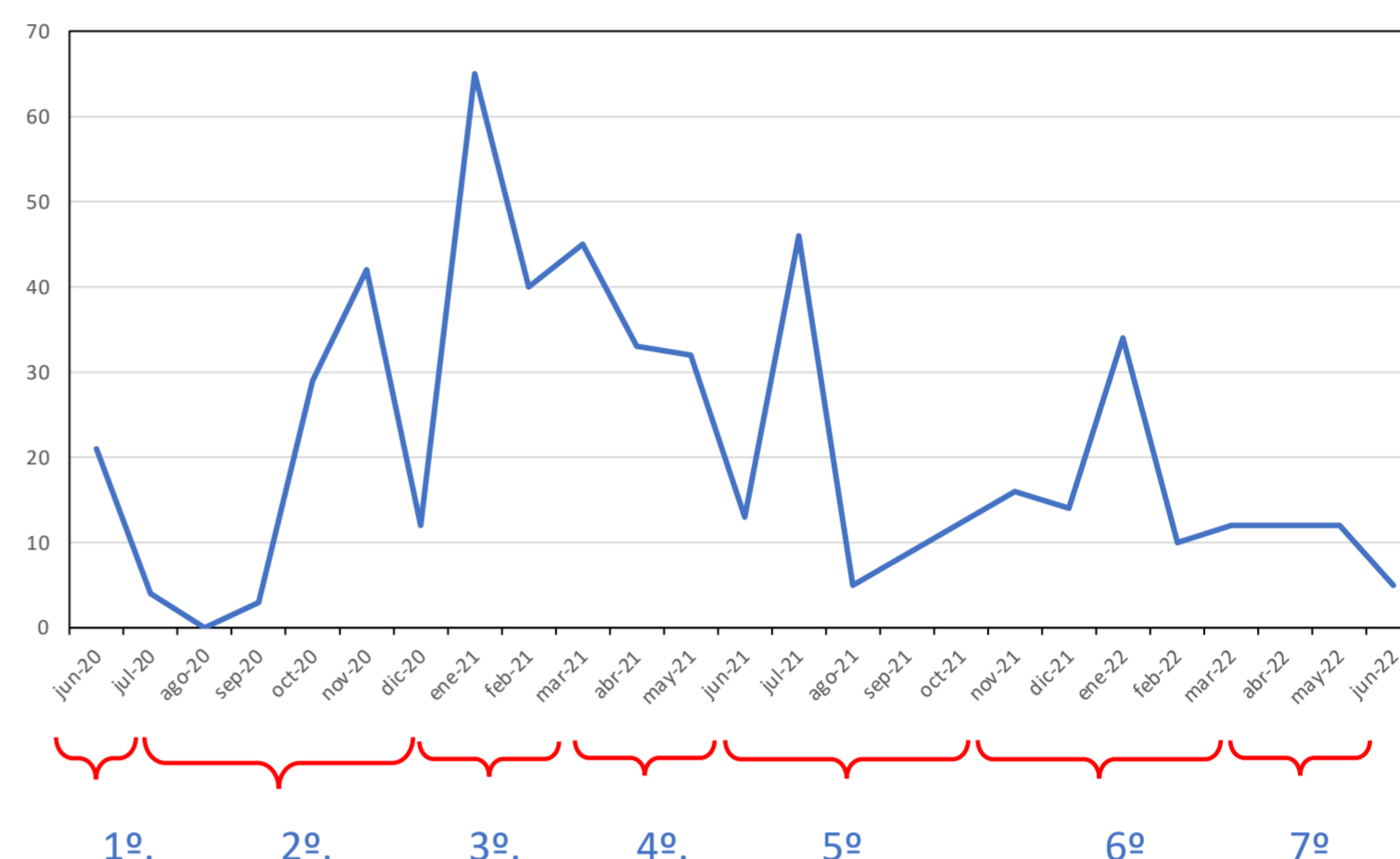
♂ 67%

5% Plasma hiperinmune

47% Remdesivir



Pacientes con COVID-19 ingresados en HaD hasta Junio 2022



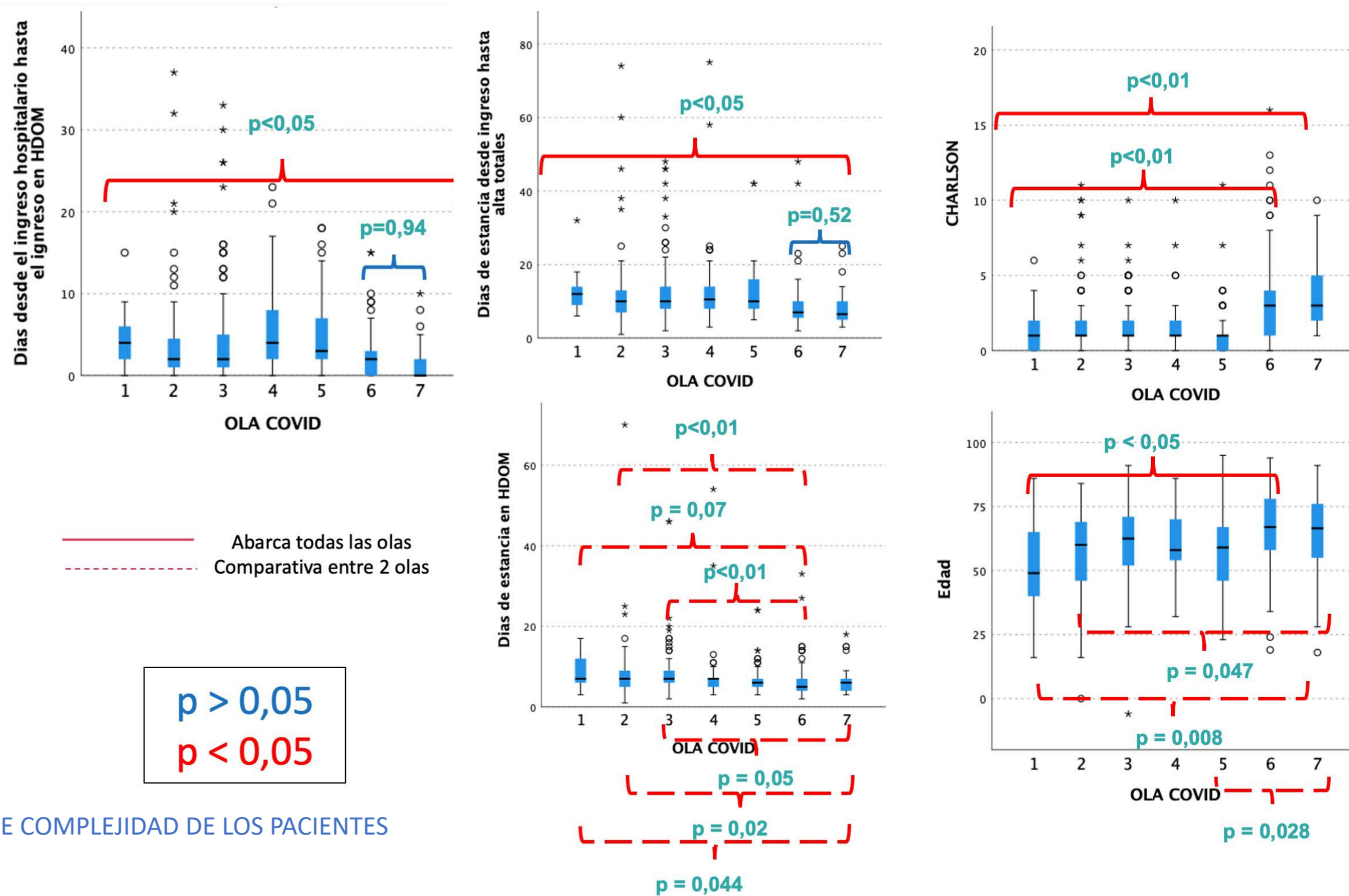
Características clínicas y epidemiológicas

Edad (DE)	61 (15,8)
Tabaquismo/extabaquismo	31,6 %
Hipertensión arterial	43 %
Diabetes	13 %
EPOC	9,3 %
Enfermedad renal crónica	14,4 %
Neoplasia	5,1 %
Inmunosupresión	14,8 %

	Ola 1	Ola 2	Ola 3	Ola 4	Ola 5	Ola 6	Ola 7	p
Edad (RIC)	53 (39-66)	60 (46-69)	62 (52-71)	59 (54-70)	59 (46-67)	67 (58-78)	66 (55-78)	<0,001
Estancia HaD (RIC)	7 (6-12)	7 (5-9)	7 (6-9)	6 (5-7)	6 (5-7)	5 (4-7)	6 (4-7)	<0,001
Estancia en HC previo HaD (RIC)	4 (12-6)	2 (1-4)	2 (1-5)	4 (2-8)	3 (2-7)	2 (0-3)	1 (0-2)	<0,001
Índice Charlson (RIC)	1 (0-2)	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (1-2)	1 (0-1)	3 (1-4)	3 (2-5)	<0,001
Remdesivir n = 231 (%)	0 (0)	21 (9)	34 (14)	41 (17)	43 (18)	68 (29)	30 (13)	<0,001
Inmunosupresión n = 75 (%)	0	5 (7)	5 (7)	1 (1)	5 (5)	40 (53)	20 (27)	<0,001
Plasma Hiperinmune n = 76 (%)	0	25 (33)	31 (41)	7 (9)	4 (5)	6 (8)	3 (4)	<0,001
Requerimientos de O2 n = 326 (%)	4 (1)	57 (17)	120 (37)	67 (21)	47 (14)	21 (6)	10 (4)	<0,001
Reingreso durante HaD n = 27 (%)	1 (4)	7 (26)	10 (37)	4 (15)	2 (7)	1 (4)	2 (7)	0,57
Reingreso seguimiento 30 días n = 41 (%)	0	9 (22)	14 (34)	6 (15)	2 (5)	5 (12)	5 (12)	0,26

DISCUSIÓN: Disminución de los días de estancia media (HC y HaD) y de los días de ingreso en HaD. Mayor cantidad de procedimientos complejos en el domicilio (remdesivir, plasma). Buenos resultados incluyendo pacientes con más edad, mayor gravedad y más comorbilidades.

LIMITACIONES: Estudio retrospectivo con un corto período de seguimiento además del solapamiento con pacientes admitidos en el Hotel Medicalizado (1ª ola)



NO DIFERENCIAS EN MORTALIDAD, NI REINGRESOS



DISMINUCIÓN DE LOS DÍAS DE ESTANCIA MEDIA Y AUMENTO DE COMPLEJIDAD DE LOS PACIENTES

CONCLUSIONES: La HaD es una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de pacientes con COVID-19; manteniendo los estándares de seguridad y calidad asistencial; adaptándose a las necesidades epidemiológicas de cada momento de la pandemia



ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON LESIONES EN EXTREMIDADES INFERIORES EN UNA UNIDAD DE HAD

L.I.Peña Pachón, A.P.Ruiz Armas, S.Saenz Vargas. Hospital San Pedro .Logroño.

Objetivos:

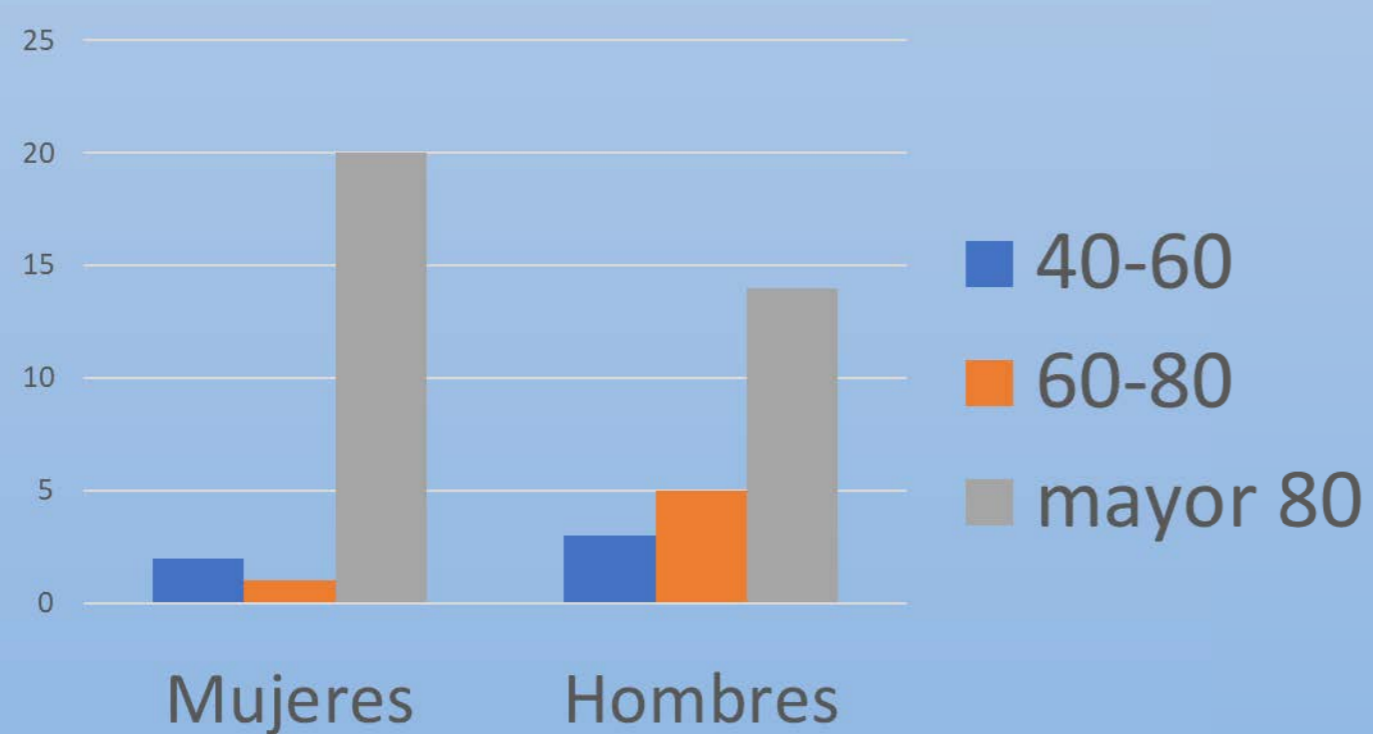
1. Identificar el número de paciente que ingresa en HAD con lesiones en EEII.
2. Conocer si existe patología de base precipitante de las lesiones en EEII en estos pacientes.
3. Conocer el motivo principal de ingreso de los pacientes que presentan lesiones en EEII.
4. Conocer el uso de la Terapia Compresiva en pacientes con lesiones en EEII en la unidad de HAD.

Material y métodos :

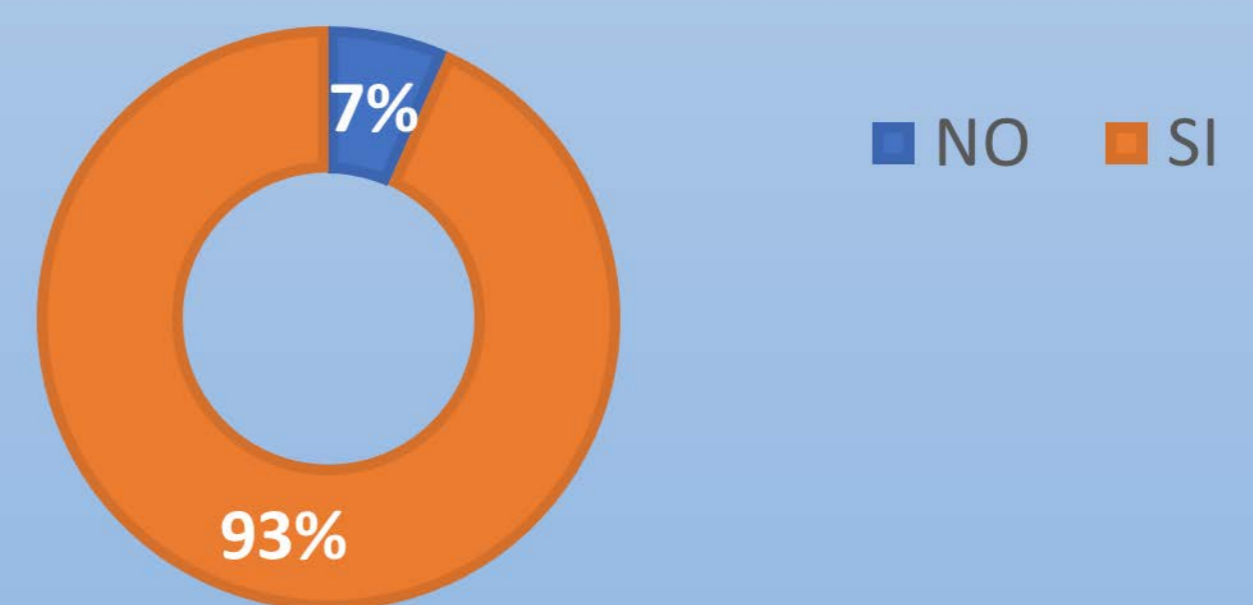
Estudio observacional descriptivo transversal y un análisis prospectivo de las variables a estudiar en los pacientes ingresados en HAD con lesiones en EEII durante 6 meses transcurridos del 15 de Marzo de 2002 al 15 de septiembre de 2022.

RESULTADOS

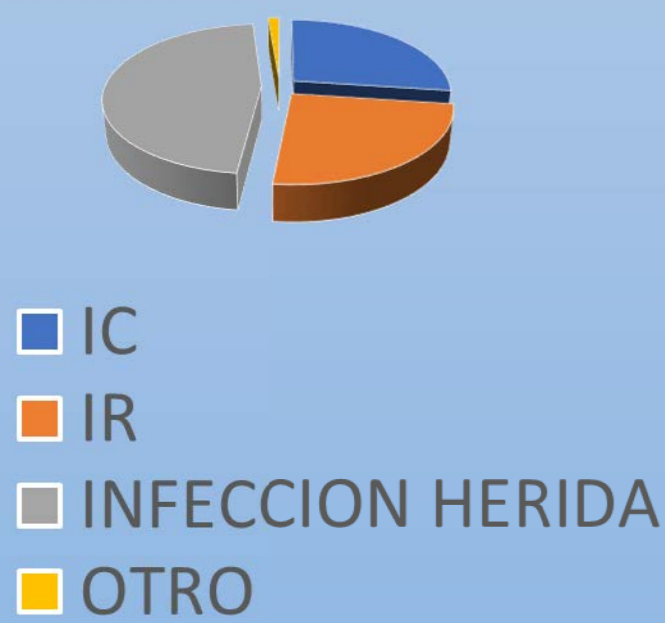
EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON HERIDAS EN EEII



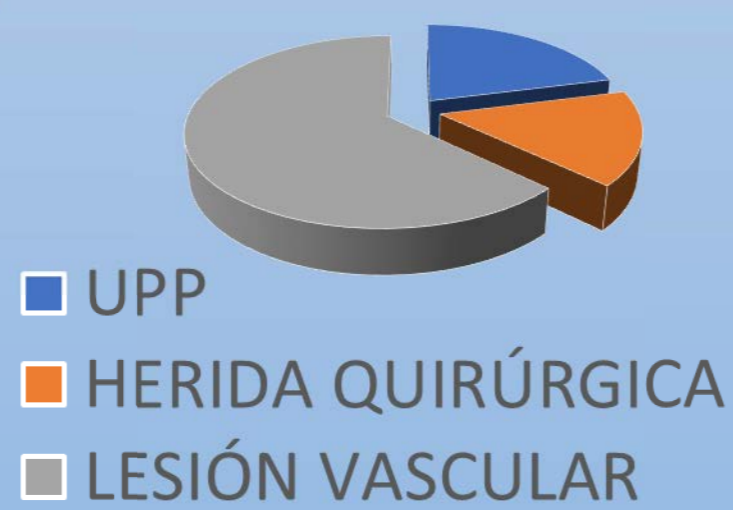
PACIENTES CON HERIDAS CON PLURIPATOLOGÍA (HTA;DM;IC;IR)



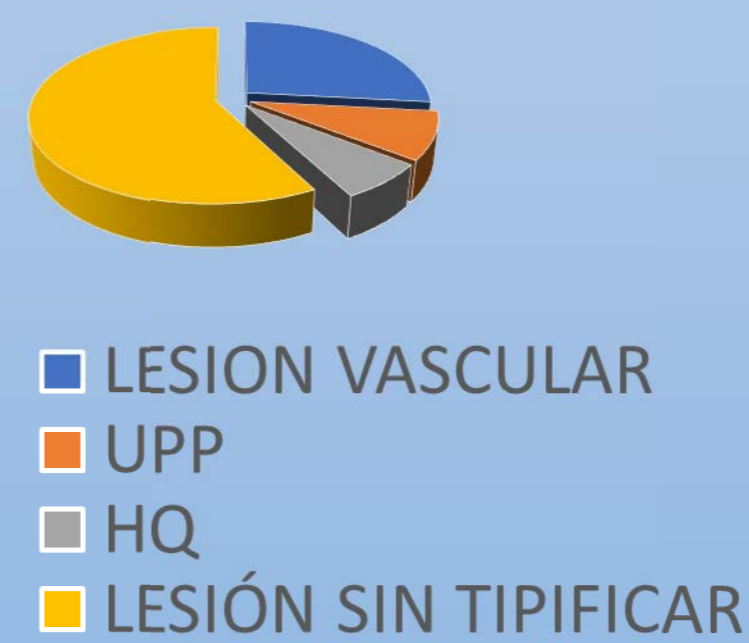
MOTIVO DE INGRESO DE LOS PACIENTES CON LESIONES EN EEII



INFECCIÓN Y TIPO DE HERIDA



TIPOS DE LESIONES EN EEII



TIPO DE LESIONES VASCULARES INGRESADAS...



RESULTADOS:

CONCLUSIÓN

Los pacientes con lesiones en EEII suponen aproximadamente la mitad de los pacientes ingresados con heridas.

El 93% llevan asociados algún diagnóstico de patología crónica.

Hemos diferenciado 4 grupos de lesiones en EEII:
-Heridas de patología vascular.
-UPP
-Herida quirúrgica
-Lesiones ligadas a procesos crónicos descompensados como es la IC.

El 57,8% de la lesiones en eeii están sin tipificar. Estas lesiones pueden quedar en segundo plano y complicarse si no se les presta la atención adecuada ni se tiene en cuenta la patología de base como es el caso de la Insf. Cardíaca.

La mayoría de los pacientes con heridas en EEII ingresan para tratamiento antibiótico endovenoso(42.2%) por infección de la lesión.

La terapia compresiva como gold estándar de las lesiones con componente de insuficiencia venosa ha sido introducida recientemente en nuestro servicio con lo que su uso es todavía limitado y se ha utilizado puntualmente.

HAD ofrece cobertura a pacientes con heridas de diferente etiología. El cuidado de la lesiones en EEII exige conocimientos específicos en función de la causa subyacente a la lesión por ello es importante saber a que nos enfrentamos para garantizar un abordaje integral del paciente y garantizar los mejores resultados.



MELIÀ ALICANTE
ALICANTE

10-11 de noviembre de 2022



Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio



IMPLEMENTACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE DARATUMUMAB EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD)

Asensio Rodríguez, Javier¹; Torres Del Pliego, Elisa¹; Del Campo García, Raquel²; Bargay Lleonart, Juan José²; Nigorra Caro, Margarita²; García Sánchez, Justo¹; Sánchez Raga, José María¹; Do Pazo Oubiña, Fernando¹; Del Rio Vizoso, Manuel¹; Delgado Mejía, Elena¹.

1. Hospital Universitari Son Espases, Mallorca

2. Hospital Universitari Son Llätzer, Mallorca.

INTRODUCCIÓN: Daratumumab es un anticuerpo monoclonal humano IgG1κ que se une a la proteína CD38 que se expresa con un nivel alto en la superficie de las células tumorales del mieloma múltiple, inhibiendo potentemente el crecimiento in vivo de dichas células.

Está aprobado como tratamiento del mieloma múltiple en diferentes fases de la enfermedad, en monoterapia o asociado a otros quimioterápicos. Las características del Daratumumab (vía de administración, estabilidad del fármaco, posibilidad de transporte a domicilio, ausencia de efectos secundarios importantes) lo hacen idóneo para su administración por la Unidad de HAD.

OBJETIVOS: Evaluar la factibilidad de la implementación de un protocolo de actuación para la administración de Daratumumab en HAD, dentro de un modelo multihospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Redacción del protocolo por parte del Servicio de Farmacia, Hematología, de enfermería del Hospital de Día de Hematología y de la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Posteriormente puesta en marcha y reevaluación periódica del protocolo para establecer mejoras.

RESULTADOS: Desde abril de 2022 hasta septiembre de 2022 se han incluido en el circuito de tratamiento en HAD 14 pacientes. Se han podido administrar todas las dosis del fármaco (más de 100) sin incidencias reseñables.

CONCLUSIONES: La administración de Daratumumab en Hospitalización a Domicilio es una alternativa eficaz, mejora la calidad de vida de los pacientes y contribuye a una mejora en la utilización de recursos sanitarios.





MELIÀ ALICANTE ALICANTE

10-11 de noviembre de 2022



Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio



¿CUÁLES SON LOS CAMBIOS ASISTENCIALES MÁS LLAMATIVOS EN LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE UNA HAD QUIRÚRGICA (HADQ)?

MC Mias, A Escartín, R Villalobos, FF Vela, J Jara, P Muriel, H Salvador, R Ribalta, N Martín, JJ Olsina Kissler
Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

INTRODUCCIÓN: la HAD quirúrgica (HADQ) da atención de rango hospitalario en el domicilio a los pacientes quirúrgicos acortando estancias hospitalarias y evitando ingresos innecesarios. Responde las necesidades de los pacientes y de los servicios quirúrgicos implicados.

OBJETIVOS: Identificar cambios asistenciales en el manejo de los pacientes quirúrgicos en la HADQ a lo largo de los años.

MATERIAL Y METODO:

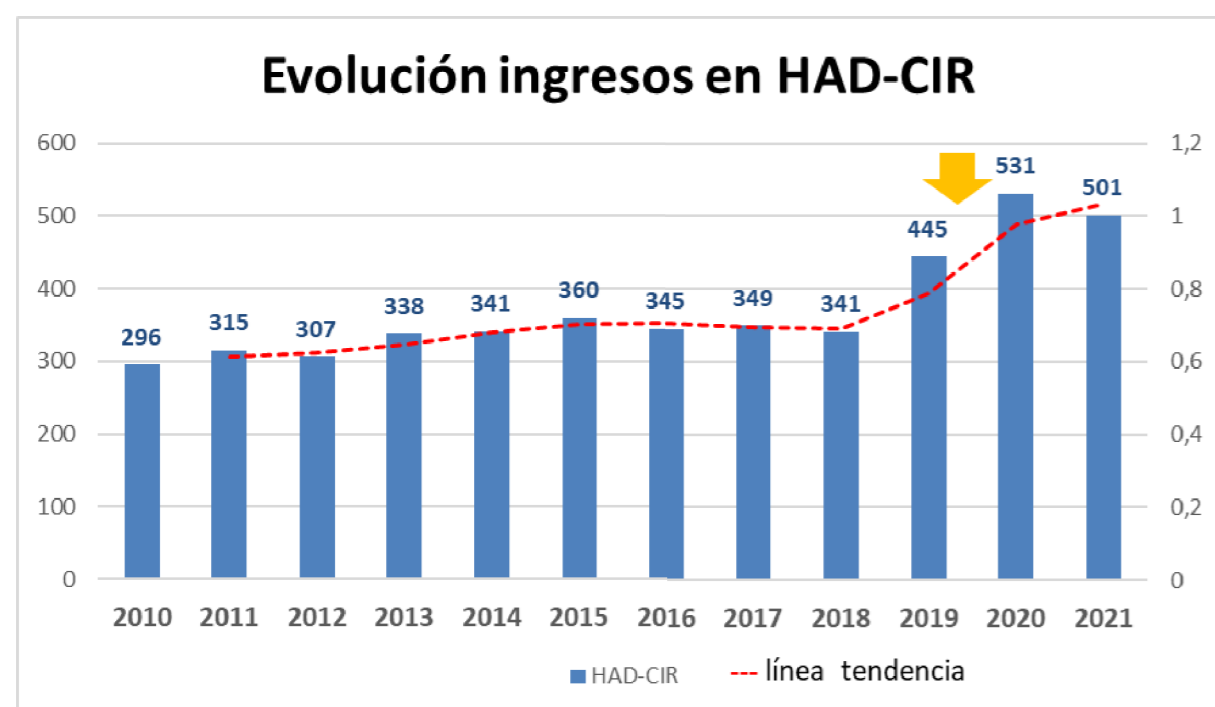
Muestra: pacientes ingresados en la HADQ de nuestro hospital, procedentes del Servicio de Cirugía desde enero 2010 hasta diciembre 2021.

VARIABLES ESTUDIADAS: motivo de ingreso, procedencia, residencia, procedimientos realizados, días de estancia, tipo paciente, tipo de visitas, reingresos.

ANÁLISIS: estudio estadístico descriptivo y comparativo de los resultados, analizándolo cualitativamente.

RESULTADOS

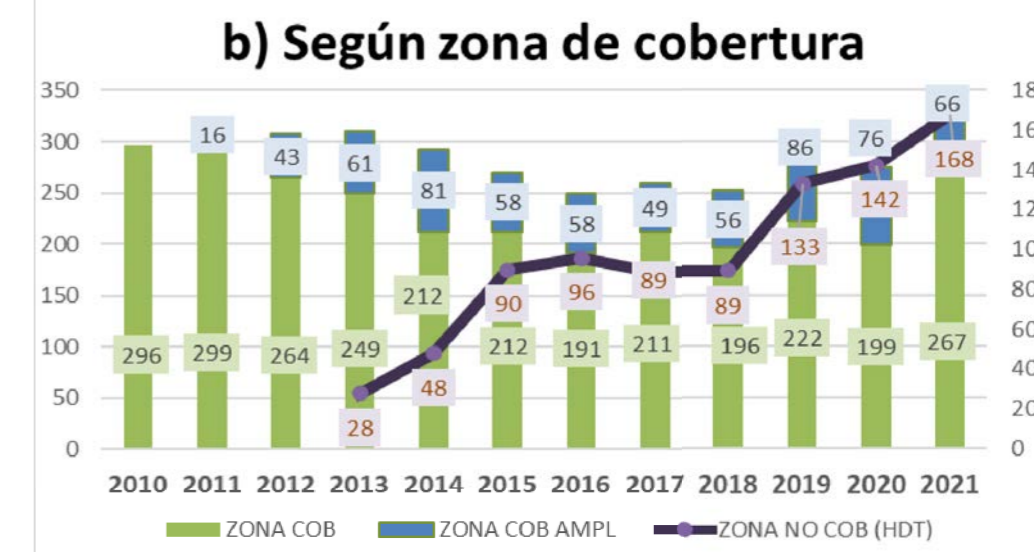
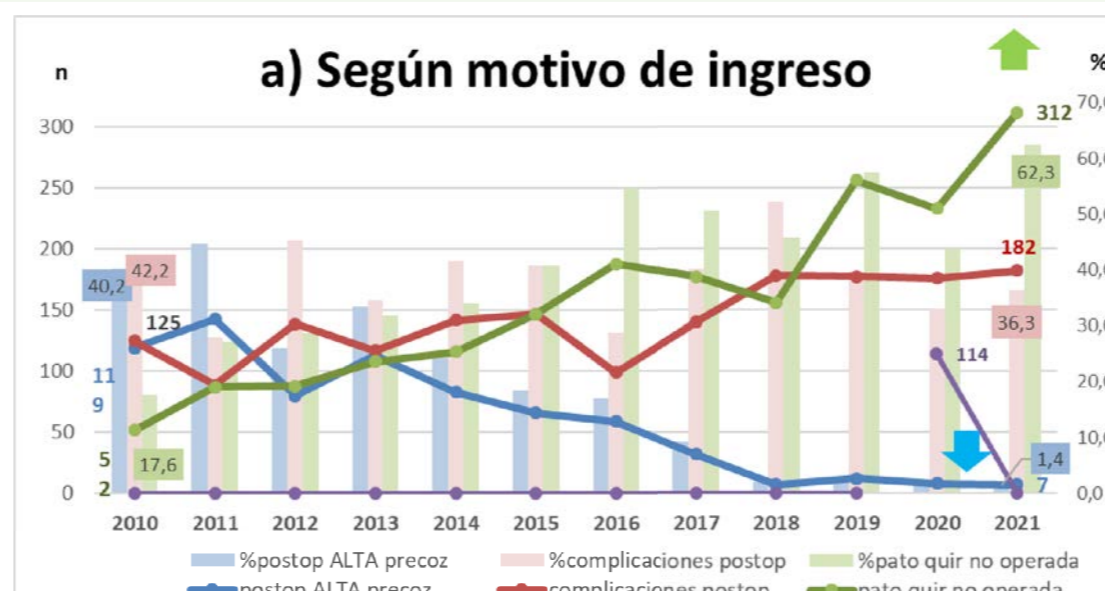
1.- INGRESOS



- Incremento progresivo de **INGRESOS** en HAD- CIR (69%), con un repunte a partir del 2020.

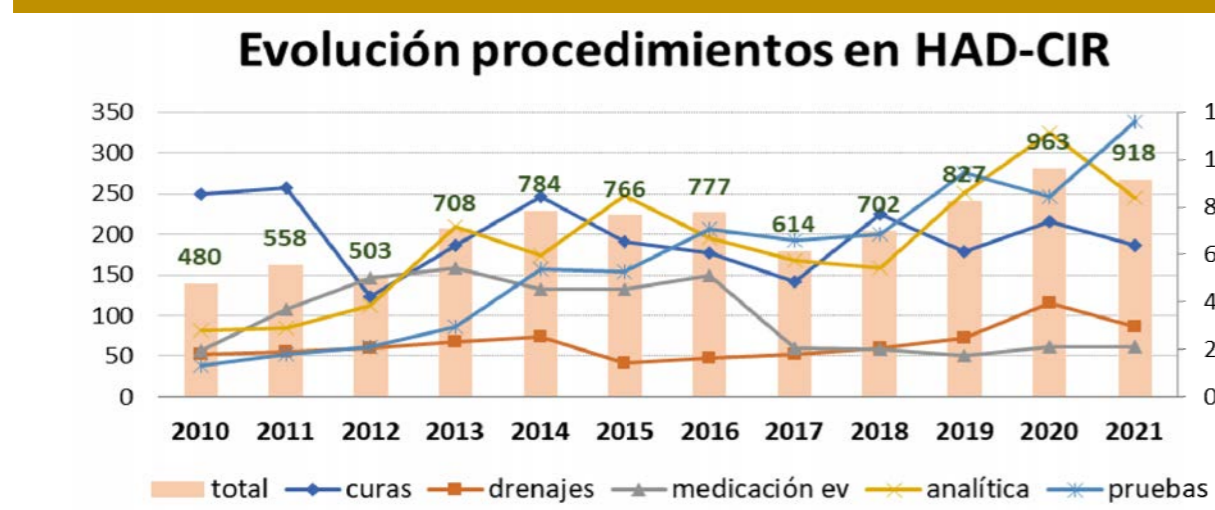
2.- TIPO DE PACIENTES

- ↓ control **postoperatorios con alta precoz**. (hasta el 1%)
- ↑ **estudios preferentes**.
- = porcentaje en complicaciones postoperatorias



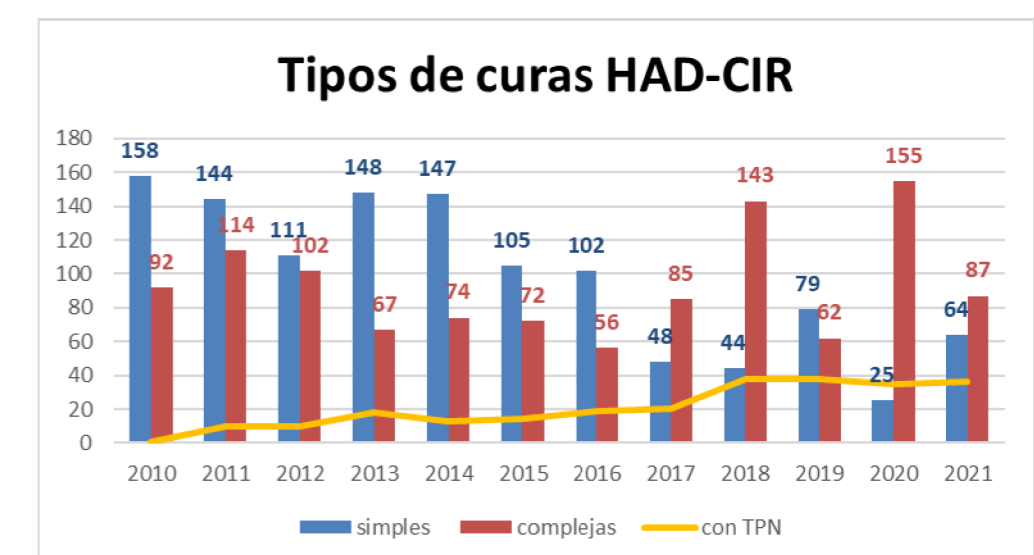
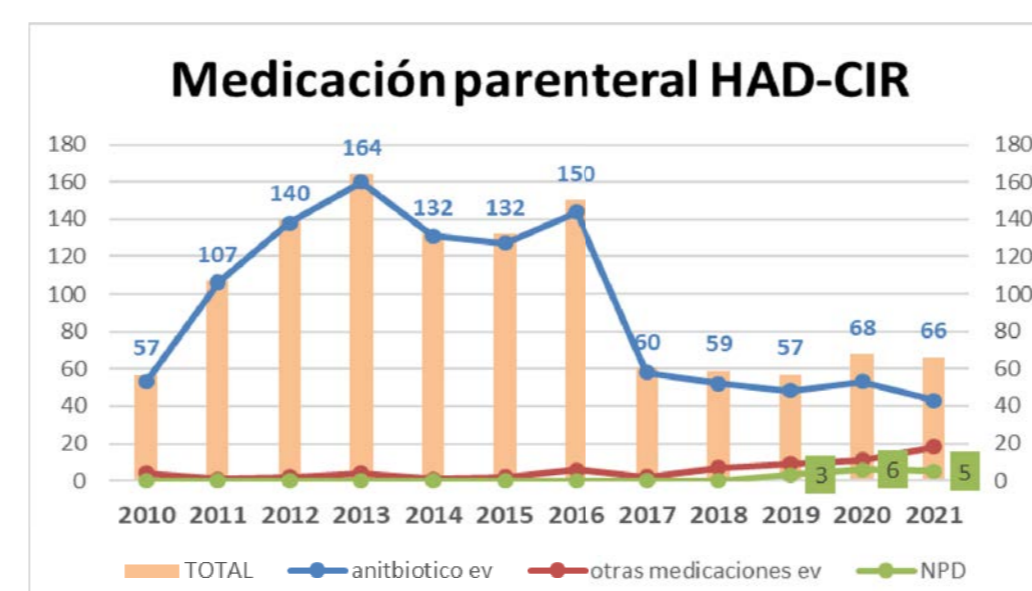
- Ampliación zona de cobertura (2011).
- 2013 **nuevo modelo de HAD (HDT)** fuera de zona de cobertura (35% del total de ingresos)

3.- PROCEDIMIENTOS



- ↑ progresivo de **PROCEDIMIENTOS** realizados durante el ingreso en HAD-CIR.
- Destacan la gestión de pruebas preferentes (89%), analíticas (66%) y control de drenajes (38%)

- ↓ **ANTIBIOTERAPIA endovenosa** a partir del 2013 → **oral**
- NPD:** a partir del 2019

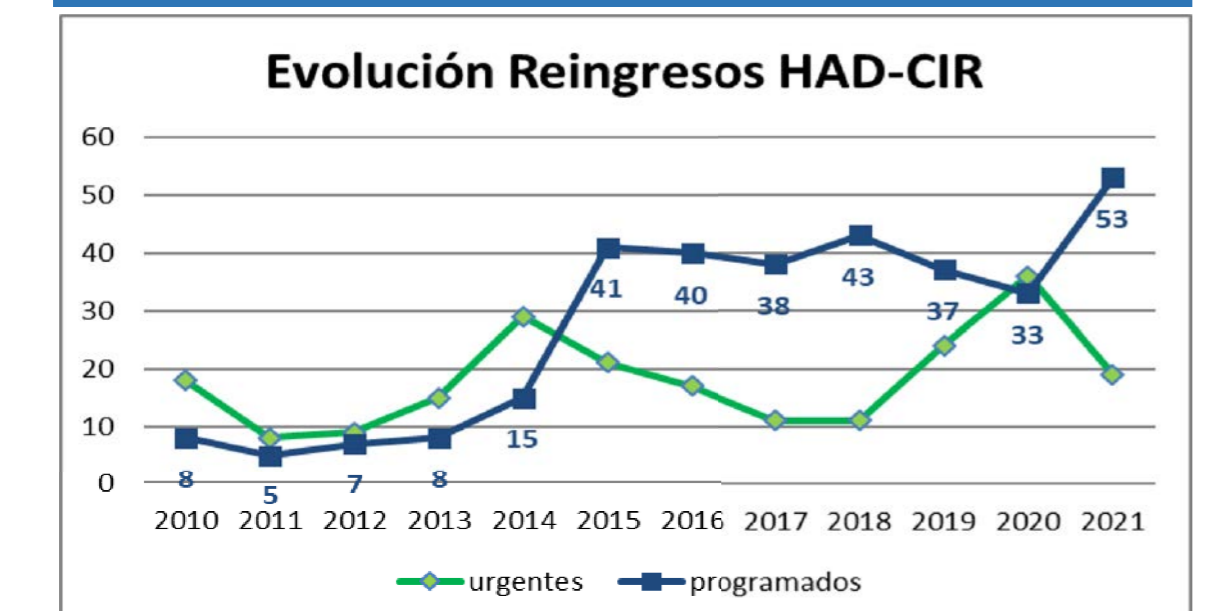


- No han aumentado las **CURAS** en general, pero sí, las curas complejas (25%), con un ↑ 97% de TPNs.

4.- TIPO DE VISITAS

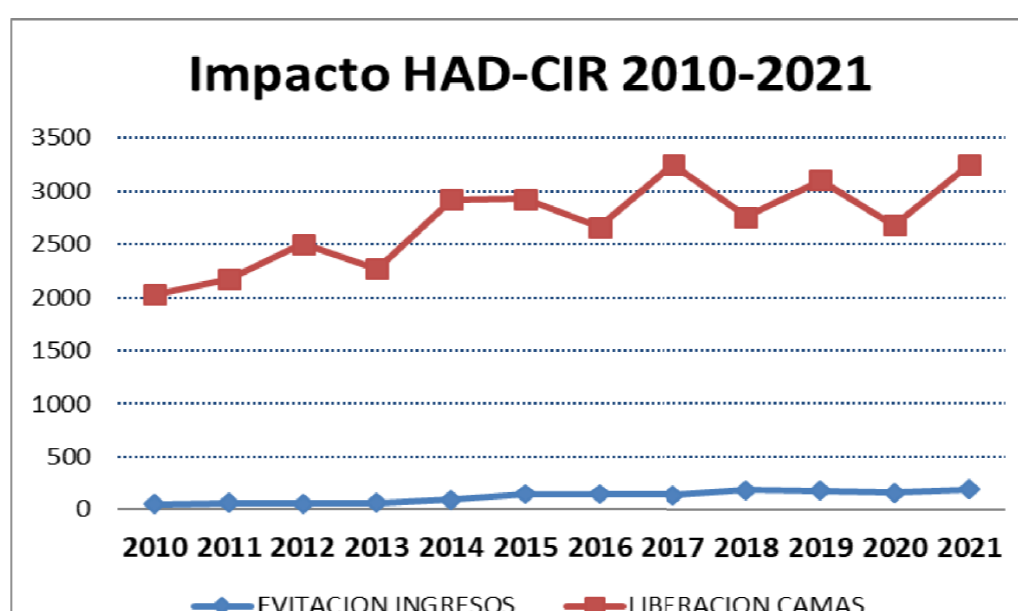
- ↑ de las consultas telefónicas (77%) desde el 2019

5.- REINGRESOS

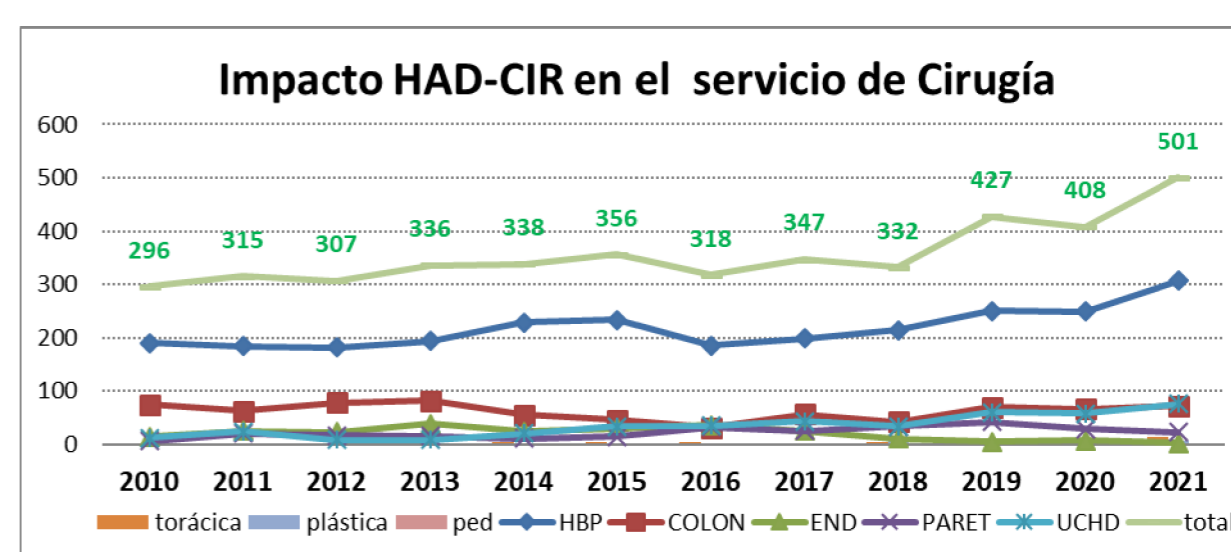


- Los **REINGRESOS PROGRAMADOS** (pruebas/ cirugía programada) → 73,6% de los reingresos.

6.- IMPACTO HAD



- ↑ **LIBERACIÓN CAMAS**
- ↑ evitación ingresos (191/año)



- Incorporación progresiva de las diferentes unidades del Servicio de Cirugía
- ↑ de las derivaciones

CONCLUSIONES: La HAD se ha adaptado a las necesidades progresivas de los pacientes quirúrgicos para liberar camas hospitalarias y evitar ingresos hospitalarios, garantizando la seguridad y la calidad asistencial en este tipo de pacientes



CASO CLÍNICO: NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO PROGRESIVO EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS GIGANTES DE LA PARED ABDOMINAL.



Sonia López Garrido¹, Paula Hernández Martínez ¹, Deiane Pereda Bajo ³, Marta Esles Bolado ¹, Manuela Anta ¹, Ainhoa Alonso Martin ², Cristina Corrales Barrado ², Alba Aguirre González ², Raquel Portilla ¹, Roberto Zarrabeitia, ¹.

1. Medicina Interna. Hospitalización domiciliaria. Hospital Sierrallana. Cantabria.
2. Enfermería Hospitalización domiciliaria. Hospital Sierrallana.
3. Cirugía General. Hospital Sierrallana.



Introducción:

La cirugía para la corrección de las hernias abdominales gigantes con pérdida de domicilio abdominal, representa un reto importante debido a la gran cantidad de comorbilidades potenciales postquirúrgicas.

Descripción del caso:

Se expone el caso de una paciente de 52 años de edad sometida a la técnica del **neumoperitoneo progresivo preoperatorio en hospitalización domiciliaria**.

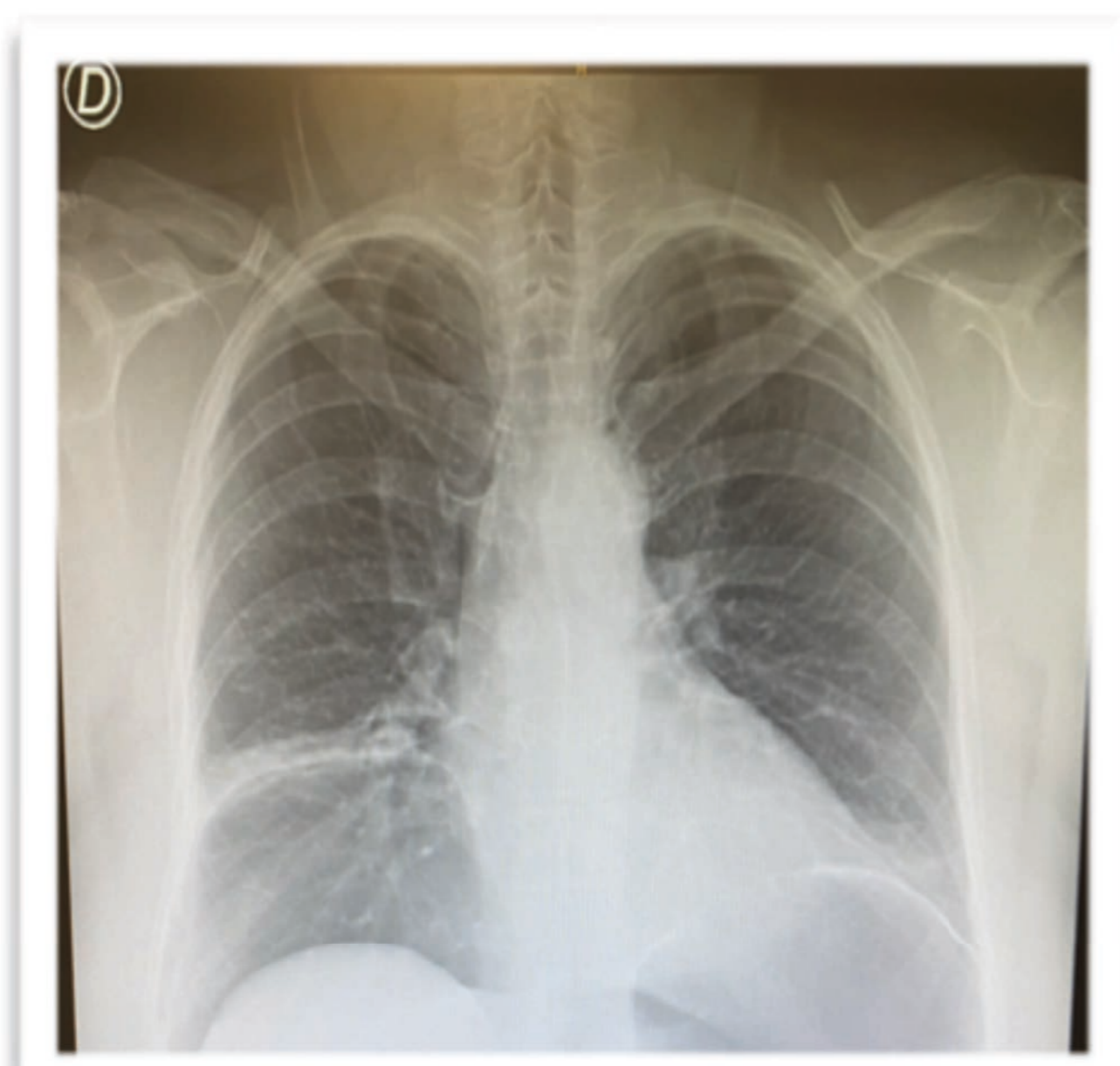
Se realizaron insuflaciones progresivas en el domicilio hasta alcanzar un total de 10 L previos a la cirugía. En todo momento la técnica fue aséptica y realizada por la enfermería de hospitalización domiciliaria con una hoja de registro donde se anotaron las constantes (tensión arterial, frecuencia y saturación) antes, durante y tras el procedimiento. También se registró el volumen insuflado y los síntomas y signos derivados de cada insuflación.

Acudía al hospital de forma semanal para controles radiológicos y valoración por Cirugía General. Todo ello con el fin de minimizar las complicaciones secundarias de la cirugía y reducir los tiempos de estancia en el hospital.

Conclusión:

En pacientes con hernias ventrales gigantes, los contenidos abdominales se trasladan desde la cavidad abdominal al saco herniado, produciendo una pérdida de domicilio abdominal. Esto se traduce en un reto terapéutico que consiste principalmente, en el retorno de los contenidos herniarios a la cavidad abdominal, sin causar complicaciones como hipertensión intraabdominal, síndrome compartimento abdominal, distress respiratorio, desistencia de la herida, shock o recurrencia herniaria. En este caso se desarrolla la técnica del neumoperitoneo progresivo.

Los procedimientos de colocación del catéter y del mantenimiento del neumoperitoneo, son bien tolerados por los pacientes y con pocas complicaciones asociadas. La evolución postoperatoria es positiva y con una mortalidad mínima, haciendo de esta técnica un procedimiento seguro en general con resultados muy satisfactorios.





MANEJO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL DE LAREDO.

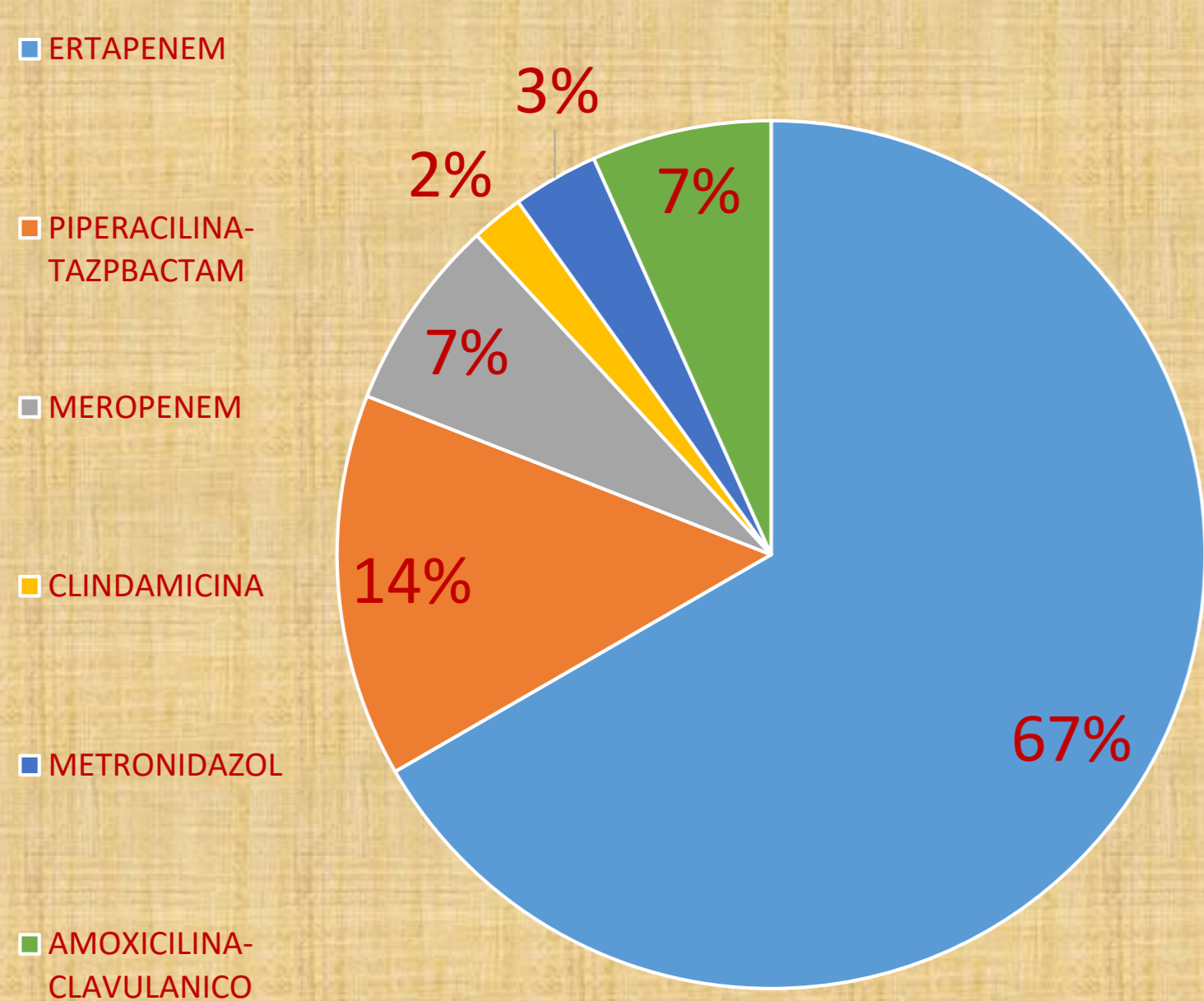
AUTORES: Nuria Calvo Mijares¹, Lorenzo Alonso Vega¹, Marta García Hoyos¹, Marta Mier Ezquerro², Juan Luis Crespo Tundidor², Luis Angel Alonso Setién², Marta María Gutiérrez Saez², Diana Otero Martín², Consuelo Diego Amavisca², Ana Beatriz Aldonza García², Inmaculada Sierra Saiz². ¹ Médicos HaD, ² Enfermeras HaD. Hospital de Laredo. Cantabria.

Objetivos: Conocer el manejo de la Diverticulitis Aguda en Hospitalización a Domicilio, tras la instauración del protocolo conjunto (Radiología, Urgencias, Cirugía General y Hospitalización a Domicilio (HaD)) desde 2019 en el Hospital de Laredo. Adicionalmente estudiar la reducción de ingresos, estancia media, retorno al hospital y reingresos precoces (<30 días) por el mismo motivo.

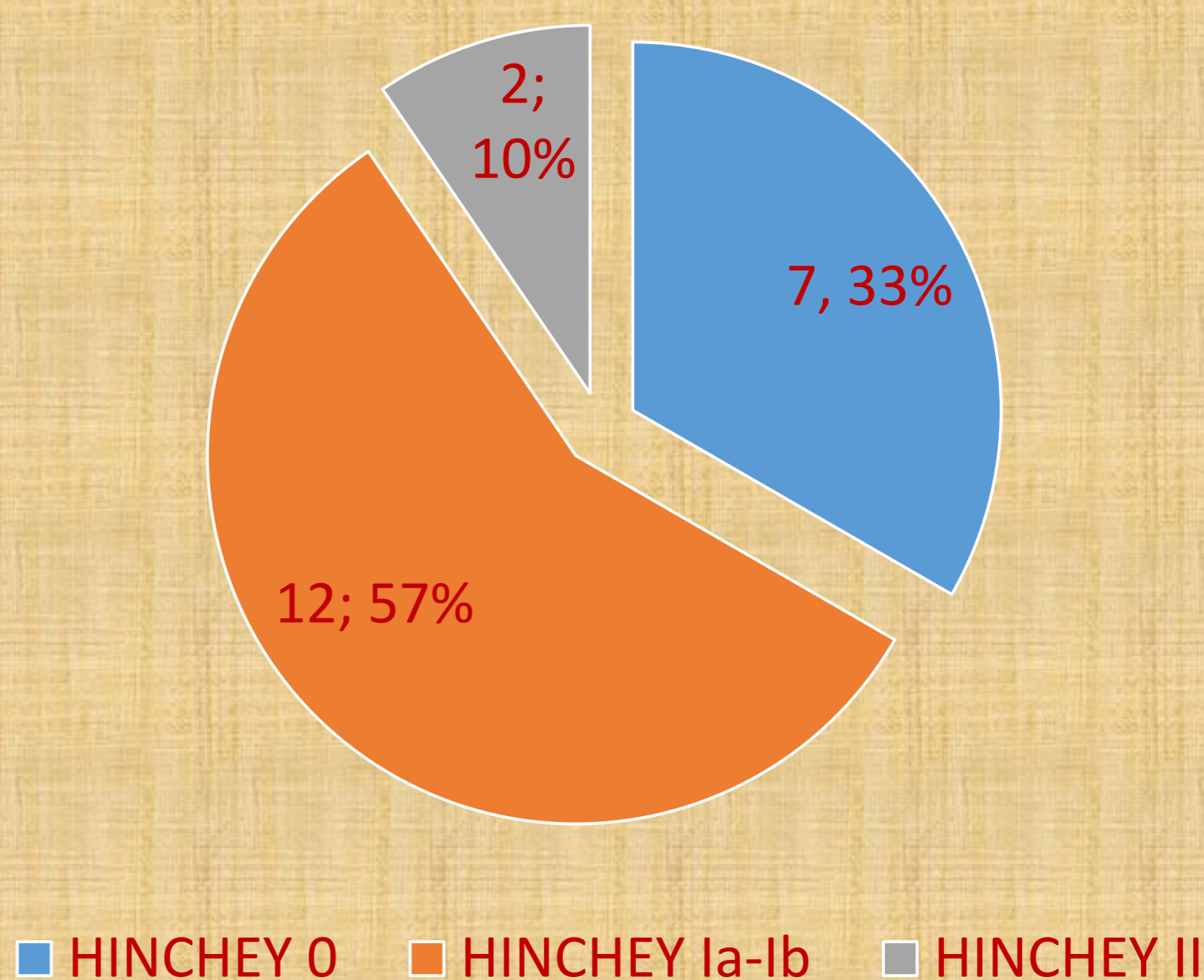
Material y Métodos: Revisión retrospectiva de los ingresos generados tras la instauración del protocolo de Diverticulitis Aguda en 2019, grado de cumplimiento y seguimiento.

Resultados: Durante los años 2019 a 2021, ingresaron 21 pacientes (4,2% del total de ingresos en HaD), 17 mujeres (81%) de edad media $60,25 \pm 14,08$ años y 4 varones (19%) de $46,40 \pm 10,97$ años. Cinco pacientes rechazaron el ingreso por diferentes motivos, principalmente personales. Dos pacientes ingresaron directamente desde urgencias tras observación 24 horas y el resto desde planta de cirugía (media de 3,47 días de ingreso). La estancia media de ingreso en HaD fue de $8,19 \pm 3,53$ días. A todos los pacientes se les realizó prueba de imagen (52,38% Ecografía abdominal y 76% Tomografía con/sin contraste). Siguiendo la clasificación Hinchey modificada el 33% (7) eran Hinchey 0, 57% (12) Hinchey Ia-b y 10% (2) Hinchey II. El antibiótico más usado fue el ertapenem (66,67%), seguido de Piperacilina-tazobactam (14,28%) y el resto con meropenem, metronidazol, clindamicina y amoxicilina clavulánico. La tasa de retorno desde HaD y de reingresos a <30 días fue de 0. La media de visitas médicas fue de 3,23 y de enfermería de 6,5 días.

ANTIBIOTERAPIA, EN PORCENTAJE.



CLASIFICACION HINCHEY MODIFICADA



CONCLUSIONES:

- ✓ El manejo de la Diverticulitis Aguda no complicada o complicada en sus estadios iniciales, en HaD del Hospital de Laredo, es una alternativa eficaz y segura, porque disminuye la estancia media de hospitalización, aumenta las altas precoces, evita ingresos, así como, los reingresos por dicho motivo a los 30 días.
- ✓ El antibiótico más utilizado fue el ertapenem, optando mayoritariamente por la monoterapia, y TADE cada 24 horas, por seguridad y comodidad, dado que el método de trabajo es la administración por parte del cuidador.
- ✓ Resaltar la importancia de los protocolos de atención conjuntos, para facilitar el ingreso y seguimiento de los pacientes en HaD.



Análisis del tipo y tiempo de respuesta de la continuidad asistencial en domicilio

González D^{1,2}, Manjón H¹, Díez B¹, Pons M¹, Romero P¹, Cereceda L¹, Roquer C², Aranda F¹, Pulvé C¹, Bonet G¹

¹: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

²: Fundació Hospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramanet

Introducción

La continuidad asistencial es necesaria para afrontar las múltiples necesidades de los pacientes crónicos y en final de vida. El interés por la continuidad asistencial se está revitalizando por una parte debido a la redefinición de los papeles profesionales y, por otra, por el previsible impacto global de las enfermedades crónicas junto a las iniciativas de gestión de la enfermedad y de gestión de casos (1-4).

Los profesionales de enfermería de la Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol garantizan el *continuum* asistencial a través del envío de un informe de continuidad de cuidados (PREALT) a Atención Primaria en el momento del alta.

Objetivos

Conocer el tiempo y tipo de respuesta de la Atención Primaria a la continuidad de cuidados en domicilio de los pacientes de HAD.

Material y métodos

Estudio descriptivo de los pacientes a los que se solicitó continuidad asistencial (PREALT) en domicilio desde la HAD del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol entre el 1 de enero de 2022 y el 30 de junio de 2022. Se excluyeron aquellos pacientes que reingresaron en menos de 15 días posteriores al alta.

Resultados

Se incluyeron 75 pacientes.

- Edad media: 80,08 años
- 12,93% de solicitudes PREALT sobre el total de altas de HAD (75/580).
- Sexo: 36 mujeres (48%) y 39 hombres (52%).
- Estancia media: 17,43 días.
- Paciente crónico complejo (PCC): 69,33% (52/75).
- Enfermedad crónica avanzada (MACA): 22,66% (17/75).
- Atención domiciliaria (ATDOM) previa al ingreso: 76% (57/75).
- Cuidadores principales: mujeres 80% (60/75) y hombres 20% (15/75).

Procedencia pacientes PREALT
Atención Primaria: 13/75
Urgencias: 13/75
Hospitalización: 41/75
Consultas externas: 3/75
Hospitales de día: 5/75

Tabla 1. Procedencia pacientes PREALT

Estancia media pacientes PREALT según procedencia
EM Atención Primaria: 13,56 días
EM UCIA: 13,21 días
EM Hospitalización: 19,70 días
EM CCEE: 29,82 días
EM H día: 13,08 días

Tabla 2. Estancia media según procedencia

Visita a domicilio <30 días postalta
88% (66/75). Tiempo medio primera visita: 4,98 días

Contacto telefónico <30 días postalta
57,33% (43/75). Tiempo medio primera llamada: 1,88 días

Visita a domicilio o contacto telefónico <30 días postalta
97,33% (73/75).

Conclusiones

- Atención Primaria ofrece una buena respuesta a la continuidad asistencial de los pacientes de HAD.
- Las llamadas telefónicas fueron muy precoces pero no se realizaron en los casos que ya habían recibido una visita presencial.
- Conocer el tiempo-respuesta de AP permite detectar puntos de mejora y diseñar intervenciones que favorecen el continuum asistencial de los pacientes dados de alta de HAD.
- Valorar realizar un estudio multicéntrico para conocer resultados en otros territorios y determinar si visitas precoces reducen el número de reingresos.

Bibliografía

1. Bodenheimer T. Coordinating care--a perilous journey through the health care system. N Engl J Med [Internet]. 2008;358(10):1064-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp0706165>
2. Gervas J. La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España. Informe SEESPAS 2008. Gac Sanit [Internet]. 2008;22:163-8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0213-9111\(08\)76088-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0213-9111(08)76088-6)
3. Facchinetti G, D'Angelo D, Piredda M, Petitti T, Matarese M, Olivetti A, et al. Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. Int J Nurs Stud [Internet]. 2020;101(103396):103396. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103396>
4. Blakey EP, Jackson D, Walthall H, Aveyard H. What is the experience of being readmitted to hospital for people 65 years and over? A review of the literature. Contemp Nurse [Internet]. 2017;53(6):698-712. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2018.1439395>



COLANGITIS AGUDAS GRADO II O MODERADAS ¿PUEDEN “ESPERAR” EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EL DRENAJE DE LA VÍA BILIAR?

Yolanda Majo Carbajo, Juan Miguel Antón Santos, Pilar García De La Torre Rivera, María De Castro García, Alejandro Estrada Santiago, Sara Núñez Palomares, Alcides Delgado Puertas, Pilar Cubo Romano, Ana Belén Pomedá Calderón, María del Saz Batres, Carlos García Madroñal, Diego Fernández Fernández, Marta Jenifer Lahoz Lozano.

Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid. España.

• Introducción:

Según las Guías de Tokio, las colangitis precisan antibioterapia, y las colangitis grado II (o moderadas) drenaje “temprano” de la vía biliar.

• Objetivos:

Valorar la seguridad del tratamiento en Hospitalización a Domicilio (HaD) de las Colangitis moderadas.

• Material y Métodos:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Pacientes ingresados en HaD desde mayo 2020 hasta mayo 2022 con colangitis moderada, estabilidad clínica y tolerancia oral, pendientes de drenaje programado mediante Colangiografía Retrógrada Endoscópica (CPRE). Se evaluaron variables epidemiológicas, servicio de origen, estancia media, tratamiento, microbiología, destino tras CPRE, tasa de reingresos y complicaciones.

• Resultados:

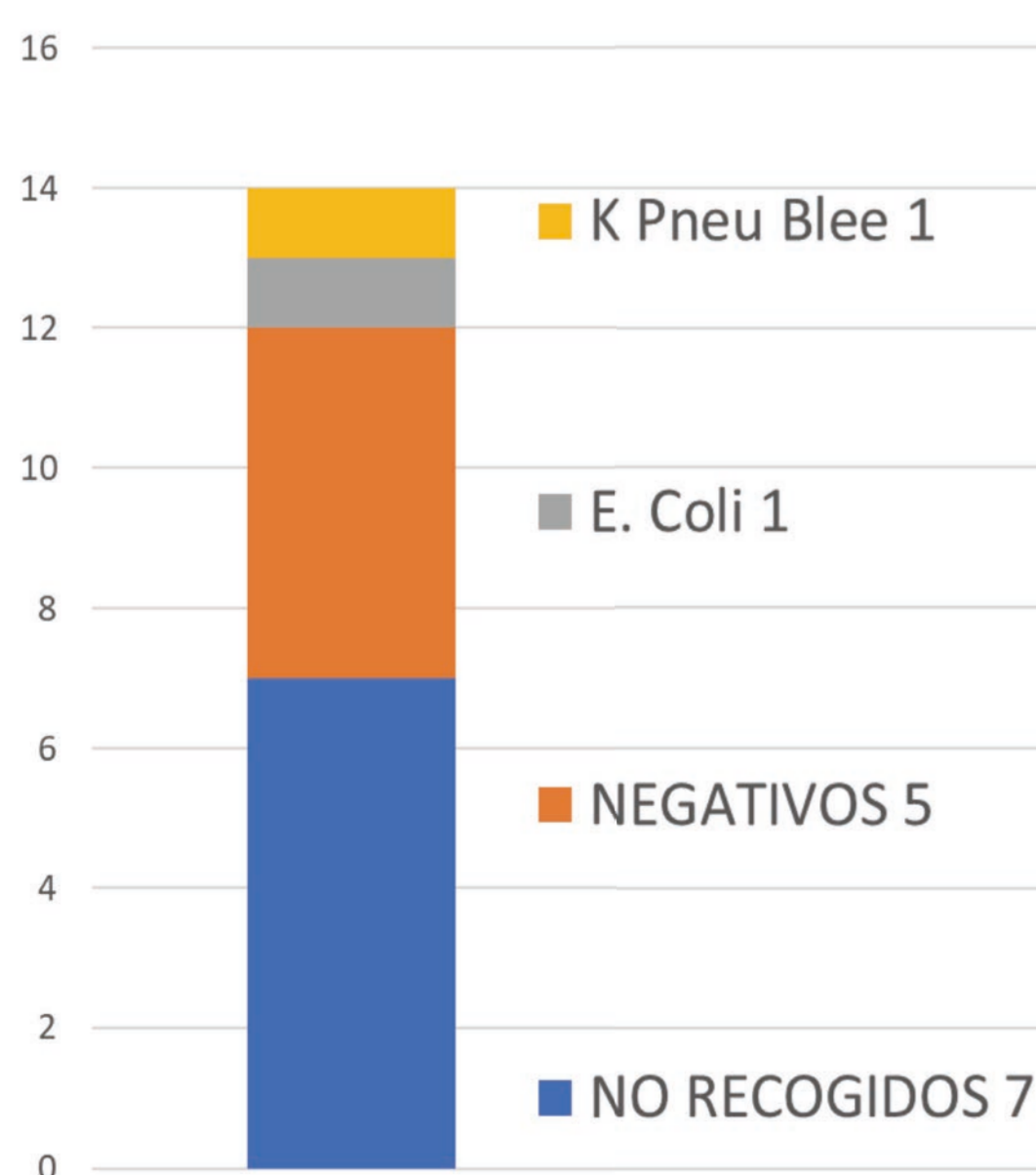
Nº TOTAL colangitis	Nº Colangitis Grado II o moderado
39	14 (35,9%)

Procedencia	
Digestivo	12 (85,7%)
Oncología	2 (14,3%)

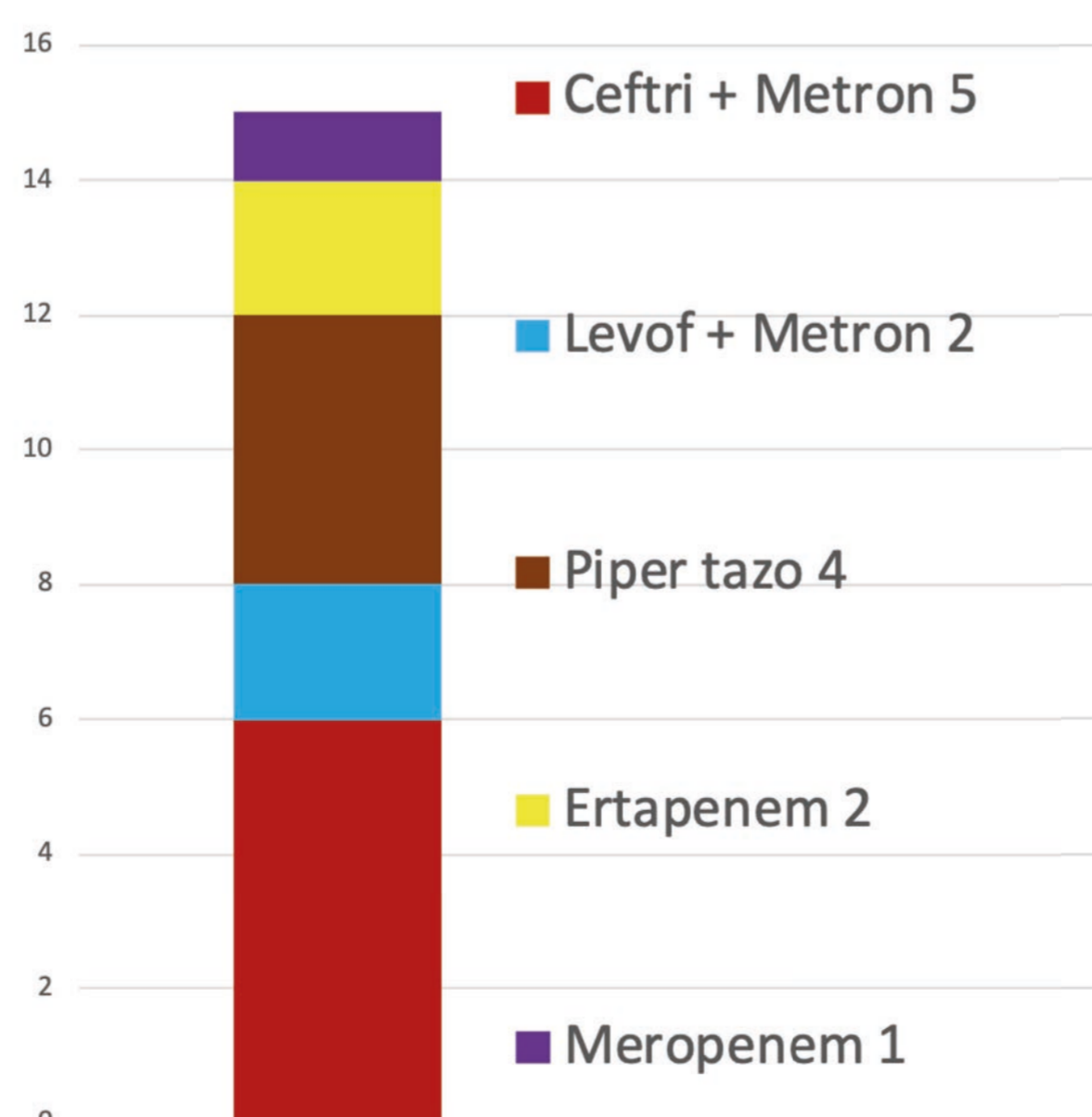
Edad media	Barthel medio	Sexo
66,1 años	92,5 (independientes)	7 hombres (50%) 7 mujeres (50%)

Estancia media	
Hospital convencional	8,21 días
HaD	7,43 días
Nº ESTANCIAS EVITADAS	104

HEMOCULTIVOS



ANTIBIOTERAPIA



ÉXITO CPRE	11 (76.6%)
TRASLADOS AL HOSPITAL	1 (7,1%) Dolor no controlado

DESTINO DESPUÉS DE CPRE	
Hospital	7 (50%)
Alta esa tarde	5 (35.7%)
Vuelve a HaD	2 (14.3%)

• Conclusiones:

La HaD es segura para tratamiento de colangitis aguda moderada en espera de drenaje biliar. Nuestra tasa de reingreso fue muy baja, sin complicaciones relevantes y con alta satisfacción del paciente.



ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN EL AÑO 2021 EN EL HOSPITAL MOISÉS BROGGI: PERFIL DEL PACIENTE, AISLAMIENTO MICROBIOLÓGICO Y EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO

Leire Huete Álava, Ana Isabel Domenech Martín, Alicia Fraga Jiménez, Eduardo Iribarnegaray Valenzuela, Cristina Borlado Olivella, Lluç Martín Antó, Esther Martínez Pelegrín, Andrea Berandón Fernández
Servicio de Hospitalización a Domicilio del Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. Barcelona

OBJETIVOS

Analizar el perfil de pacientes que ingresan en hospitalización a domicilio (HaD) del hospital Moisès Broggi con patología infecciosa urinaria, durante el año 2021.

Así como conocer el tipo de aislamientos microbiológicos, tratamientos utilizados y tasa de reingresos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional descriptivo retrospectivo incluyendo en total 207 pacientes.

Las variables estudiadas se dividieron en: características del paciente (edad, sexo), procedencia, tipo de infección (diagnóstico, aislamiento microbiológico, bacteriemia), tratamiento antibiótico (tipo, duración), parámetros de hospitalización (procedencia, días de ingreso) e indicadores de calidad (complicaciones, reingresos).

El análisis estadístico se realizó mediante Excel.

RESULTADOS

Se incluyeron 207 pacientes desde diferentes servicios (Figura 1). La edad media fue de 67 años, siendo 110 varones (53.14%) y 97 mujeres (46.86%). Existe variabilidad en el diagnóstico (Figura 2), así como en el resultado del urocultivo (Figura 3) y en el antibiótico utilizado (Figura 4).

La duración media del tratamiento intravenoso fue de 7 días y la estancia media de 7.36 días. La tasa de reingreso hospitalario durante el ingreso en HaD fue del 3.38% (7 pacientes), con una tasa de reingreso el primer mes tras el alta del 2.42% (5 pacientes). Por último, la mortalidad fue nula.



Figura 1

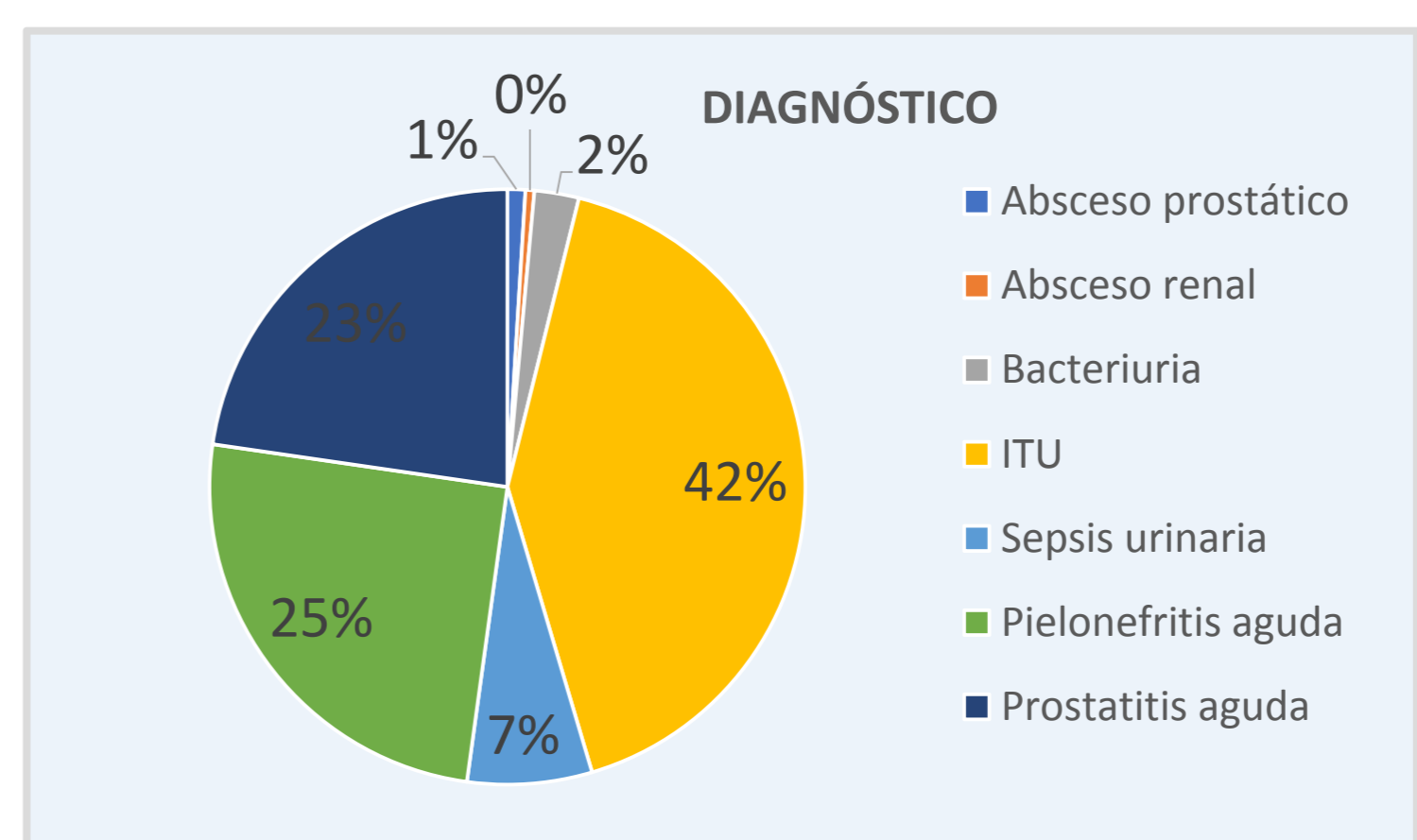


Figura 2

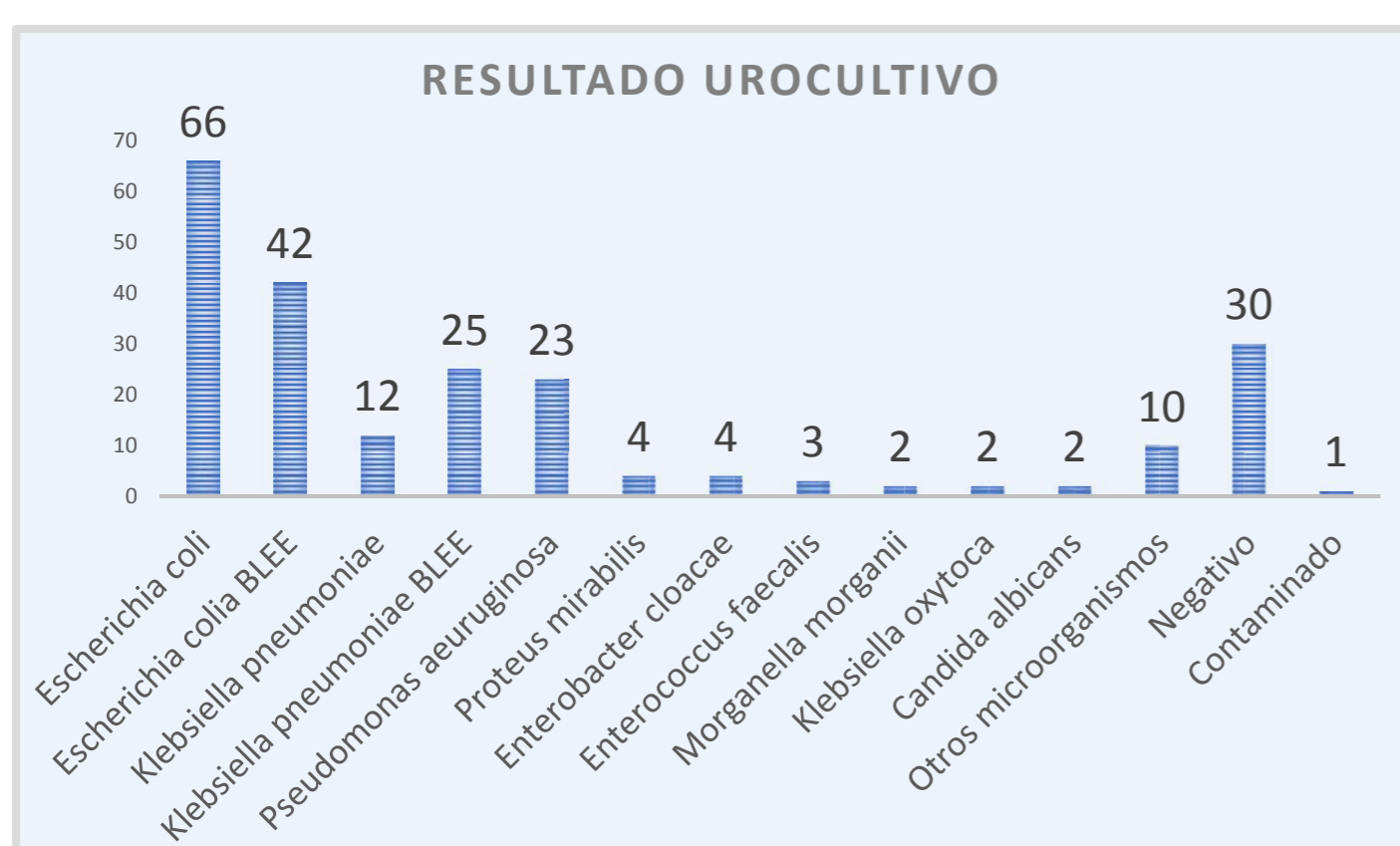


Figura 3

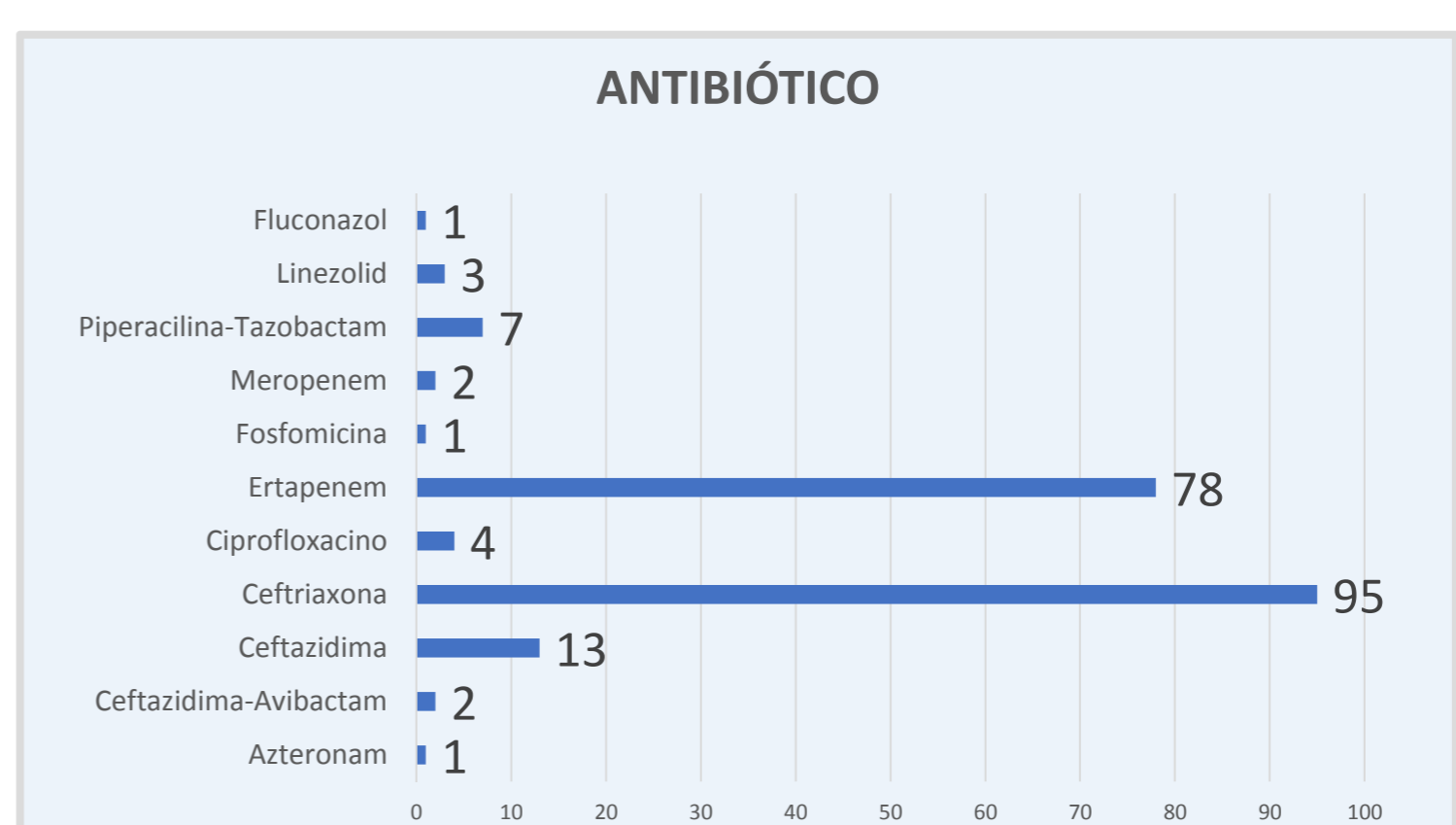


Figura 4

CONCLUSIONES

HaD es un dispositivo eficaz y seguro para el tratamiento de infecciones urinarias, sin aumento de complicaciones ni reingresos.



MEJORA FUNCIONAL SEGÚN LA VÍA DE INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN GERIÁTRICA DOMICILIARIA INTEGRAL

Hoyos E.¹, Bisquert M.¹, Colominas M.¹, Pérez S.², Annaouas A.¹, Méndez M.¹, Velarde F.¹, Arnal C.², Pérez LM.^{1,3}, Inzitari M.^{1,3}

1. Hospital de Atención Intermedia Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España.

2. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

3. Grupo de Investigación RE-FIT Barcelona. Instituto de Investigación Vall d'Hebrón y Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España

OBJETIVO

Describir la evolución funcional de los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización domiciliaria geriátrica integral (HDGI), en función de la vía de ingreso: directo desde Atención Primaria (AP) o de Hospitalario (Hosp).

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Población:** Admisiones Dic 2017-Agost 2022.
- Intervención basada en la valoración geriátrica integral, incorporando la rehabilitación geriátrica.
- **Variable resultado:** Ganancia funcional absoluta (Barthel ingreso – Barthel alta) de acuerdo a la vía de ingreso (AP o Hosp).
- **Variables de ajuste:** motivo de ingreso, situación funcional y al ingreso.
- **Análisis:** regresión lineal y regresión logística.

RESULTADOS

Características de los pacientes



Pacientes incluidos: **934**



Mujeres: **56.2%**



Edad media: **82.4 años (SD 9.7)**

	ATENCIÓN PRIMARIA	HOSPITALARIO	p
Edad media	84.74 (SD 8.80)	81.26 (SD 9.96)	p<0.001
Ins. Cardíaca	40.7%	33.2%	
Demencia	23.5%	11.6%	
Estado funcional previo (Barthel)	66.38 (SD 28.37)	80.08 (SD 22.19)	p<0.001
Ingresos por causa médica	85.4%	57%	
Ingresos por causa traumatólogica	13.9%	41.2%	

Evolución funcional

Ganancia funcional absoluta
(Barthel ingreso – Barthel alta)

ATENCIÓN PRIMARIA
2.9

HOSPITAL DE AGUDOS Y OTROS
10.9

* Diferencia: **8 puntos** (IC95%: 5.7-10.4), **p<0,01**

* **Diferencia ajustada de 4.3 puntos** (IC:1.9-6.7) estadísticamente significativa

Odds Ratio ajustada de mejora funcional

ATENCIÓN PRIMARIA

0.53

(IC 95%:
0.38-0.73)

CONCLUSIONES

- ✓ En nuestra muestra, los pacientes procedentes de **Atención Primaria** son de **mayores y presentan peor estado funcional basal**.
- ✓ La **ganancia funcional** de la hospitalización domiciliaria geriátrica integral **depende de la procedencia** de los pacientes, siendo esta peor en aquellos que son derivados desde Atención Primaria, **independientemente** del motivo de ingreso, la funcionalidad previa y al ingreso y las comorbilidades.
- ✓ Son necesarios **más estudios** para evaluar los motivos de las conclusiones extraídas en este estudio.



CELULITIS EXTRAÑA EN JOVEN VARON

Varón de 20 años, ingresa en H. Domiciliaria por celulitis de EID. Sin antecedentes personales de interés.

Cuadro de una semana de dolor y eritema pretibial dcha, sin traumatismo ni picadura previos. Escasa respuesta a amoxicilina/clav, ingresa para TADE con ertapenem. Sin fiebre, cuadro general, clínica digestiva, osteoarticular ni a otro nivel.

TA 126/67, FC 67, sistemático normal.

Dos lesiones puntiformes de menos de 1 cm de diámetro con exudado purulento y celulitis perilesional con placa eritematosa de 3 x 7 cm.(FOTO)

VSG 23, PCR 4.7 mg/dl, hemograma, hemostasia, perfil hepático, renal, magnesio, ac fólico, perfil férrico, vit B12 y H tiroideas: normales. Calprotectina fecal normal. Proteinograma normal. M. Tumorales normales. FR, ANAS, ANCA negativos. Exudado del cultivo: SAMR sensible a clindamicina entre otros.

Ecografía y RM: compatible con celulitis, sin colecciones ni afectación de estructuras profundas musculares/óseas.

Biopsia de punch de piel: inflamación mixta de predominio linfocitario y tejido de granulación en dermis profunda, sugestivo de pioderma gangrenoso.

Evolución tórpida con ertapenem y posteriormente clindamicina, desaparecen las lesiones tras añadir corticoides sistémicos y tacrolimus tópico.

El pioderma gangrenoso(PG) es una dermatosis neutrofílica poco frecuente (3- 10 casos por millón habitantes). Suele presentarse como una pápula o pústula inflamatoria que progresa a ulcera dolorosa con reborde violáceo en EEII y tronco. Otras formas son bullosa (asocia hemopatías), periestomal, cribiforme, o extracutánea. En más de la mitad de los pacientes se asocia enfermedad sistémica como EII, artritis inflamatoria, neoplasias de órgano sólido y hematológicas, GMSI, SMD y policitemia vera. No existen hallazgos patognomónicos clínicos ni histológicos. Más frecuente en joven y adultos de mediana edad y mujeres.

Patogénesis: se han involucrado disfunción de los neutrófilos, factores genéticos, inflamación sistémica, disregulación del sistema inmune. Puede formar parte de otros síndromes autoinflamatorios como PAPA (artritis piogénica, pioderma gangrenoso, acné), PAPASH (se añade hidradenitis supurativa).

Existen unos criterios diagnósticos definidos. Se requiere el criterio mayor (biopsia compatible) y al menos cuatro menores (excluida infección, patergia, antecedentes de EII o artritis inflamatoria, lesiones compatibles, mejoría con tratamiento inmunosupresor...)

El diagnóstico diferencial es extenso con otras enfermedades cutáneas. El PG es un diagnóstico de exclusión. Se debe realizar anamnesis completa, examen físico y biopsia.

Tratamiento: en lesiones leves y localizadas, corticoides y tacrolimus tópicos. En enfermedad moderada, corticoterapia sistémica /inmunosupresores (ciclosporina). Como tratamiento de segunda línea, antiTNF alfa como infliximab. En formas más agresivas, micofenolato, MTX, azatioprina y en formas graves inmunoglobulinas ev y agentes alquilantes.

Es primordial la sospecha clínica sobre todo en úlceras crónicas de evolución tórpida.





DESCRIPCIÓN DE LAS TRANSFUSIONES DE HEMATIES EN PACIENTE PALIATIVO Y CRONICO REALIZADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES EN 12 MESES.

Madrigal Madero E¹, Santiago M¹, Iarrazabal A¹, Landa A¹, Irurzun J¹, Fernandez S¹, Basterretxea A¹

¹ Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia, España

Introducción

Las transfusiones domiciliarias son una herramienta beneficiosa para el paciente que posibilita evitar derivaciones al hospital y que permite ahorrar en costes.

Encontrar artículos publicados que describan y/o evalúen las transfusiones de hematíes realizadas a pacientes paliativos y crónicos domiciliarios en España es dificultoso.

El plan de cuidados paliativos de la CAV define a los servicios de HaD como los recursos específicos para la atención a la complejidad en sus propios domicilios a los pacientes paliativos.

Objetivos

Describir las transfusiones de hematíes y su seguridad en los pacientes paliativos y crónicos domiciliarios del Servicio de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario de Cruces en un plazo de 12 meses.

Metodología

Estudio descriptivo mediante los registros de historias clínicas electrónicas de las transfusiones realizadas en domicilio en un plazo de 12 meses. Utilización de estadísticos descriptivos para variables cualitativas, estadísticos muestrales para variables cuantitativas, variables de eficacia y seguridad presentadas mediante descriptivos con intervalos de confianza (95%). Software estadístico SPSS vs 23.0.

Resultados

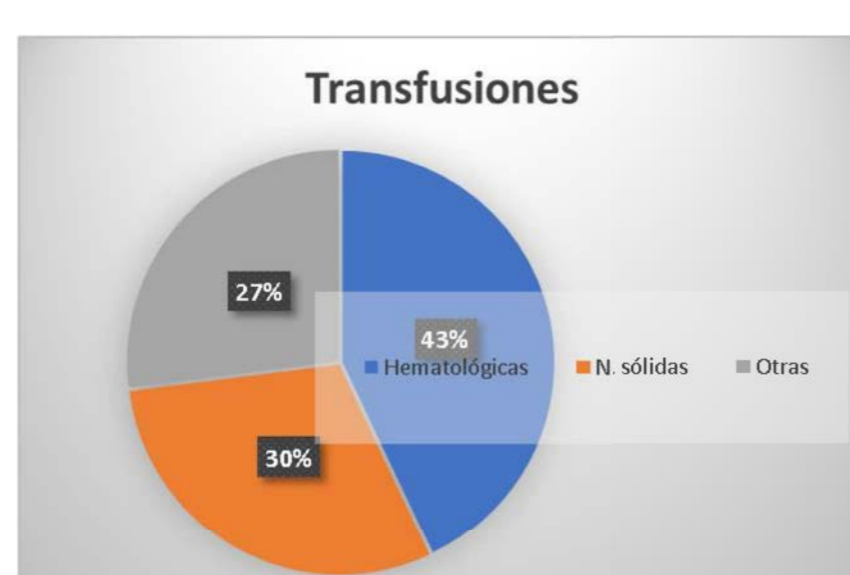
Revisión de 371 transfusiones realizadas en pacientes paliativos y crónicos (39% hombres 61% mujeres) con edad media $81,66 \pm 8,74$. Dos escenarios, pacientes remitidos desde atención primaria para transfusión/ decisión de transfusión por parte del servicio de Hospitalización a Domicilio en pacientes ya ingresados en dicho servicio (85%) y pacientes derivados por especialidades hospitalarias para transfusión (15%). Las enfermedades hematológicas malignas son la principal causa (43,2%) seguidas de las neoplasias solidas (29,9%). El 63% de las transfusiones estuvieron basadas en criterios clínico-analíticos, y el 37% en criterios clínicos según las SETS. La hemoglobina media fue de $7,4 \pm 0,96$.

No se presentaron reacciones adversas en las transfusiones ni complicaciones instrumentales en la infusión.

Conclusiones

El envejecimiento de la población y las enfermedades terminales nos inducen a buscar medios para una atención de calidad y adecuación en su propio entorno.

Destacar la eficacia y seguridad de las transfusiones en domicilio evitando: la movilización de pacientes frágiles, el consumo de recursos hospitalarios, y todo ello sin complicaciones ni efectos adversos.



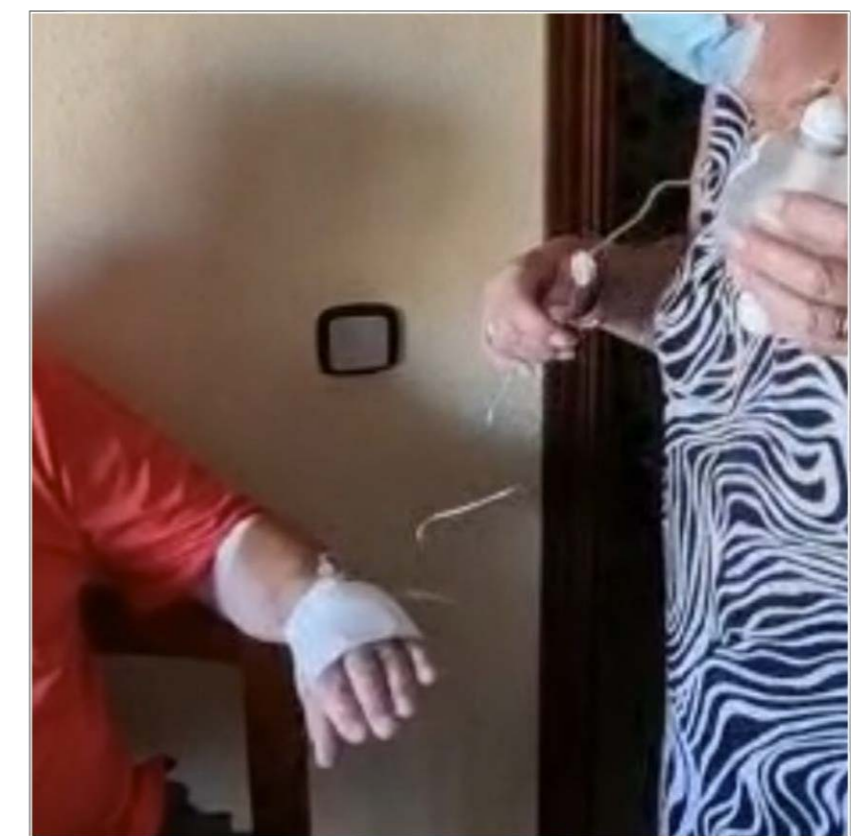


OPTIMIZACIÓN DE VISITAS CON INFUSORES ELASTOMÉRICOS



Desde el inicio de la unidad se realizaban visitas diarias para administración de antibioterapicos de manera presencial.

Cuando el paciente presenta estabilidad clínica, un cuidador principal participativo y dispuesto, se le propone para autoinfusores.



Se realiza petición al Servicio de Farmacia para carga y aportación de infusores elastoméricos para asegurar estabilidad microbiológica del fármaco.

Enseñamos del uso y manejo de autoinfusores tanto al paciente como a cuidador principal



Empoderamos al paciente, proporcionándole más libertad e independencia, optimizando el tiempo del paciente y del equipo.

R e s u l t a d o s	Más de 15 días	• 10,8 visitas ahorradas.
	Entre 7 y 15 días	• 4,92 visitas ahorradas
	Menos de 7 días ingresados	• 2,2 Visitas ahorradas



RELACION DE LA ESCALA GIJON SOBRE EL MANTENIMIENTO DE LA CURA DE UN PICC EN PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

L.J. Maderuelo García , A. Masa González , M. Alonso González, R. Sanz Paredes ,L.C. Merino García,
Hospital Clínico Universitario, Valladolid

ANTECEDENTES

PICC es el catéter central de inserción periférica

Acceso venoso

- Vena basílica
- Vena Braquial
- Vena cefálica

Lugar de colocación

Zona medial vena cava superior distal

PICC necesita un mantenimiento y cuidado especial para evitar la infección.

Se realiza la Escala Gijón en pacientes portadores de PICC, y a través de sus 5 ítems se obtiene una valoración sociofamiliar, que permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social.

OBJETIVOS

Valorar el mantenimiento del apósito PICC por parte del paciente en relación con la puntuación obtenida en la escala Gijón.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal

Muestra de 89 pacientes

Unidad de Hospitalización a Domicilio del HCUV

Escala Gijón

- < 10 puntos, Normal o riesgo social bajo.
- 10 a 16 riesgo social intermedio.
- > 17 riesgo social elevado

RESULTADOS

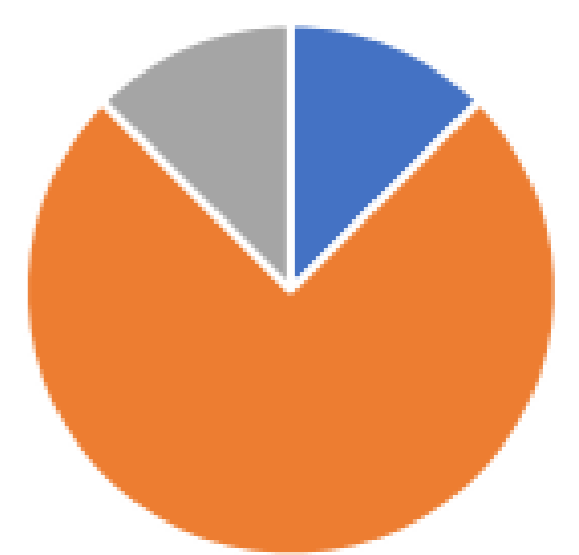
El 35 % de los pacientes que participaron en el estudio precisaban cura del apósito del PICC con una frecuencia inferior a 3 días:

- El 10% puntuación menor a 10, riesgo social bajo.
- El 80 % puntuación de entre 10-16 en la escala Gijón, riesgo social intermedio.
- El 10% una puntuación mayor de 17, riesgo social elevado.

Pacientes



Pacientes - Grado social.



■ Cura frc < 3 días ■ Cura Frc > 3 días

■ R.S. Bajo ■ R.S. Intermedio ■ R.S. Elevado

CONCLUSIONES

Un riesgo social elevado o intermedio provocan una menor integración del paciente en el mantenimiento activo de apósito del PICC, incrementándose las posibilidades de pérdida accidental e infección

BIBLIOGRAFIA

1. García Velasco, Sánchez Morago, S., García González, R., Gago Fornells, M. Actualización de conocimientos en terapia intravenosa. [Monografía en internet]. Asociación de Equipos de Terapia Intravenosa; 2015 [acceso 13 de julio de 2017]. Disponible en http://www.vygon.es/wpcontent/uploads/sites/4/2015/08/terapia_intravenosa1.pdf
2. Solano JJ. La hospitalización en el anciano. Problemas sin resolver. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997;32:253-5.
3. Grosklags A et al. El libro del PICC. Una guía para profesionales clínicos. BARD Access Systems; 2015.





Jordi Pradillo Cortés
UHD Hospital Dos De Maig - Consorci Sanitari Integral, Barcelona

EXPERIENCIA SOBRE EL USO EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL TRATAMIENTO ENDOVENOSO CON PROSTAGLANDINAS EN PACIENTES CON ISQUEMIA DE EXTREMIDADES INFERIORES

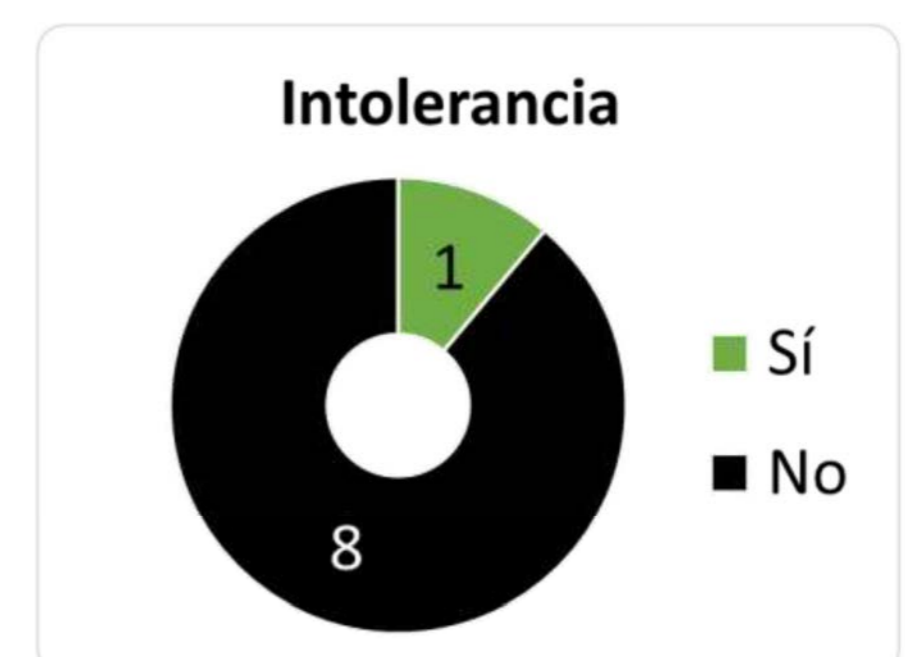
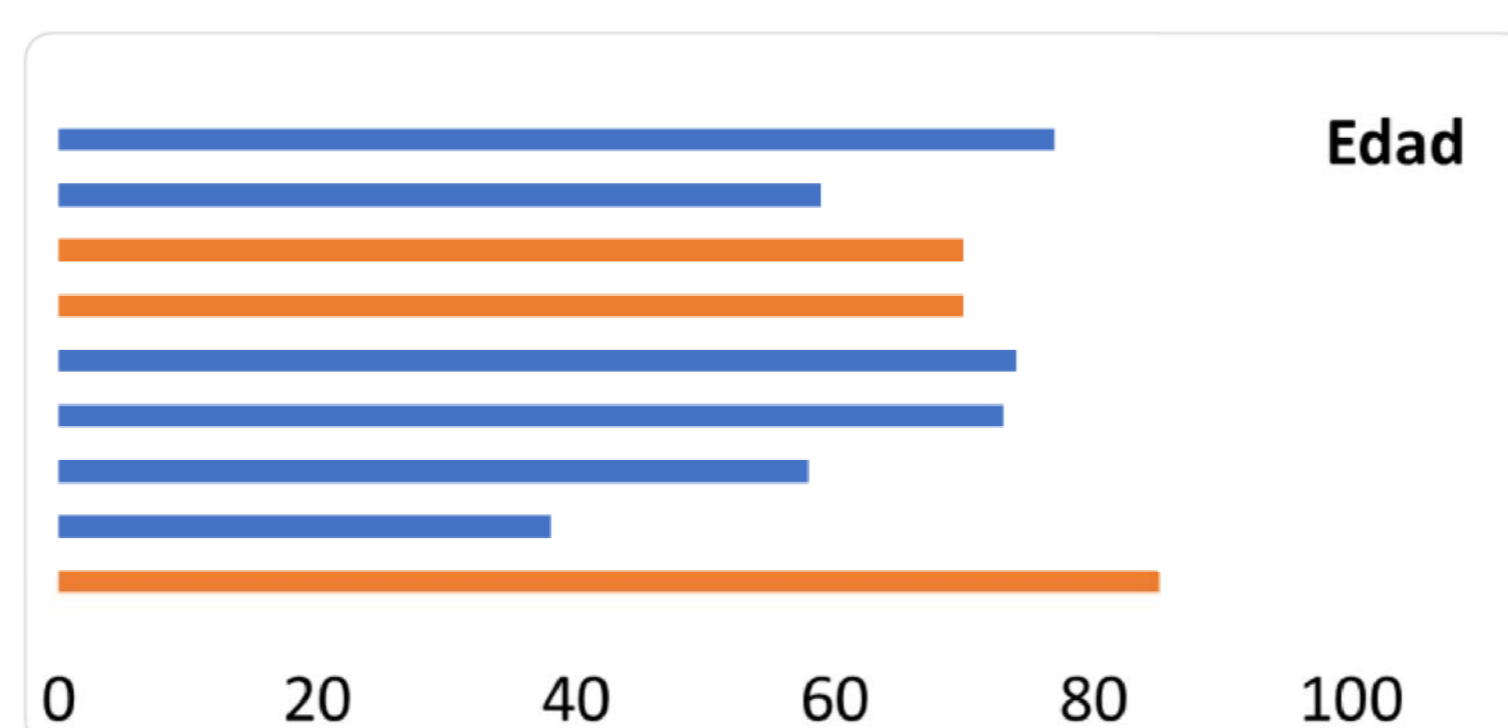
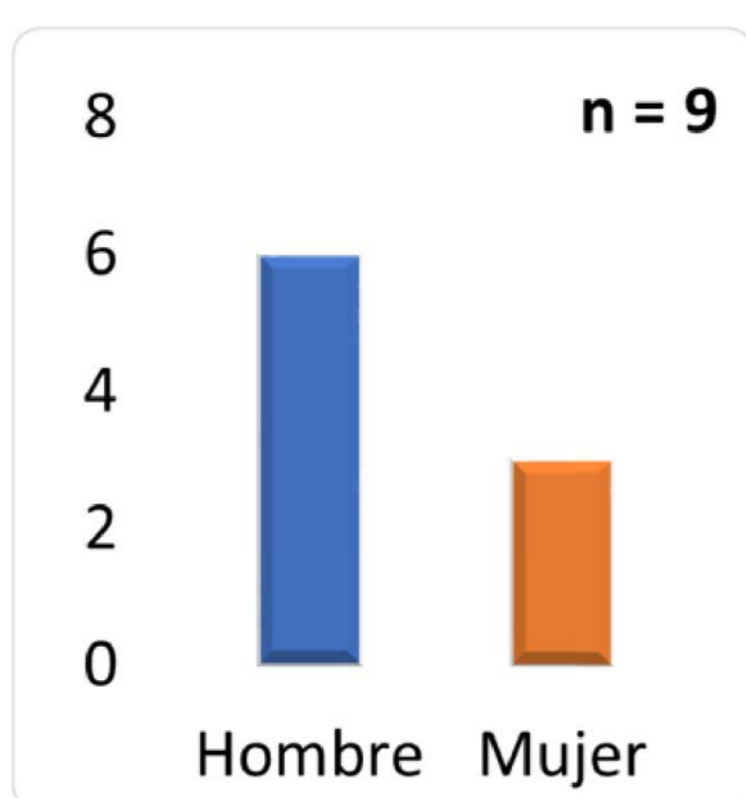
Introducción

Los análogos sintéticos de la prostaciclina, potentes vasodilatadores e inhibidores eficaces de la agregación plaquetaria, se han utilizado satisfactoriamente en el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar. También se describe su uso con grados variables de eficacia en el tratamiento de la isquemia de las extremidades, aterosclerosis obliterante, fenómeno de Raynaud e insuficiencia cardíaca congestiva. Algunas UHD administran este tratamiento, con resultados controvertidos.

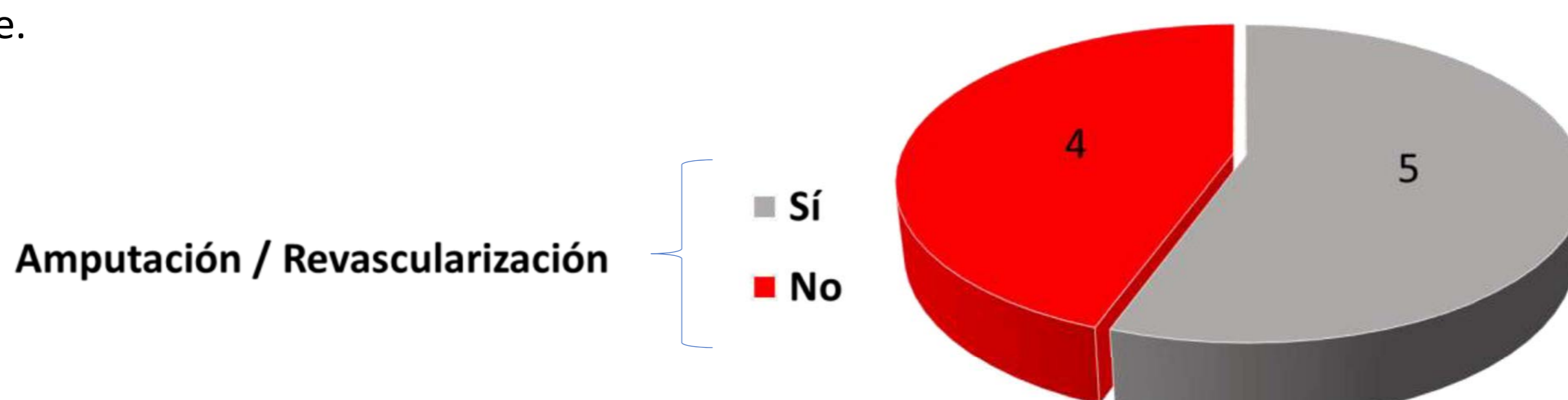
Objetivo : Estudio de la eficacia de los análogos de prostaglandinas / prostaciclina administrados en el domicilio por una UHD para evitar la revascularización / amputación por parte de Cirugía Vascul ar (CVAS) a un grupo de pacientes con isquemia severa de extremidades inferiores.

Material y método : Se incluyen todos los casos de pacientes ingresados en la UHD Dos de Maig durante el periodo enero de 2019 - agosto de 2022, a solicitud de CVAS, con el diagnóstico de isquemia arterial severa, y que fueron tratados con alprostadilo durante máximo 4 semanas. Se han revisado las historias clínicas de los pacientes (días de ingreso, necesidad de reingreso hospitalario, necesidad y tiempo de latencia para amputación / revascularización, efectos adversos e intolerancias al tratamiento).

Resultados



En 4 pacientes de los 9 tratados con alprostadilo se pudo evitar hasta día de hoy la amputación / revascularización (en 2 desde 2019, en 1 desde 2021 y otro actualmente pendiente de decisión por CVAS). En 1 paciente la isquemia progresó, pero no fue amputado por derivación a curas paliativas. Los otros 4 pacientes fueron amputados / revascularizados en un promedio de 3.5 semanas después del tratamiento (rango 2-6 semanas). Únicamente se reportó intolerancia (cefalea) en 1 paciente.



Conclusiones

Se precisa más experiencia clínica y mayor tamaño muestral que determine la efectividad del tratamiento para evitar amputaciones/revascularizaciones, pero existen indicios que puede conseguirlo en determinados pacientes.



INGRESO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO



Hospital Universitari Mútua Terrassa

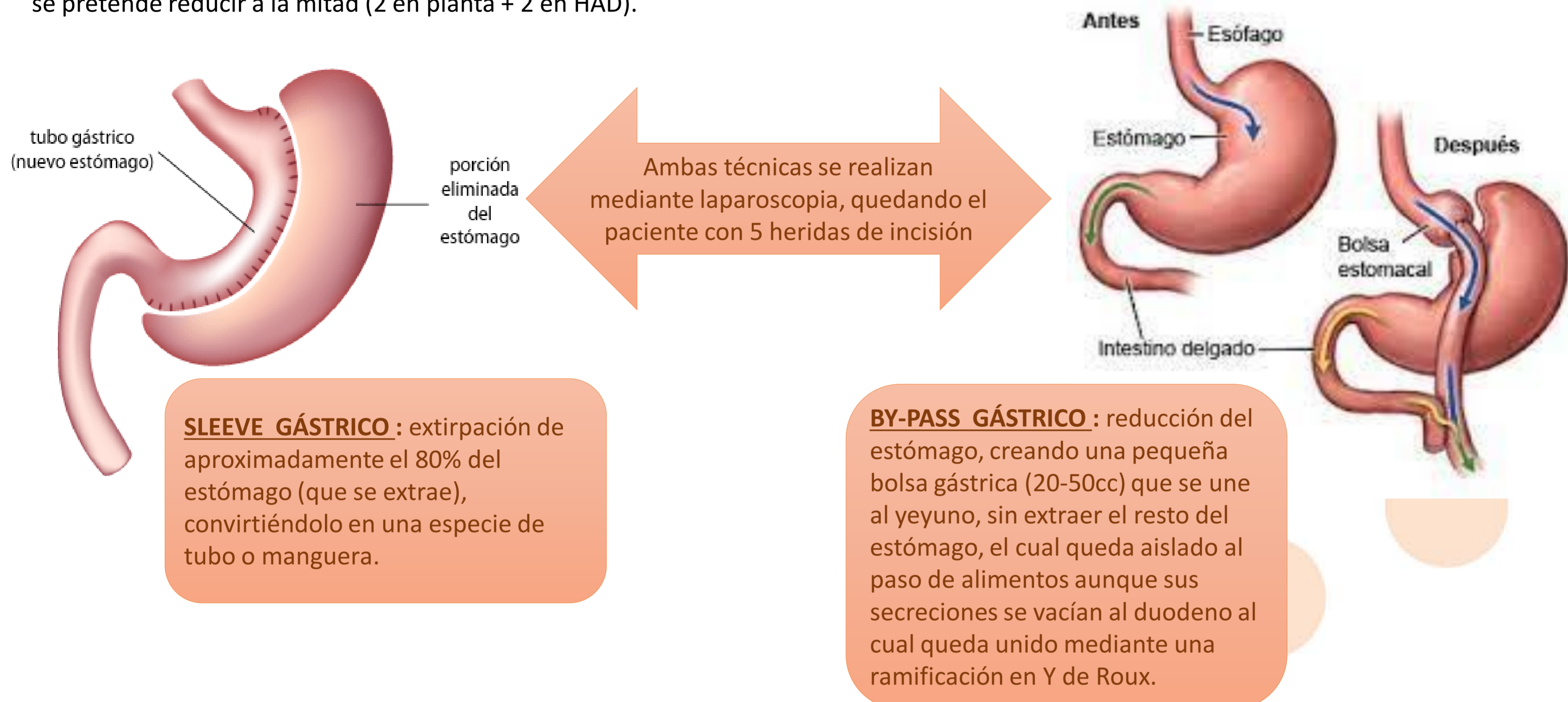
M. Martínez Gil¹; G. Araujo Espinoza¹; N. Puértolas Rico⁴; A. Sánchez Martínez⁴; E. Cecilia Prades³; L. Ortega Polonio³; S. Platero Roig³; M. Carrasco Sánchez³; I. Arancibia Freixa² (¹ Médico adjunto, ² Jefa de Servicio, ³ Enfermera. Servicio de Hospitalización a Domicilio. ⁴ Médico adjunto Servicio Cirugía General. Hospital Universitari Mútua Terrassa, Barcelona, Catalunya).

mireiamartinez@mutuaterrassa.cat



Introducción

En agosto 2021, empezamos colaboración con el equipo de cirugía esófago-gástrica de nuestro hospital para ingresar en HAD los post-operados de cirugía bariátrica (tanto sleeve como by-pass), para acortar los días de ingreso hospitalario. Estos pacientes ingresaban 4 días en el hospital, y se pretende reducir a la mitad (2 en planta + 2 en HAD).



Objetivos

Evaluar si la experiencia de esta colaboración es eficaz y podemos mantenerla.

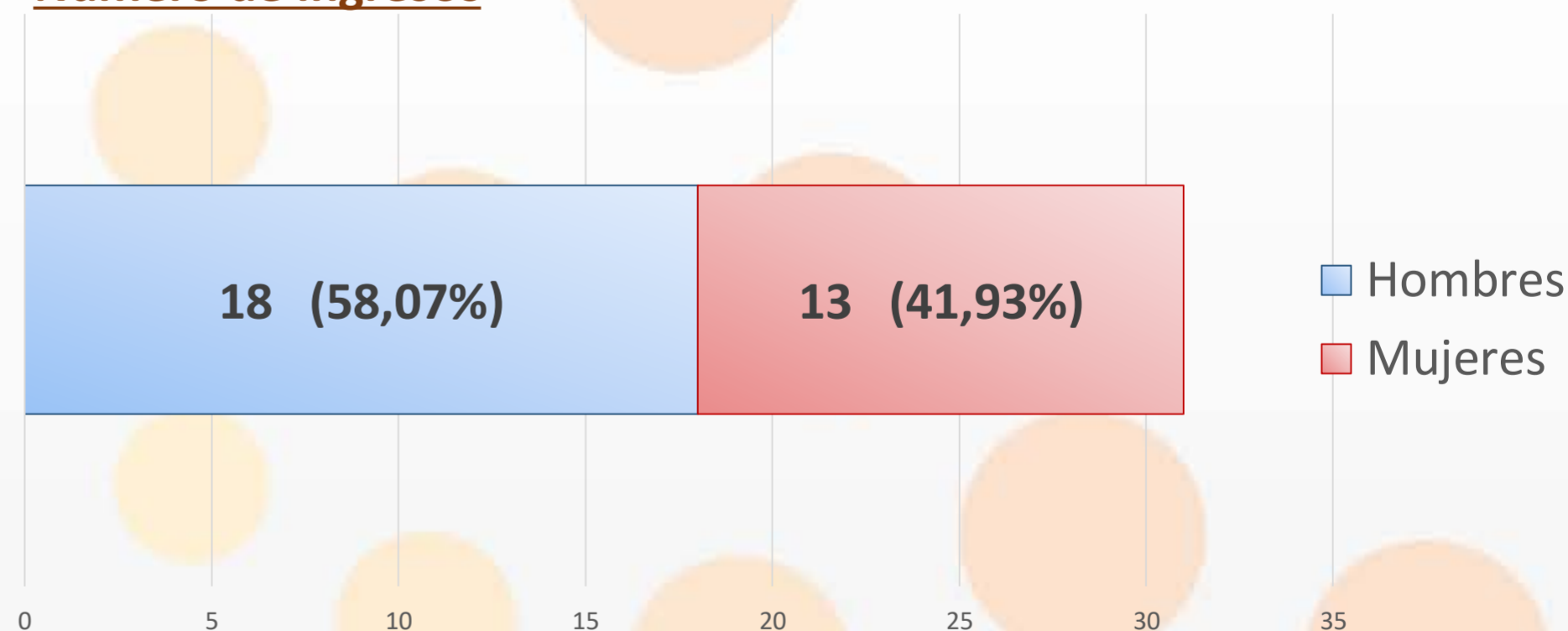
Material y Métodos

Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados por este motivo en el primer año del protocolo (agosto 2021 – agosto 2022)

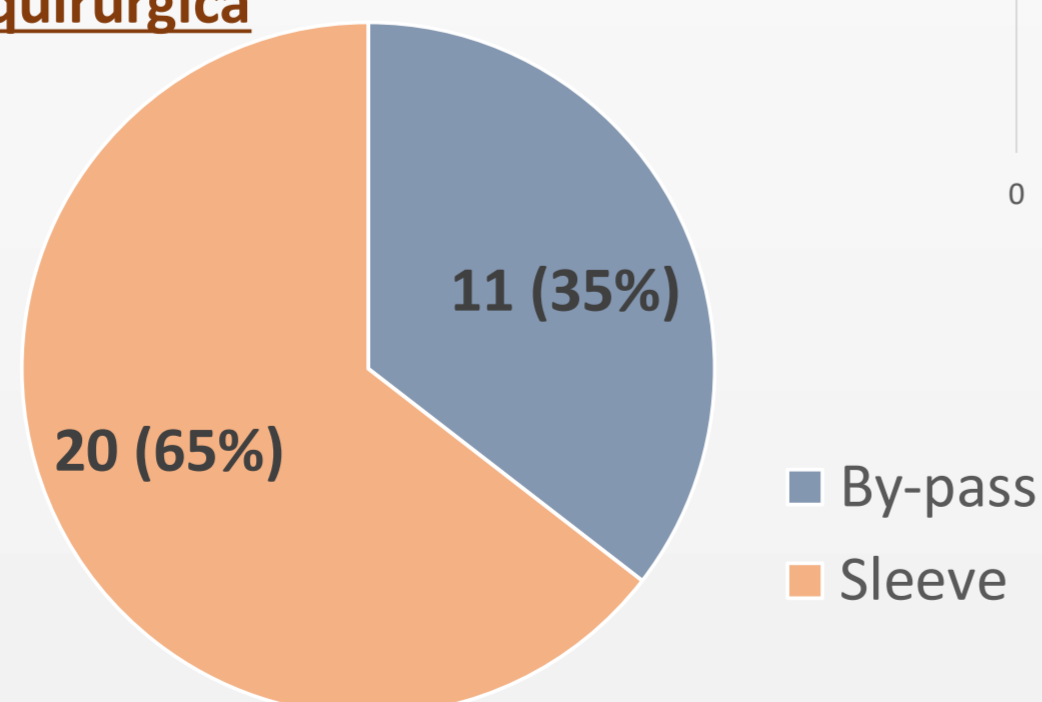
Resultados

- ✓ Edad media: 47,3 años (entre 22 y 63).
- ✓ Estancia media: 2 días (excepto 2 pacientes que por complicacions menores de las heridas cutáneas quedaron ingresados en HAD 10 y 12 días).
- ✓ Ninguno precisó reingresar en el hospital.

Número de ingresos



Técnica quirúrgica



Conclusiones

Reducir la estancia hospitalaria de los pacientes post-operados de cirugía bariátrica mediante su ingreso en HAD a las 48h de la intervención ha sido un éxito, independientemente de la técnica quirúrgica usada. Mantendremos este nuevo protocolo, por su beneficio para los pacientes y para el hospital.



MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Carolina Herrera Jaramillo, María Teresa Muñoz Fernández, Antonia López Sánchez, Belén De La Fuente Penco, Anna Peig Font



El dolor postoperatorio moderado-severo es la complicación más frecuente en las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), descrita en un 20-30% de los pacientes en las 24-48 horas postoperatorias, siendo causa de retraso en el alta y reingreso.



OBJETIVO

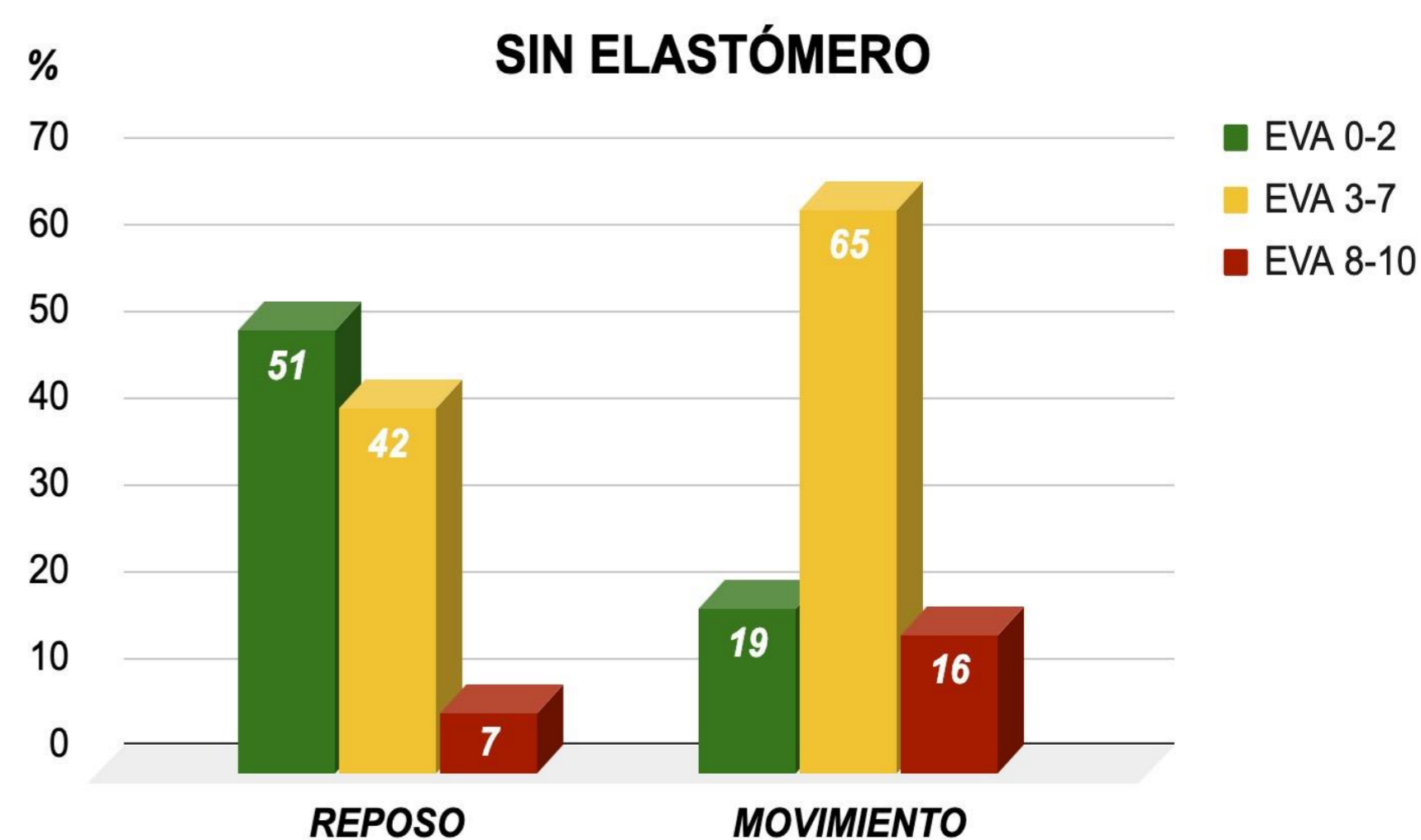
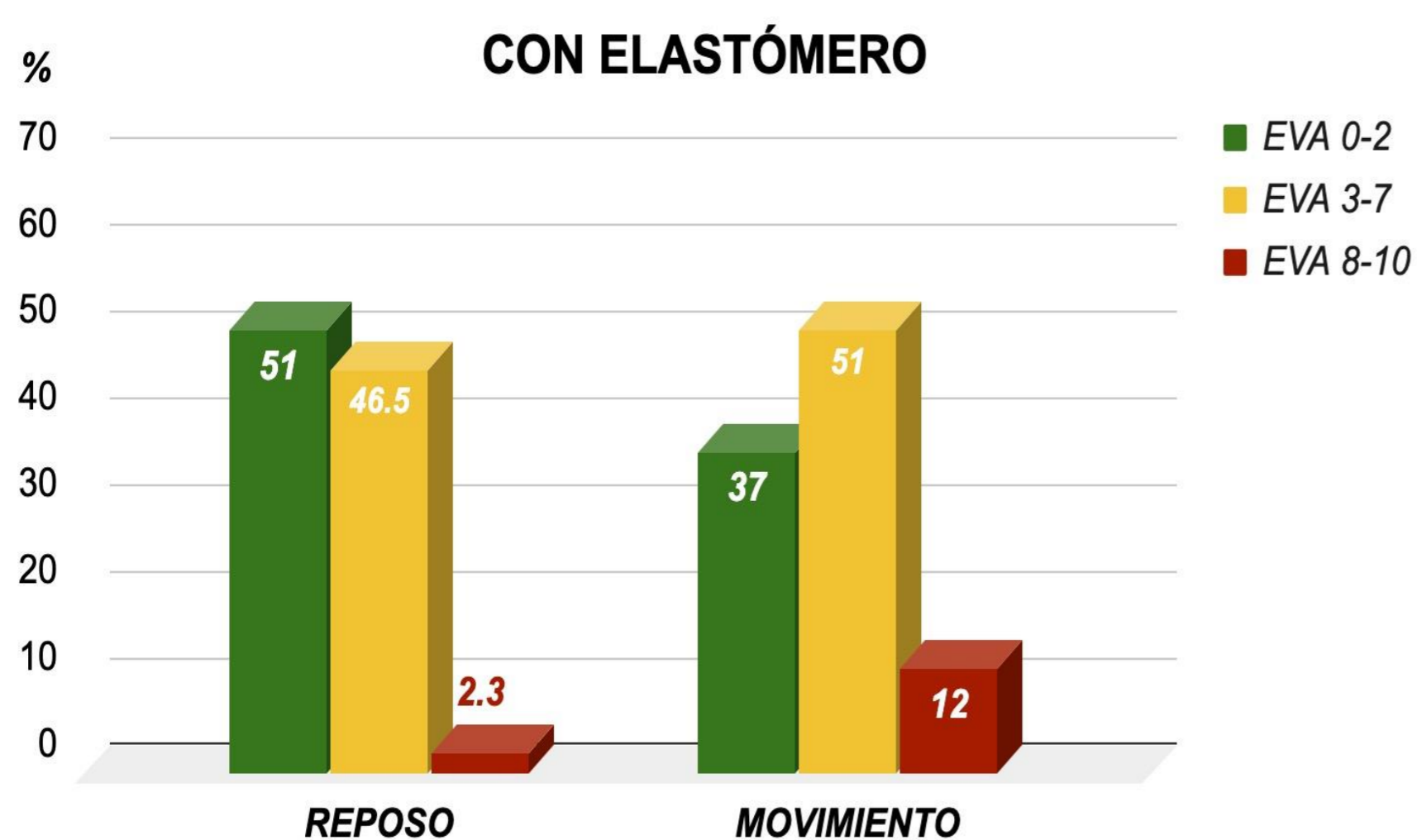
Evaluación del dolor y eficacia del tratamiento analgésico con opioides débiles y sus efectos adversos durante la Hospitalización en Atención Domiciliaria (HAD) en CMA de hemorroidectomía y artroscopia de hombro con sutura de ligamentos (AHSL) en el Consorci Sanitari de Terrassa/Barcelona.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. Se evaluó la intensidad del dolor mediante la Escala Visual Analógica del dolor (EVA) en reposo y movimiento al ingreso en HAD y al alta, reacciones adversas a medicamentos y grado de satisfacción del paciente.

RESULTADOS

Total de 43 pacientes entre noviembre de 2021 y agosto de 2022 de los cuales el 49% fueron hemorroidectomías y el 51% AHSL.



Un 23% de los pacientes presentaron efectos adversos (náuseas/vómitos).

En un 98% de los casos el grado de satisfacción fue valorado como muy bueno.

CONCLUSIONES

La analgesia endovenosa de forma continua en el ámbito domiciliario durante el postoperatorio de CMA presenta beneficios como el control dinámico del dolor, menor número de efectos adversos y mayor grado de satisfacción en los pacientes.

Evidenciamos que al retirar el elastómero un porcentaje importante de pacientes presentaban dolor moderado, esto nos hace plantearnos la modificación de la duración del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria (ASECMA – Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria). López S, López A, Zaballos M, et al. 2ª Edición 2012. ISBN: 978-84-92977-29-1.
- Analgesia invasiva domiciliaria en el manejo del dolor postoperatorio en cirugía mayor ambulatoria mediante bombas elastoméricas intravenosas. Rodríguez de la Torre R, Medina Madrid E, Dávila Arias ML, et al. Rev. Soc. Esp. Dolor 2011; 11(3): 161-170.
- Control del dolor postoperatorio en hemorroidectomía ambulatoria mediante infusión endovenosa continua domiciliaria. Recasens J, Boada S, PuigR, et al. Rev. Soc. Esp. Dolor 2005; 12: 74-80.



EXPERIENCIA Y SEGURIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DE REMDESIVIR A NIVEL DOMICILIARIO

Garmendia Antia I¹, Eceolaza Gallastegui A¹, Urzay Atucha V¹, Zubizarreta García L¹, Perez Prieto I¹, Sanz Remiro M¹, Virosta Allegue M¹, Campo Artola M^a Ángeles¹

¹ Hospital Universitario Basurto, Bilbao Bizkaia, España

INTRODUCCIÓN

La pandemia por SARS-CoV2 ha supuesto un reto para el sistema sanitario. Las unidades de Hospitalización a Domicilio (HaD) han demostrado una gran capacidad de respuesta para atender a los pacientes más vulnerables en su domicilio.

OBJETIVO

Exponer la experiencia de una unidad de HaD en el tratamiento precoz de la infección por SARS-CoV2 en pacientes con factores de riesgo para desarrollar COVID grave.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado de forma retrospectiva todos los pacientes que han recibido tratamiento precoz con Remdesivir en HaD desde abril a julio de 2022.

RESULTADOS



Se han incluido 23 pacientes, de los cuales 12 han sido hombres y 11 mujeres. La media de edad fue de 65 años (31-94). Entre los factores de riesgo que indicaron el tratamiento, el trasplante de órgano sólido fue el principal motivo (48%), seguido de los mayores de 65 años con al menos una de las condiciones de alto riesgo establecidas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (17,4%) y los pacientes con una enfermedad autoinmune que recibían tratamiento inmunosupresor (17,4%). El tratamiento se administró de media a los 4,69 días desde el inicio de los síntomas (2-7) y no se notificaron efectos adversos. Sólo un paciente ha precisado ingreso hospitalario por neumonía COVID.

CONCLUSIONES

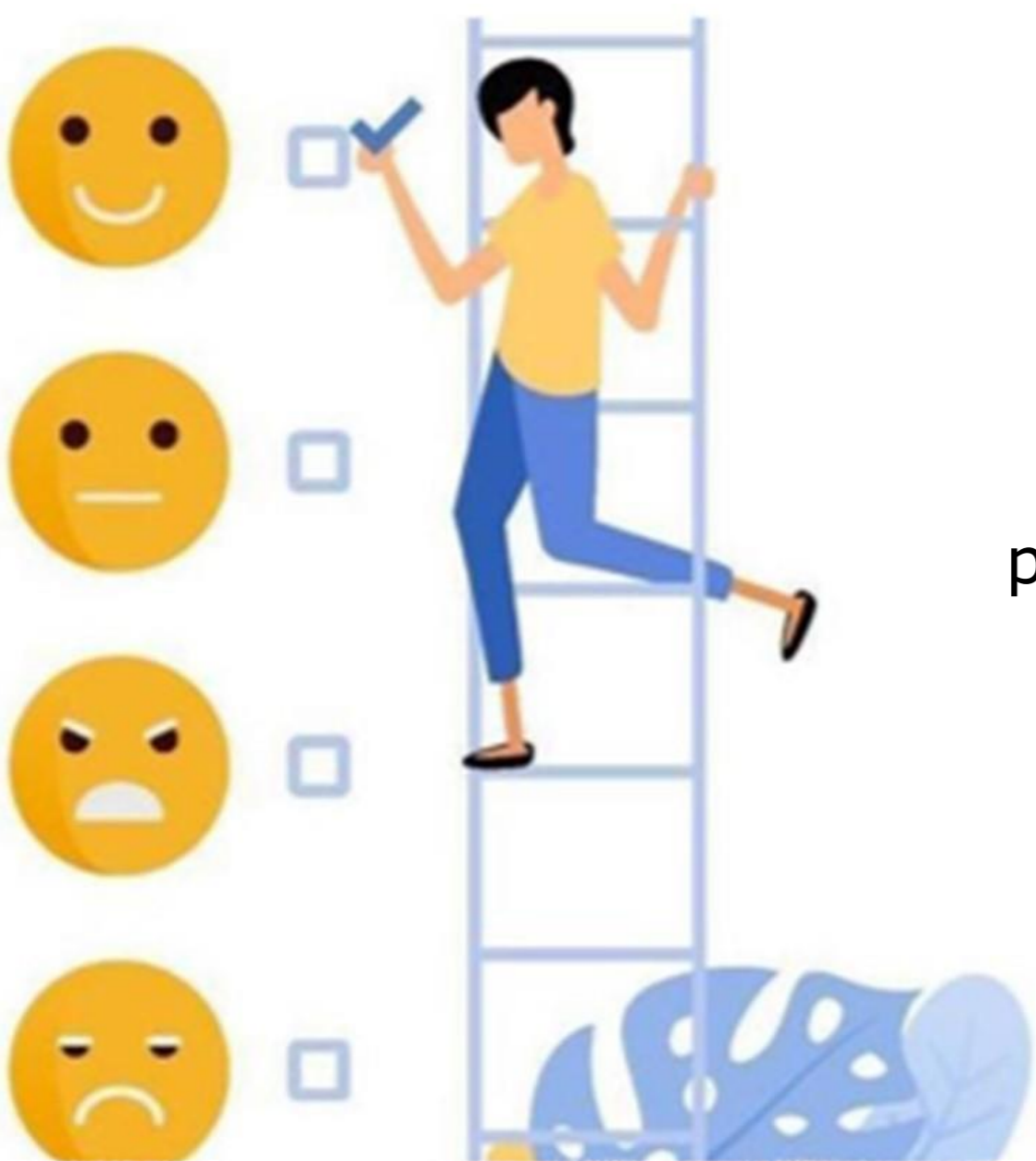
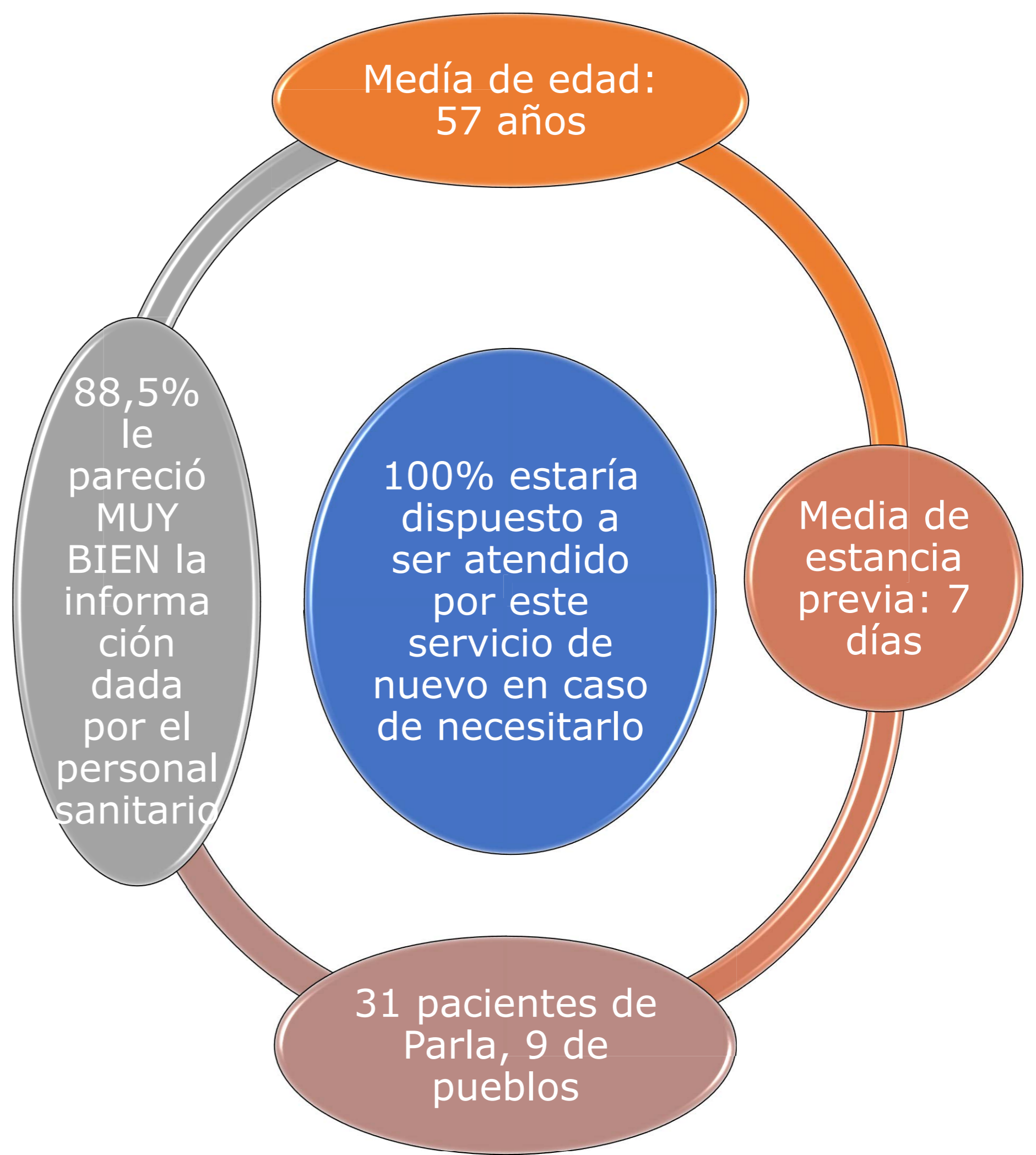
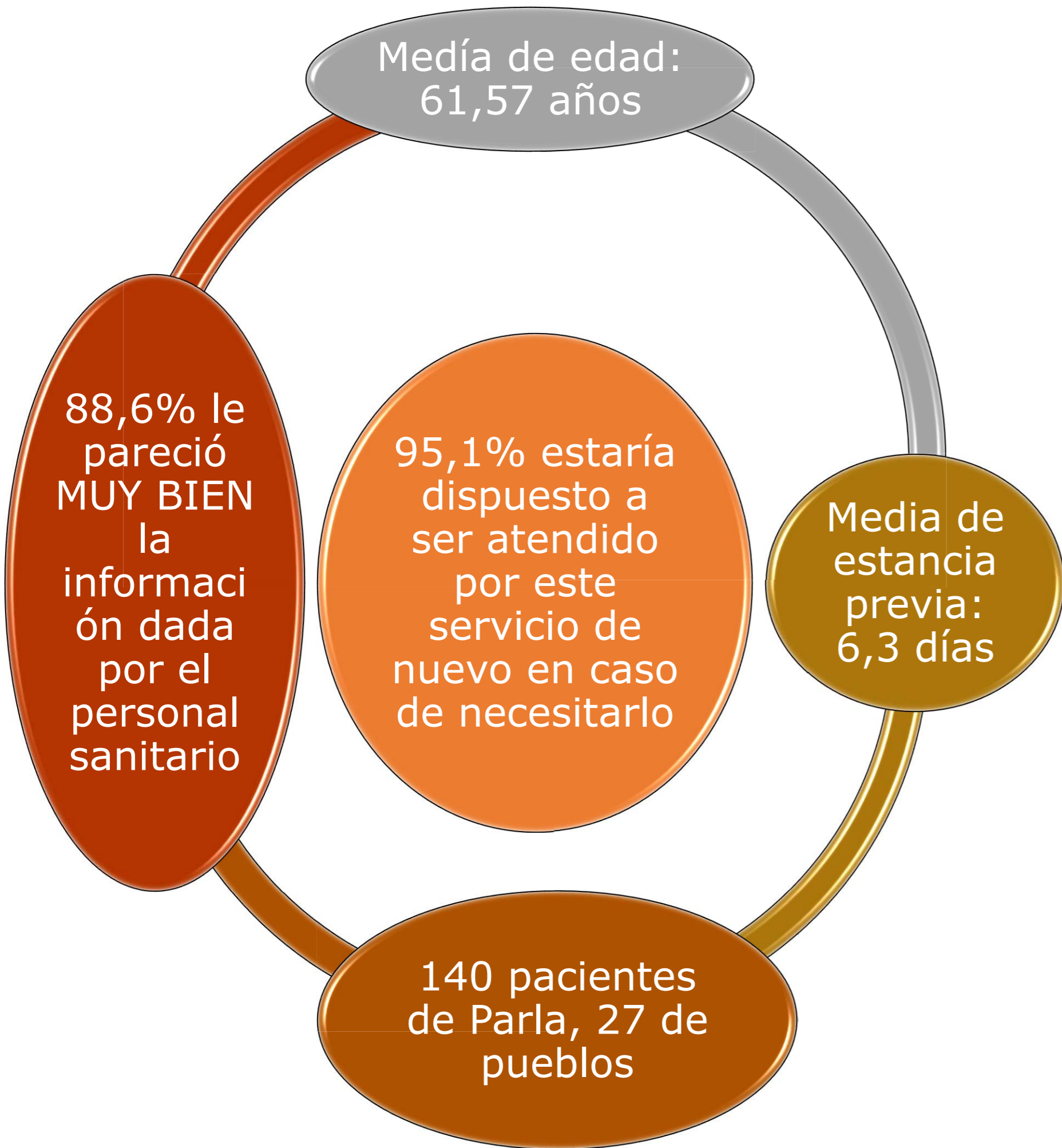
- La pandemia del COVID está en constante evolución y en consecuencia surgen nuevos tratamientos.
- Las unidades de HaD han demostrado una gran capacidad de adaptación para continuar atendiendo a los pacientes más frágiles en el domicilio y así evitar el ingreso hospitalario con el riesgo que ello supone.
- En nuestra limitada experiencia podemos decir que la administración de Remdesivir en domicilio ha sido segura y eficaz, si bien son necesarios más estudios que avalen la eficacia y seguridad del Remdesivir en este contexto.



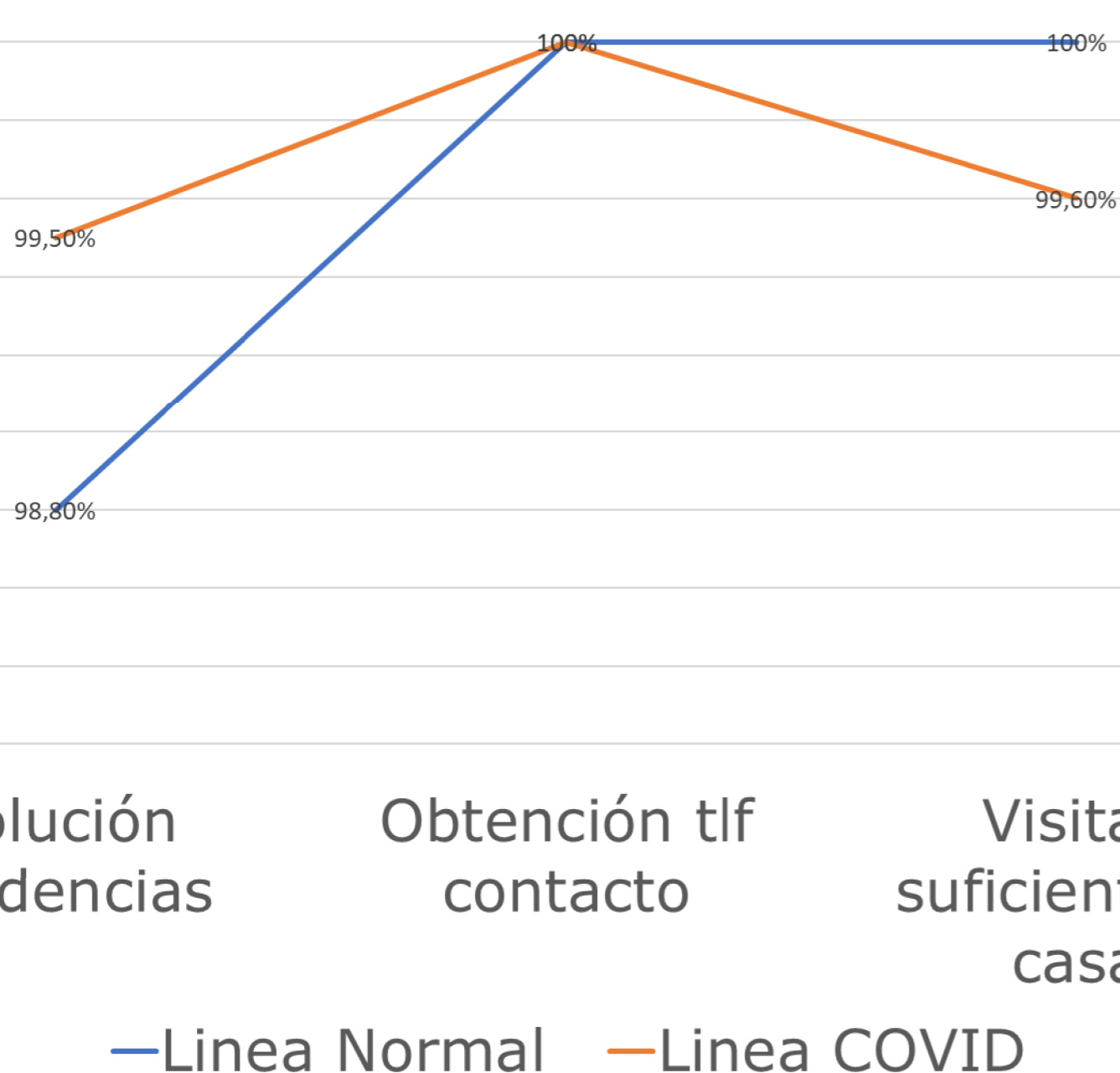
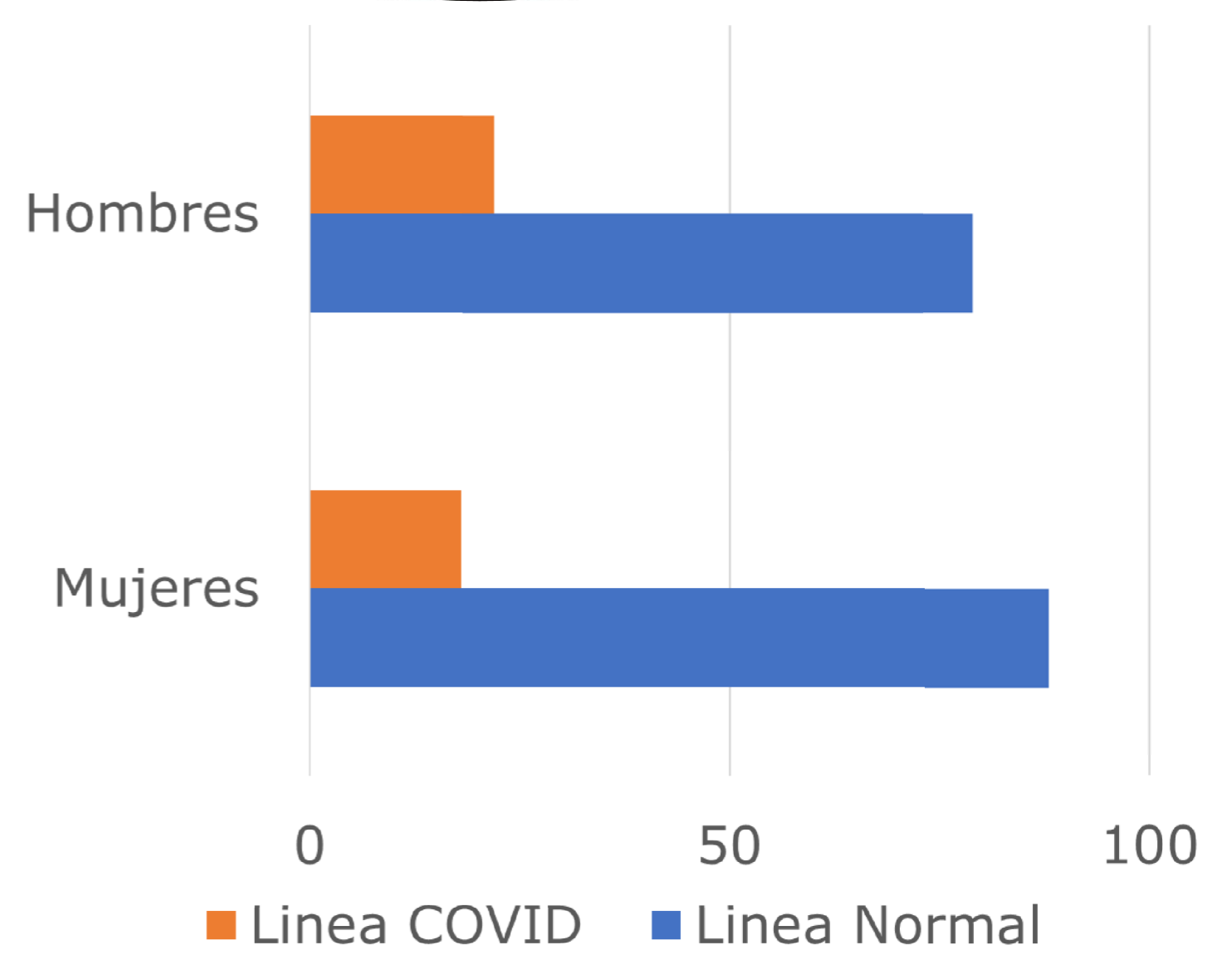
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO 2021

Valores extraídos de la Línea normal

Valores extraídos de la Línea COVID



El 84,05% de la Línea normal han mostrado un nivel de satisfacción MUY ALTO. En comparación, la línea Covid solo el 75% permanece en este nivel y el 25% satisfechos.



SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA CRISTINA Ejercicio 2020-2021

Valoración proporcionada a los pacientes recogida al final de la estancia generando una satisfacción en más del 80% de los pacientes, ayudando a incorporar al paciente en su medio, proporcionándole las herramientas para su autocuidado y favoreciendo la movilidad desde el primer momento.

Realizado por el Equipo de Hospitalización a Domicilio.



MANEJO DE PACIENTES CON CATÉTER PLEURAL TUNELIZADO PERMANENTE EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

R. Sanz Paredes, L.J. Maderuelo García, A. Masa González, M. Alonso González, L.C. Merino García
Hospital Clínico Universitario, Valladolid

ANTECEDENTES

El derrame pleural recidivante maligno es frecuente en pacientes con enfermedades neoplásicas, siendo el cáncer de pulmón, mama, linfoma y leucemia los más prevalentes. Representa un estado avanzado de la enfermedad e indica mal pronóstico. El derrame pleural recurrente causa síntomas respiratorios (disnea, tos) y disminuye la calidad de vida de los pacientes. La utilización de catéteres pleurales tunelizados permanentes es una alternativa eficaz para tener un adecuado control de los síntomas. La finalidad es aliviar la disnea producida por el derrame pleural y sólo se debe realizar si el paciente presenta síntomas respiratorios, no drenando más de 1000 ml en cada intervención.

OBJETIVOS

Control y seguimiento ambulatorio de los pacientes portadores de catéter pleural tunelizado permanente en una Unidad de Hospitalización a Domicilio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Clínico Universitario de Valladolid portando catéter pleural permanente tunelizado durante el año 2021. La inserción de estos catéteres se realizó de forma ambulatoria con anestesia local y/o ligera sedación. Es un procedimiento fácil de realizar, mínimamente invasivo y con escaso dolor durante su colocación, y también de fácil manejo para los pacientes y/o familiares, con la ventaja de poder evacuar intermitentemente el líquido pleural desde su domicilio, cuando lo precisan.

RESULTADOS

Un total de 3 pacientes procedentes del servicio de Neumología fueron incluidos en el estudio. El diagnóstico principal estaba relacionado con neoplasia pulmonar en todos los casos. Todos los pacientes reportaron disminución de los síntomas (disnea, tos) tras la intervención. Las complicaciones (dolor, infección local) fueron escasas. Permanecieron en la unidad una media de 47.6 días, falleciendo en su domicilio.

POBLACIÓN DE ESTUDIO	
Nº DE PACIENTES	3
SEXO	MASCULINO
EDAD	78.2
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	NEOPLASIA PULMONAR
ESTANCIA MEDIA (DÍAS)	47.6

COMPLICACIONES TEMPRANAS	
NEUMOTORAX	1
DOLOR	3
INFECCION LOCAL	1
SANGRADO	0

COMPLICACIONES TARDÍAS	
INFECCION PLEURAL	0
OBSTRUCCION DEL CATETER	1
METASTASIS EN EL TRAYECTO SUBCUTANEO	0

CONCLUSIONES

- El catéter pleural tunelizado permanente representa una alternativa eficaz y segura en el manejo de derrames pleurales recurrentes y sintomáticos.
- Buena alternativa para aumentar la calidad de vida de estos pacientes, puesto que mejora la sintomatología y disminuye el número de ingresos o asistencias a urgencias por estos motivos.
- La inserción de un catéter pleural permanente no está exenta de complicaciones, las cuales son menores si está bien indicado y se siguen las recomendaciones de buen manejo e higiene.





TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO INTRAVENOSO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

A. Masa González, M. Alonso González, R. Sanz Paredes, L.J. Maderuelo García, L.C. Merino García.
Hospital Clínico Universitario, Valladolid

ANTECEDENTES

La administración de tratamiento antibiótico por vía intravenosa ha necesitado históricamente la hospitalización del paciente durante un tiempo variable, dependiendo del tipo de infección y de la evolución del paciente. Se ha observado en la bibliografía de los últimos cinco décadas la efectividad de la administración de antibioterapia en el domicilio, facilitado por los numerosos avances tecnológicos desarrollados en el campo de la infusión intravenosa, lo que lo convierte en una realista alternativa viable a un ingreso hospitalario.

OBJETIVOS

Describir los tratamientos antibióticos realizados en el domicilio y valorar la efectividad, tipo de infección, servicio de procedencia, vía de acceso, complicaciones y pronóstico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los años 2019 y 2020 de 127 pacientes pertenecientes a la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESULTADOS

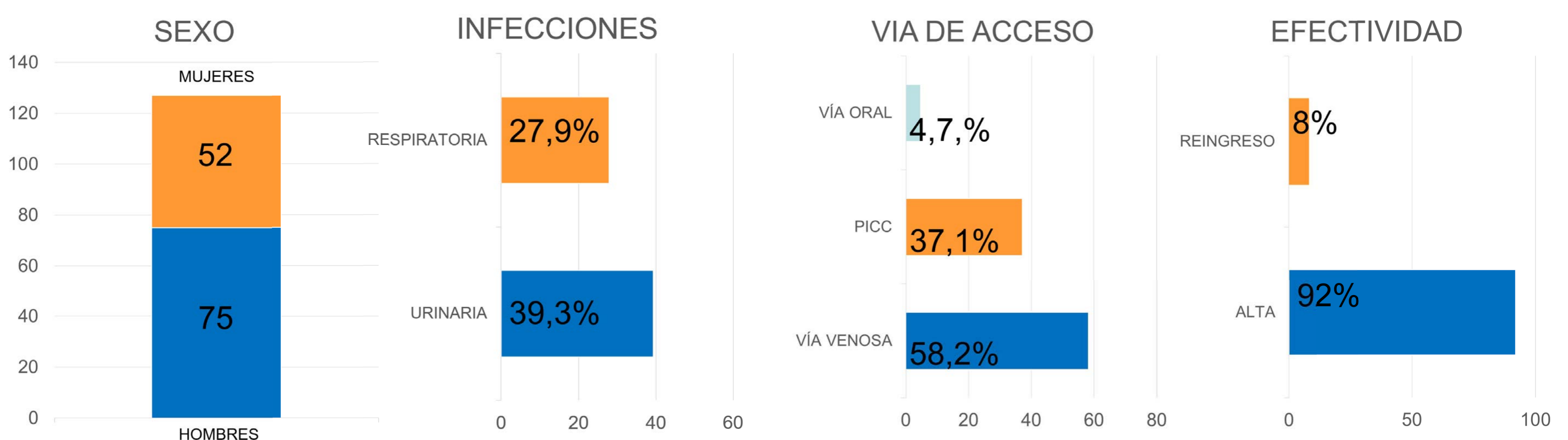
Se trataron 127 pacientes (75 hombres y 52 mujeres), la edad media fue de 63,4 años (límites 17-96).

La infección más frecuente fue la urinaria (39,3%) seguida de la respiratoria (27,9%).

La ceftriaxona fue el antibiótico más utilizado, siendo la vía venosa periférica la vía de acceso más utilizada (58,2%) seguida del PICC (37,1%).

En 62 ocasiones se utilizaron bombas de infusión programables, siendo en estas el antibiótico más utilizado la ceftazidima.

El 92% fue dado de alta por evolución favorable y el 8% reingresó por empeoramiento.



CONCLUSIONES

- Los resultados obtenidos sugieren que la terapia antibiótica realizada en el domicilio del paciente es efectiva, con escasas complicaciones, con el consecuente ahorro y comodidad para el paciente y la familia.
- El hecho de que el personal médico y de enfermería cualificado se haga cargo del seguimiento garantiza la correcta atención de estos pacientes en su domicilio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gertman OM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing days of hospital care. *Med Care* 1981;19:855-870.
2. Hazas J, Fernandez-Miera MF, Sampedro I, Fariñas MC, García de la Paz AM, Sanroma P. Antibioterapia intravenosa domiciliaria. *Enferm Infecc –microbiol Clin* 1998;16:465-470.



ROTACIÓN DEL RESIDENTE MIR DE PRIMER AÑO DE CIRUGÍA GENERAL Y HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD)

MC Mias, A Escartín, R. Villalobos, Y Maestre, N Mestres, R Ribalta, N Ocaña, L Codina, D Sisó, JJ Olsina
Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

INTRODUCCIÓN: La HAD es una alternativa a la hospitalización convencional que permite la atención especializada en el domicilio. El paciente quirúrgico es un buen candidato, por lo que el **MIR en Cirugía General debería conocer su funcionamiento.**

OBJETIVOS: Describir las actividades que debería realizar un residente de primer año de Cirugía General en HAD para que alcance sus objetivos

MATERIAL Y METODOLOGÍA: Programa de formación en HADQUIRURGICA elaborado por las tutoras de Cirugía y la colaboración del equipo de HaD. Se exponen: **duración, objetivos, competencias, y actividades** que debería realizar el residente durante su rotación en HaD para poder ser evaluado

RESULTADOS

OBJETIVOS

SABER:

- cómo funciona.
- qué es la HAD
- Indicaciones en PQ

COMPETENCIAS

- ✓ **Atender** con seguridad y eficacia a pacientes quirúrgicos en el domicilio
- ✓ **Usar correctamente** los protocolos y guías clínicas de la HAD
- ✓ **Reconocer** signos de alerta de reingreso.

MIR 1
CIR



ACTIVIDADES

- **Visitas domiciliarias:**
 - Comunicación
 - procedimientos (curas complejas, drenajes)
 - seguimiento evolutivo
 - tratamientos
- **Valoración y aceptación ingresos** quirúrgicos en HAD
- Revisión en **CCEE/HD,**
- **Gestión pruebas**
- **Información paciente** (telefónica, presencial)
- **Informes de alta**
- **Gestión reingresos.**

DURACIÓN

Rotación de 1 mes (20d)

DISTRIBUCIÓN ROTACIÓN HAD mensual R1 CIRURGIA					
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
s1	VISITAS DOMICILIO	CONSULTAS EXTERNAS	ALTAS GESTIÓN PRUEBAS	VALORACIÓN INGRESOS	CONSULTAS EXTERNAS
s2	VISITAS DOMICILIO	CONSULTAS EXTERNAS	ALTAS GESTIÓN PRUEBAS	VALORACIÓN INGRESOS	CONSULTAS EXTERNAS
s3	VISITAS DOMICILIO	CONSULTAS EXTERNAS	ALTAS GESTIÓN PRUEBAS	VALORACIÓN INGRESOS	CONSULTAS EXTERNAS
s4	VISITAS DOMICILIO	CONSULTAS EXTERNAS	ALTAS GESTIÓN PRUEBAS	VALORACIÓN INGRESOS	CONSULTAS EXTERNAS

Tutorizado por el médico especialista en CIRUGIA responsable de la HaD quirúrgica

CONCLUSIONES: Las actividades identificadas y su distribución en el tiempo que rota, permitirán al residente MIR de cirugía general, saber qué se puede hacer en el domicilio a un paciente quirúrgico, y conocer como funciona esta modalidad de hospitalización no convencional



ACERCANDO EL SEVOFLURANO AL ÁMBITO DOMICILIARIO ¿MITO O REALIDAD?

Begoña Alcolea Cuevas, Amparo Galindo Carlos, Ana Belén Cabero Pérez, Irene Diestro Ramiro, Tamara Lojo Lorenzo,
Laura Núñez Tapiador, Rafael Sabido Moreno.



¿QUÉ ES EL SEVOFLURANO?

Anestésico inhalatorio derivado halogenado éter.

Las irrigaciones tópicas producen un efecto analgésico que se caracteriza por:

- Instaurarse en minutos.
- Ser lo bastante intenso como para realizar un desbridamiento cortante.
- Efecto duradero, puede extenderse hasta 12 horas.

Efecto bactericida frente a S. Aureus, P. Aeruginosa y E. Coli.

Promueve la angiogénesis.

Vasodilatadora.

Relaja la musculatura lisa disminuyendo la inflamación.

Efecto procicatrizante.

Seca el lecho de la herida.

OBJETIVOS

Dar a conocer dos casos clínicos con óptima gestión de los recursos disponibles y una excelente continuidad de cuidados durante el ingreso.

CONTRAINDICACIONES

- Antecedentes familiares de hipertermia maligna.
- Alergia o hipersensibilidad.
- Aunque no está descrito, evitar la aplicación por gestantes por efecto teratogénico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Uso de Sevoflurano de forma tópica en pacientes con grandes lesiones en miembro inferior y tendón expuesto con mala evolución de las mismas. Se fueron espaciando las curas según dolor del paciente. Se realizó seguimiento fotográfico con registro de medidas y telemonitorización de los pacientes.

REACCIONES ADVERSAS (EN TRATAMIENTO TÓPICO)

- Cefalea, mareo y náuseas **IMPORTANTE** al ser un líquido volátil debemos airear muy bien la habitación donde realicemos la técnica.
- Prurito/escozor en la zona perilesional del paciente (aplicaremos crema barrera en dicha zona para proteger la piel).

CASO 1

MLPS, 81 años.

Paciente que ingresa en MI el 20/1/22, derivada de la consulta de heridas por lesión muy dolorosa que inicia en Diciembre 2021. Sospecha de origen arteriolar.

Valorada por: traumatología C. vascular, plástica y dermatología, descartándose por los dos primeros el tratamiento quirúrgico.

Signos de desvitalización tendinosa.

Precisa escalada de analgesia incluyendo opiáceos.

Pulsos +.

JC: lesión sugestiva en el contexto de arterioesclerosis.



CASO 2

JBB, 81 años.

Acude a urgencias remitido por su MAP por mala evolución de herida en MID el 9 de Mayo 2022.

Heridas con 6-7 meses de evolución tórpida.

Realizada toma de exudado el 29/04/22, P. aeurogenosa.

Parapléjico por Sd. medular con autosondaje vesical c/5 horas.

RESULTADO DE ANGIO-TAC 26/08/22

Desde el punto de vista vascular presenta una oclusión femoral poplítea derecha no subsidiaria de revascularización por comorbilidad.

Dado que presenta una excelente evolución de las lesiones y no tiene dolor por nuestra parte continuar con tratamiento según venía realizando.

DIAGNÓSTICO

Isquemia crónica categoría 5 de Rutherford MID.

TRATAMIENTO

Continuar con curas según pauta previa.

En caso de empeoramiento derivar para valorar amputación supracondílea.



RESULTADO

El Sevoflurano y la combinación de terapias avanzadas nos permitió tener un buen control del dolor y epitelización de las lesiones mejorando notablemente la calidad de vida de ambos. No se registró ningún efecto adverso a la aplicación del Sevoflurano durante el tratamiento tópico. En la paciente del caso 1 se dejó el lecho preparado para cerrar con un injerto de cobertura. En el paciente del caso 2 se pudo evitar una amputación de la pierna

CONCLUSIONES

El uso de Sevoflurano en los domicilios es un tratamiento seguro para los pacientes con lesiones dolorosas. Como podemos comprobar, hubo una franca y palpable mejoría de los pacientes, una disminución importante del dolor y aumento de la formación del tejido de granulación. Ello evitó los posibles episodios de infección en heridas de larga evolución y con mal pronóstico a priori.



PROYECTO DE INTEGRACIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Eduarne San Miguel Usieto, Xabier Les Lacosta, Esther Prieto Azcárate, Silvia Salinas Urrea, María Ruiz Castellano.

INTRODUCCIÓN

La Hospitalización a Domicilio (HaD) es un modelo asistencial que proporciona cuidados integrales propios de un centro hospitalario en el domicilio. Comporta ventajas para la persona y su entorno sociofamiliar y aumenta la responsabilidad de la atención en el soporte.

En junio 2021 se incorpora Trabajo Social (TS) al equipo de HaD del Hospital Universitario de Navarra (HUN).

OBJETIVO PRINCIPAL

Garantizar las adecuadas condiciones socio familiares para asegurar un adecuado ingreso en Hospitalización a Domicilio, evitando disfunciones por causas sociales

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, con método de caso social individual. Se realizó un análisis univariado de frecuencias con el sistema estadístico SPSS.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes ingresados en HaD del HUN mayores de 80 años, pluripatológicos (> 2 comorbilidades) y a solicitud del equipo médico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Informar, asesorar y orientar a la persona y soporte en la decisión de ingreso en HaD

Orientar sobre recursos y prestaciones del sistema

Mejorar la coordinación Sociosanitaria

Colaborar en el seguimiento de la persona ingresada

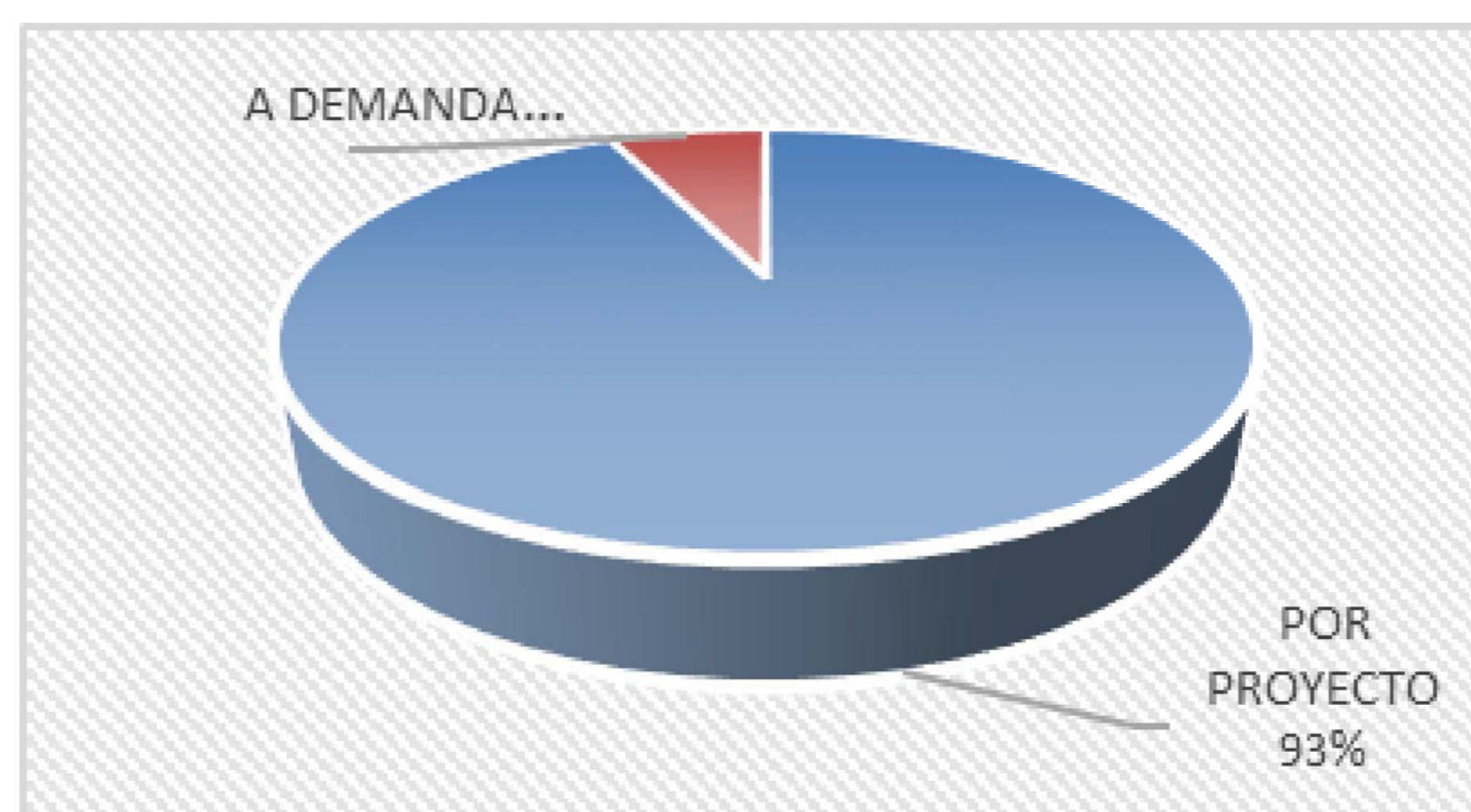
Realizar valoraciones y/o seguimientos en domicilios en los casos de mayor riesgo social

Acompañar hasta el alta hospitalaria y garantizar la continuidad asistencial derivando a T.S. de Atención Primaria

Participar en las reuniones de equipo, proporcionando visión psicosocial

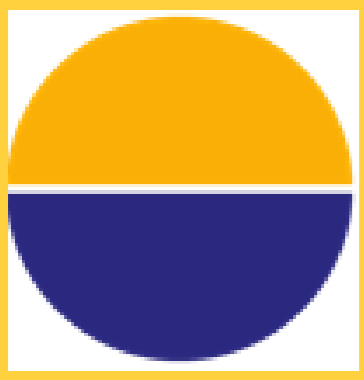
RESULTADOS

- Desde el 01/06/2021 a 31/12/2021 se han valorado 278 casos (15% de todos los pacientes ingresados en HaD).
- El 93 % de los casos valorados ha sido por Proyecto, y el resto a demanda.
- Se han cerrado desde Trabajo Social la totalidad de los casos, con la consecución de los objetivos marcados en todos ellos.



CONCLUSIÓN

La integración de trabajo social, por proyecto, dentro del equipo de Hospitalización a Domicilio ha permitido consolidar su actividad en la unidad. Así mismo, esta estrategia ha permitido mejorar la coordinación y adecuación de los ingresos en la hospitalización a Domicilio.



SEDACION EN UN SERVICIO DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO



Santiago Ayarza Martin Jose; Santamaria Iribika Irati; Conde Del Pozo Ana Belen; Madrigal Madero Eneko; Escalera Lana Janire; Larrazabal Arbaiza Ainara; Landa Fuentes Argiñe; Charlot Fernandez Ana; Irurzun Zuazabal Josu; Basterretxea Ozamiz Andima Hospital Universitario de Cruces Bizkaia

INTRODUCCION :

En situaciones de complejidad en el cuidado de pacientes paliativos, la HAD esta en disposición de ofrecer cuidados de rango hospitalario con criterio de eficiencia.

Ante síntomas refractarios en pacientes paliativos, la sedación se plantea como una medida terapéutica

OBJETIVO:

Conocer como se desarrolla el proceso de sedación en pacientes etiquetados de paliativos que son aquellos que presentan la alerta de Cuidados Paliativos y también el código Z515 en el diagnostico.

MATERIAL Y METODO:

Se recogen datos entre 1/1/2021 hasta el 31/12/2021 : Nª de pacientes, sexo, diagnosticos, síntoma refractario y fármacos utilizados

RESULTADOS::

437 PACIENTES ONCOLOGICOS

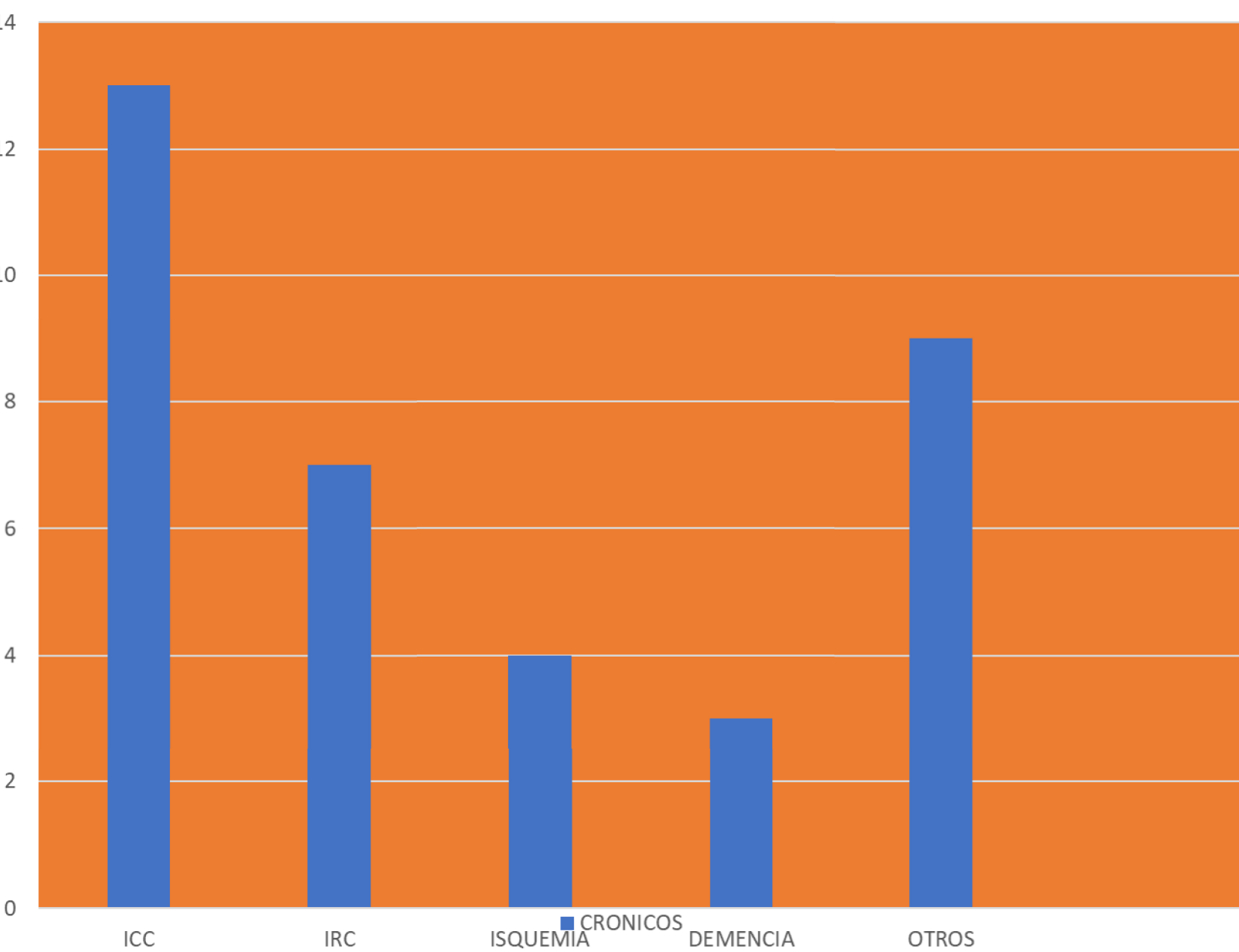
96 PACIENTES CRONICO PALIATIVOS

164 FALLECIDOS (30%)

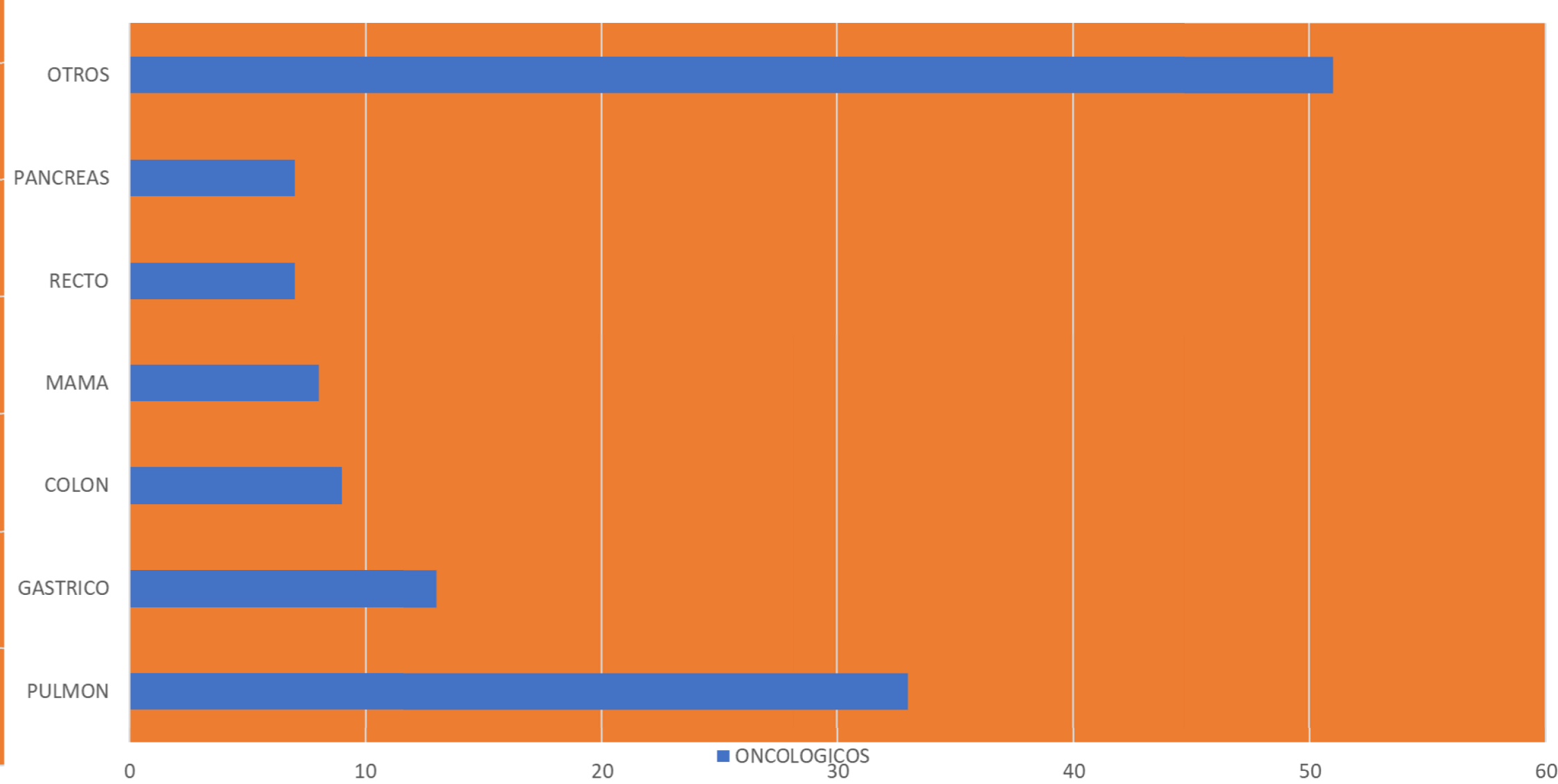
HOMBRES: 98 MUJERES:66

RANGO DE EDAD; 27-100 AÑOS

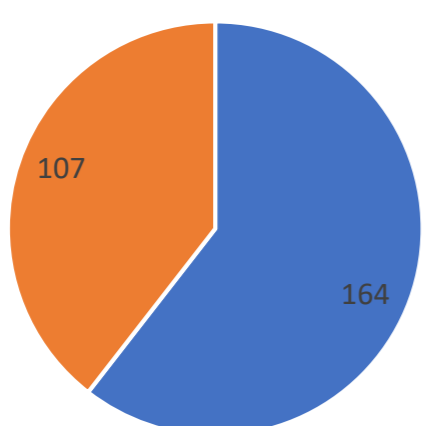
CRONICOS



ONCOLOGICOS



SINTOMA REFRACTARIO MAS FRECUENTE: DISNEA 80%
FARMACO MAS UTILIZADO: MIDAZOLAM 90%



■ PACIENTES FALLECIDOS ■ PACIENTES CON SEDACION ■ ■

CONCLUSIONES:

- Acto con alto grado de complejidad
- Se puede realizar en el domicilio
- Alto grado de satisfacción de familiares



SOPORTE TRANSFUSIONAL EN ENFERMOS HEMATOLOGICOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

M. Alonso González, R. Sanz Paredes, L.J. Maderuelo García, A. Masa González, L.C. Merino García,
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN

El soporte transfusional, ya sea de concentrado de hematíes y/o pool de plaquetas, suponen una necesidad para los pacientes diagnosticados de neoplasias hematológicas. Al poder realizar esta técnica en el propio domicilio, la calidad de vida de los pacientes hematológicos paliativos mejora, proporcionándoles mayor comodidad, menor tiempo en el hospital y disminución del riesgo de contraer enfermedades nosocomiales. Esta técnica se realiza conforme al protocolo establecido entre el servicio de Hematología y la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV).

OBJETIVO

Valorar la necesidad de transfusión de pacientes oncohematológicos ingresados en la Unidad de Hospitalización a Domicilio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo.

27 pacientes oncohematológicos, con cuidados paliativos, ingresados en Hospitalización a Domicilio del HCUV, derivados desde el Servicio de Hematología, durante los años 2020/2021, en los que se realizó transfusión de concentrado de hematíes y/o pool de plaquetas, donde se valoraron las frecuencias y condiciones de las transfusiones.

RESULTADOS

PACIENTES TRANSFUNDIDOS		CARACTERÍSTICAS DE LA TRANSFUSIÓN	
Total	27	Acceso venoso: primera opción	Vía venosa periférica
Edad	59 a 87 años (Media 67,3)	Acceso venoso: segunda opción	PICC
Sexo	17 hombres 10 mujeres	Concentrados de hematíes / día / paciente	82% 2 bolsas 18% 1 bolsas
Diagnóstico más frecuente	Síndrome mielodisplásico (62%)	Pool de plaquetas / día / paciente	1 bolsa (15% de pacientes)
		Reacciones adversas	1 a pool de plaquetas

CONCLUSIÓN

El soporte transfusional resultó una técnica segura para llevar a cabo en domicilio, con escasas reacciones adversas, donde el acceso venoso preferente fue la vía venosa periférica y la pauta habitual de transfusión ha sido de 2 concentrados de hematíes/paciente/día, y de 1 pool de plaquetas de forma ocasional.

BIBLIOGRAFÍA

Shaw, B., Wood, E. M., Callum, J., & McQuilten, Z. K. (2022). Home Delivery: Transfusion Services When and Where They Are Needed. *Transfusion medicine reviews*, 36(3), 117–124. <https://doi.org/10.1016/j.tmr.2022.06.003>



Utilización de la herramienta 3D/3D+ para el cribaje de pacientes mayores frágiles en urgencias tributarios de hospitalización a domicilio.

Ulloa Rodríguez, E. (Servei Andorra d'Atenció Sanitària), Anglada Vincenot, M. (Servei Andorra d'Atenció Sanitària), Garibaldi Tolmos P. (Servei Andorrà d'Atenció Sanitària), Heras Muxella E. (Servei Andorrà d'Atenció Sanitària)

INTRODUCCIÓN:



La Unidad de Hospitalización a domicilio (HaD) del servicio Envejecimiento y Salud (EiS) del Servicio Andorrano de Atención Sanitaria, ha desarrollado un programa para las personas mayores frágiles, para que puedan recibir un tratamiento integral en el domicilio, reduciendo el riesgo de infecciones intrahospitalarias, los episodios de síndrome confusional, y la desconexión del ámbito familiar. La nueva herramienta de valoración geriátrica, las 3D/3D+ es una herramienta de cribaje rápida y validada que permite identificar aquellos pacientes frágiles que se pueden beneficiar de este programa.

OBJETIVO:

Se propone pasar la herramienta de valoración geriátrica 3D/3D+ en urgencias a personas mayores de 75 años tributarios de ingreso hospitalario para identificar rápidamente aquellos pacientes que se beneficiarían de una HaD con enfoque geriátrico.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio descriptivo longitudinal que se iniciará el 1 octubre del 2022 y durante seis meses, en el que se prevé incluir 100 pacientes. La enfermera especialista en geriatría del servicio EiS realizará el cribaje con la herramienta 3D/3D+ en todos aquellos pacientes mayores de 75 años, admitidos en urgencias, en la que se haya solicitado una valoración geriátrica. La 3D aporta información sobre la situación previa del paciente, mediante tres preguntas que evalúa la funcionalidad, el deterioro cognitivo y la situación social. Por otro lado, la 3D+ valora mediante cuatro preguntas, la repercusión del proceso agudo a nivel funcional, cognitivo (delirio), farmacológico, así como la situación social.

3D/3D+ valoración "expres" multidimensional; paciente ≥75 años en urgencias				CC BY NC SA
3D Componente basal. Pregunta por 15 días previos con estabilidad clínica.				
Dependencia para las ABVD / movilidad física	Deterioro cognitivo / demencia	Domicilio	FRAGILIDAD MULTIDIMENSIONAL 3D: La puntuación más alta de la D da la categorización final.	
<p>3D 0: Activo (ejercicio diario o semanal), no necesita ayuda para ABVD.</p> <p>3D 1: Poco activo (mayoría del tiempo de pie, sale solo a la calle). Supervisión ABVD.</p> <p>3D 2: Mayoría del tiempo pie/sentado. No sale solo a la calle, alguna ayuda ABVD.</p> <p>3D 3: Mayoría del tiempo sentado/encamado. Ayuda para la mayoría de las ABVD.</p>	<p>3D 0: Activo, no necesita ayuda para ABVD.</p> <p>3D 1: Olvidos, no necesita ayuda para ABVD.</p> <p>3D 2: Supervisión/ayuda para alguna ABVD.</p> <p>3D 3: Ayuda para casi todas las ABVD.</p>	<p>Vive solo en domicilio propio.</p> <p>Vive acompañado en domicilio propio/familia.</p> <p>Vive en residencia.</p>	<p>3D 0 NO FRAGILIDAD. Respuesta como adulto sano.</p> <p>3D 1 FRAGILIDAD INICIAL. Respuesta bastante óptima.</p> <p>3D 2 FRAGILIDAD INTERMEDIA. Respuesta moderada.</p> <p>3D 3 FRAGILIDAD AVANZADA. Respuesta poca o nula.</p>	
3D+ Componente dinámica. Explora situación en el momento agudo.				
Declive funcional ¿Se ha alterado alguna de sus ABVD?	Delirio ¿Presenta una situación cognitiva diferente de la habitual?	Domicilio ¿Sería arriesgado el tratamiento en casa las 24 horas?	Druga / Fármaco ¿Los fármacos podrían ser el motivo de consulta?	VALORACIÓN: Una sola respuesta afirmativa se considera alteración.
<p>No</p> <p>Si, aguda (últimos 15 días)</p> <p>Si, progresiva</p>	<p>No, está como siempre. No delirio.</p> <p>Si, está hipoactivo.</p> <p>Si, está hiperactivo.</p>	<p>No sería arriesgado. Tiene cuidador las 24 horas del día.</p> <p>Si, falta de cuidador 24 horas del día.</p>	<p>No</p> <p>Si</p>	<p>SI  </p> <p>ALTERADA</p>

D. Garcia-Pérez, L. Robles-Perea, A. Vena-Martinez et al. Las 3D/3D+ como herramienta de valoración geriátrica rápida y de adecuación del recurso asistencial al alta de los Servicios de Urgencias, Rev. Esp. Geriatr Gerontol., <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.06.004>

RESULTADOS:

Se recogerán los resultados del cribaje con 3D/3D+, analizando el nivel de fragilidad, el grado de autonomía, la presencia de delirio, la implicación farmacológica en el proceso de descompensación, y la propuesta de manejo al alta de urgencias (hospitalización agudos, hospitalización a domicilio, o alta).

CONCLUSIÓN:

Esta herramienta debería permitir discriminar mejor aquellos pacientes mayores frágiles que se pueden beneficiar de una atención de hospitalización geriátrica a domicilio.



ABORDAJE DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CON POSTOPERATORIO EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

A. Estrada Santiago¹, Y. Majo Carbajo¹, J.M. Antón Santos¹, P. García De La Torre Rivera¹, M. De Castro García¹, A.B. Pomeda Calderón², M. Del Saz Batres², C. García Madroñal², D. Fernández Fernández², M.J. Lahoz Lozano², C.E. Donaire Rodríguez², P. Cubo Romano³

1. Médico Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid
2. Enfermería Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid
3. Jefa de Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid

INTRODUCCIÓN

La Hospitalización a Domicilio (HaD) constituye una modalidad asistencial en auge que proporciona una alternativa a la hospitalización convencional para multitud de procesos. Entre ellos se encuentra el soporte a procedimientos quirúrgicos.

El presente trabajo se centra en describir las características de los ingresos en HaD tras una cirugía mayor programada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo una revisión de los pacientes ingresados en régimen de HaD del Hospital Infanta Cristina (Parla) tras someterse a una cirugía mayor de forma programada, desde el 06/04/2021 hasta el 23/06/2022, que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

- Estabilidad clínica y posibilidad de manejo domiciliario.
- Mayores de 18 años, con ASA I, II o III sin descompensaciones recientes e IMC menor de 40 que, tras ser valorados por Anestesiología, se consideran subsidiarios de ingreso hospitalario tras la cirugía y, si no hay incidencias, se procede al alta al día siguiente.
- Procedimientos quirúrgicos aceptados: hernioplastia inguinal, eventración no recidivada, colecistectomía laparoscópica, apendicectomía laparoscópica, cirugía proctológica no compleja y linfadenectomía.
- Criterios sociales generales de ingreso en HaD.

RESULTADOS

En el periodo de tiempo indicado, se han incluido en el programa de Cirugía Mayor con ingreso en Hospitalización a Domicilio (CM-HaD) a 41 pacientes (21 mujeres, 20 hombres), con una media de edad de 62,55 años.

En cuanto a los procesos atendidos figuran: 24 colecistectomías, 12 hernioplastias, 2 eventroplastias, 2 apendicectomías, 1 hemorroidectomía y 1 linfadenectomía (gráfico 1).

La estancia media ha sido de 1,14 días, con el consiguiente ahorro de 47 estancias hospitalarias. 39 pacientes pudieron darse de alta al día siguiente de la cirugía tras la valoración en domicilio. En ningún caso se ha producido el reingreso en el hospital.

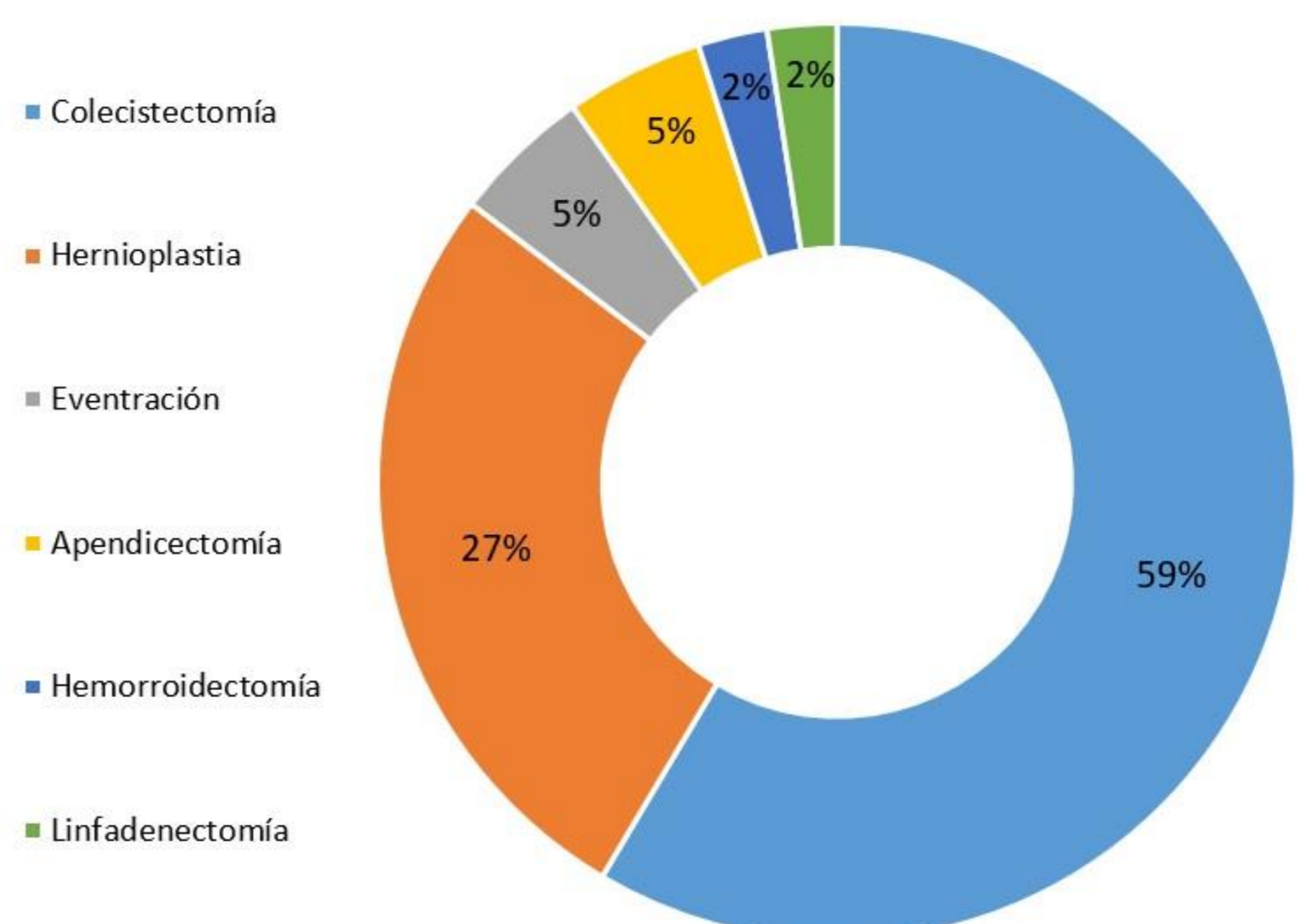


Gráfico 1. Porcentaje de procesos atendidos en HaD

CONCLUSIONES

La Hospitalización a Domicilio supone una alternativa segura al ingreso convencional tras determinados procedimientos quirúrgicos en pacientes que por sus patologías previas no pueden manejarse directamente como cirugías ambulatorias. Esto permite liberar camas del hospital con el consiguiente ahorro de costes y amplía los campos de intervención de la Hospitalización a Domicilio, implicando a otras especialidades, como Cirugía General, en el proceso.



PROTOCOLO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA RICA

INTRODUCCIÓN

La Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA), publicada por primera vez en España en el año 2015, sirve de guía para conseguir las mejores condiciones posibles en el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente, así como el mejor tratamiento intraoperatorio y la mayor eficacia en su posterior recuperación, mediante la recomendación de 135 medidas, repartidas a lo largo de todo el proceso.

En el Hospital Sierrallana (Torrelavega, Cantabria), la utilización de la Guía RICA se aplica a pacientes diagnosticados de patología colorrectal que cumplan con los criterios de inclusión establecidos, colaborando con la unidad de Hospitalización Domiciliaria (HaD).

OBJETIVO

Describir el protocolo a seguir por la unidad de Hospitalización Domiciliaria en pacientes intervenidos quirúrgicamente de patología colorrectal siguiendo las recomendaciones de la Guía RICA.

METODOLOGÍA

El apoyo de la unidad de HaD comienza en el 3º día del postoperatorio, con el contacto entre el cirujano responsable del paciente en la planta de hospitalización y el médico de HaD, en horario de mañana, de lunes a viernes.

A continuación se procederá a realizar una valoración integral del paciente por parte de equipo de HaD para determinar si el paciente cumple con los criterios de inclusión y exclusión marcados por la unidad, en especial la existencia de un cuidador en el domicilio que funcione de nexo con el equipo.

	VALORACIÓN MÉDICA	VALORACIÓN ENFERMERÍA
1º DÍA HaD (4º DÍA POSTOPERATORIO)	<p>Buscar signos de complicaciones: Sistémicas: sepsis, sangrado. Locales: íleo intestinal, dehiscencia de suturas, infección de heridas.</p>	<p>Vigilancia de heridas quirúrgicas. Reforzamiento manejo de estomas. Retirada de vía venosa periférica.</p>
2º DÍA HaD (5º DÍA POSTOPERATORIO)		<p>Control analítico con perfil de sepsis. Valorar estabilidad paciente.</p>
3º DÍA HaD (6º DÍA POSTOPERATORIO)	<p>Buscar signos de complicaciones sistémicas y locales.</p>	
4º DÍA HaD (7º DÍA POSTOPERATORIO)	<p>ALTA si: Estabilidad clínica. Perfil de sepsis favorable.</p>	<p>Control analítico. Control analgésico. Valorar estabilidad clínica.</p>
<p>En caso de inestabilidad o complicación, HaD trasladará al paciente al servicio de urgencias para valoración del servicio de Cirugía General.</p>		

RESULTADOS

Se ha observado que la utilización de las recomendaciones descritas en la Guía RICA son efectivas y seguras, reducen la estancia hospitalaria de los pacientes y se asocian a menos complicaciones, sin elevar el número de reingresos.

Además de los beneficios propios de la Guía RICA, los usuarios de la unidad de HaD obtienen los beneficios derivados de finalizar su estancia hospitalaria en su hogar, contando con el seguimiento de un equipo perteneciente a dicha unidad, así como un teléfono disponible las 24 horas del día para solucionar cualquier problema que se pudiera presentar.

CONCLUSIÓN

El seguimiento de la Guía RICA, junto con la colaboración de HaD, supone un aporte de beneficios extra a los pacientes diagnosticados de patología colorrectal, así como a sus familiares y cuidadores y al sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de trabajo. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA). Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. 2014.
- Ripollés-Melchor J, Ramírez-Rodríguez JM, Casans-Francés R et al. Association Between Use of Enhanced Recovery After Surgery Protocol and Postoperative Complications in Colorectal Surgery. The Postoperative Outcomes Within Enhanced Recovery After Surgery Protocol (POWER) Study. JAMA Surgery 2019; 154(8):725-736.



PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR EN DOMICILIO

Introducción

La ley Orgánica 3/2021, tiene como objetivo regular el derecho a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, y desde que entra en vigor en Junio del 2021 hasta junio del 2022, son 60 el número de prestaciones realizadas en Cataluña. Ese mismo Junio del 2021, el Comité de ética asistencial (CEA) del Parc de Salut Mar (PSMar) elaboró un protocolo para garantizar este derecho y donde hay un anexo para la Hospitalización a Domicilio (HAD) en el cual se protocoliza la asistencia a esa persona, si su deseo es recibir la prestación en su casa.

Objetivo

Describir el proceso realizado por el equipo HAD a una persona que manifestó su deseo a morir en domicilio.

Material y Método

Descriptivo: A propósito de un caso.

Una vez que el representante legal del paciente (había realizado voluntades anticipadas) presentó la solicitud de prestación de ayuda para morir en domicilio, su médico responsable (MR) realizó una interconsulta a HAD, y se realiza una valoración primera de criterios de HAD, sobre todo que pertenezca al área de influencia del H del Mar.

Una vez comprobados esos criterios, se realiza contacto telefónico, en este caso, con su representante legal, y junto con la trabajadora social (TS) de la HAD se acuerda una visita conjunta en el domicilio.

Esta primera visita en el domicilio, la realizó la misma enfermera que iba a realizar la prestación, y eso es importante porque es ella misma la que ha de valorar el capital venosos de la persona, y asegurarse que el día de la prestación no habrá problemas para canalizar las 2 vías de gran calibre que se exige.

Al mismo tiempo se valoró el ambiente general de la familia, se habló de quien iba a estar presente durante la prestación, el lugar donde se iba a realizar, la presencia de mascotas, el estado general del paciente, si suele estar agitado o tranquilo, y si tienen alguna duda respecto al proceso, se facilita el ambiente para realizar las preguntas oportunas. La TS de la HAD valoró los aspectos más burocráticos de la prestación. En nuestro caso la familia estaba muy bien asesorada por la Asociación del Derecho a Morir, y toda la situación fluyó de forma muy ágil y natural.

También consensuamos con la familia el día y hora de la prestación, y así se le hace saber al resto del equipo que acudirá al domicilio.

Resultado

El día y hora acordado acudió al domicilio el MR, 1 anestesista de soporte y 2 enfermeras de la HAD.

Se acomodó al paciente en su cama, se canalizaron 2 vías periférica calibre 18 ch y el MR, asesorado por el anestesista, administró la medicación intravenosa, según el protocolo de eutanasia.

Cuando el MR determinó el fallecimiento, realizamos las curas post-mortem, soporte emocional y acompañamiento a la familia presente.

El MR firma el certificado de defunción, y dejamos el domicilio.

Conclusiones

Tras este primer caso de prestación de ayuda para morir en domicilio, se ha objetivado que el protocolo establecido por el CEA del PSMar, y la parte del circuito que afecta a la HAD, ha sido efectiva y práctica, verbalizando todo el equipo una sensación de trabajo bien hecho.

Se considera de mucha importancia la visita basal, ya que ayuda a planificar y minimizar potenciales acontecimientos no esperados, y todos sabemos lo primordial que es la valoración insitu, para entender el contexto general de la familia afectada.





MANEJO UNA CURA CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN UN PACIENTE INGRESADO EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL GERIÁTRICO

M Bisquert Prats¹, M Colominas^{1,2}, E Hoyos^{1,2}, A Annouas¹, R Salazar¹, A Gomez¹, S Perez², LM Pérez^{1,2}, M Inzitari^{1,2,1}
Hospital de Atención Intermedia Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España. ² Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

OBJETIVO

- Realización de los cuidados de un herida compleja, en un paciente ingresado en hospitalización domiciliaria geriatría integral (HDGI)
- Mejorar la calidad de vida del paciente, manteniéndolo en su entorno gracias a los cuidados de enfermería del HDGI.

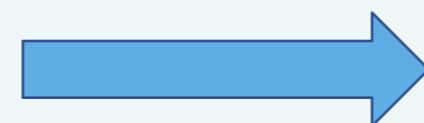
MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 92 años, que durante su estancia hospitalaria, es portador de una vía venosa periférica en el dorso de la mano derecha, que, como complicación, se extravasa, provocando una colección subcutánea acompañado de dolor y edema de la extremidad asociado a un hematoma espontáneo.

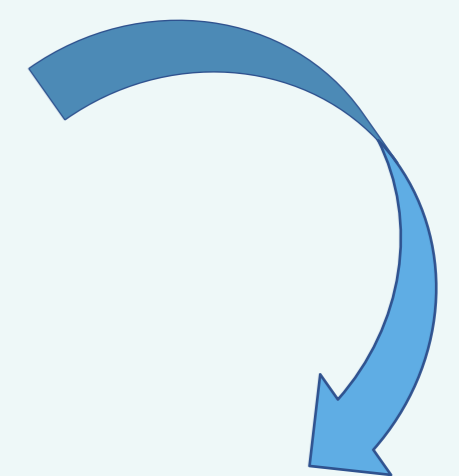
El paciente es derivado a la unidad de HDGI para curas y seguimiento de la herida tras el desbridamiento quirúrgico. La herida, de hasta 7x5cm, bordes bien definidos, lecho granuloso y moderado exudado seroso, y ante una evolución tórpida con cura húmeda, el equipo de enfermería decide iniciar curas con terapias de presión negativa (TPN), con el objetivo de aumentar la perfusión sanguínea y la creación de nuevos vasos.



Antes desbridamiento



Post desbridamiento



Retirada TPN



Día 10 inicio TPN



Día 2 inicio TPN

RESULTADOS

Tras mantener durante 37 días la TPN de un solo uso, la cual proporciona 80mmHg de presión negativa sobre la superficie de la herida, realizando cambios del apósito 2 veces por semana, la herida presenta una evolución favorable con un correcto proceso de cicatrización y reducción progresiva del tamaño

CONCLUSION

La TPN es una opción de tratamiento factible de realizar en domicilio en el contexto de una HDGI.



Salut Hospital Universitari Arnau de Vilanova Lleida



UNA NUEVA ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS PREQUIRÚRGICOS: NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA PREOPERATORIA (NPDPREOP) CON HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD)

MC Mias, A Escartin, FF Vela, R Ribalta, R. Villalobos, N Martin, M Bueno, C Domínguez; B Martínez, JJ Olsina
Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

INTRODUCCIÓN: La HAD permite realizar procedimientos de rango hospitalario en el domicilio como la nutrición parenteral (NPD)

OBJETIVOS:

Validar que la NPDPreop con HAD optimiza el estado nutricional de pacientes prequirúrgicos oncológicos evitando el ingreso hospitalario

MATERIAL Y METODOLOGÍA:

Muestra: pacientes ingresados en HAD para NPDPre (2019 -2021) según el protocolo "Nutrición Preoperatoria en paciente oncológico HBP y gástrico"

Variables estudiadas: edad, sexo, diagnóstico, IQ, tipo NP (NPT/NPC)), fórmula, díasNP, vía, otros tratamientos, día IQ, día REINGRESO HOSPITALARIO (IH), Estudio Preoperatorio (EP), incidencias.

Análisis: descriptivo cuantitativo y cualitativo

RESULTADOS

N	sexo	PREOP	HAD	patología	motivo NPD	vía	FÓRMULA	díasNP	díasH	díasHAD	ritmo
1	H	SI	SI	n páncreas	preop	PICC	S2	3	24	3	24h
2	M	SI	SI	fístula pancreática	preop	PICC	S1+SMH	7	14	10	24h
3	H	SI	SI	n gástrica+ n páncreas	preop	PICC	S1+ insulina	7	4	7	24h
4	H	SI	SI	n gástrica	preop	PICC	S1	9	5	9	16h
5	H	SI	NO	n gástrica	preop	PICC	no		0	0	

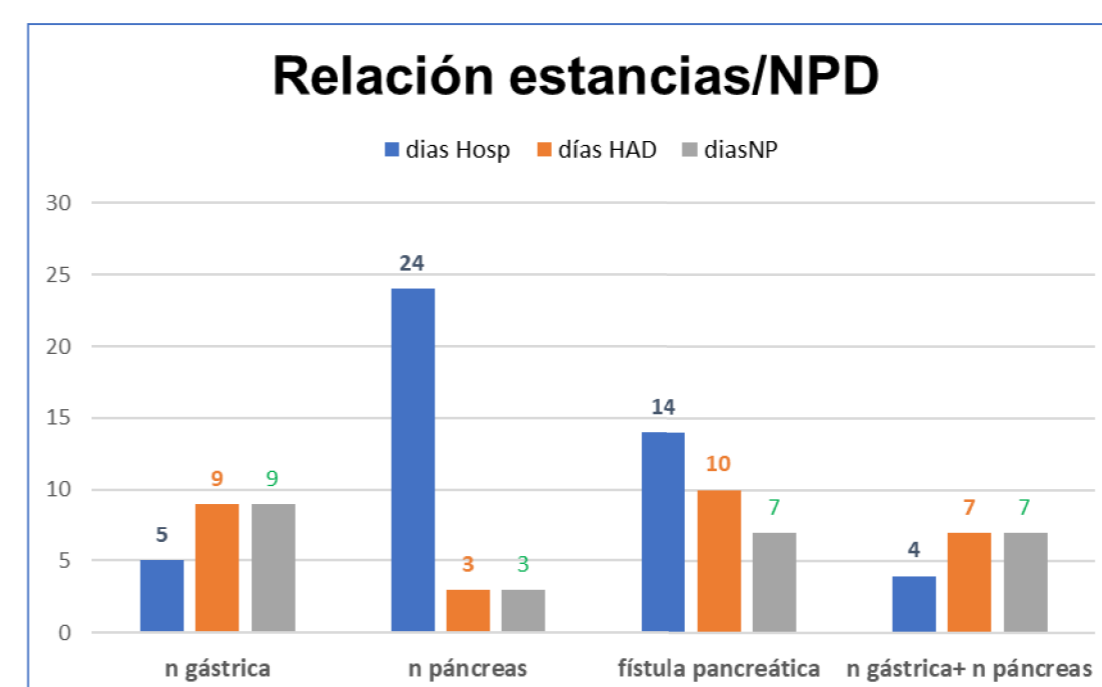
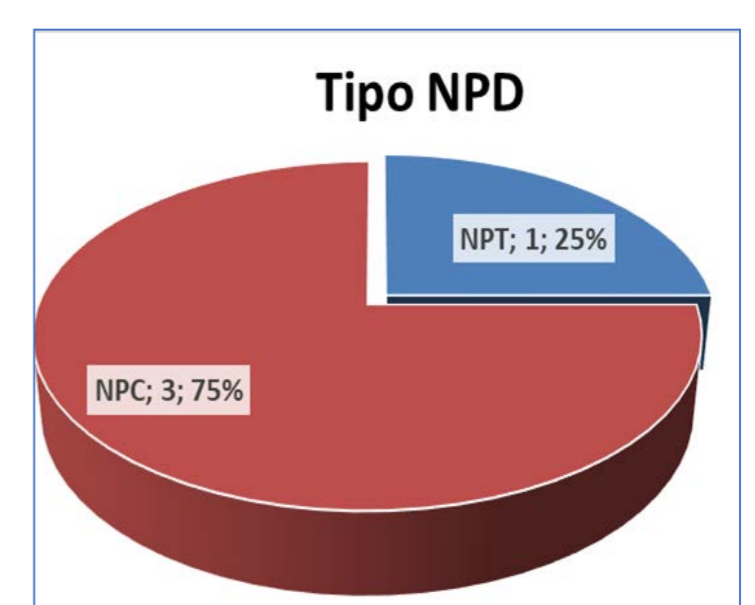
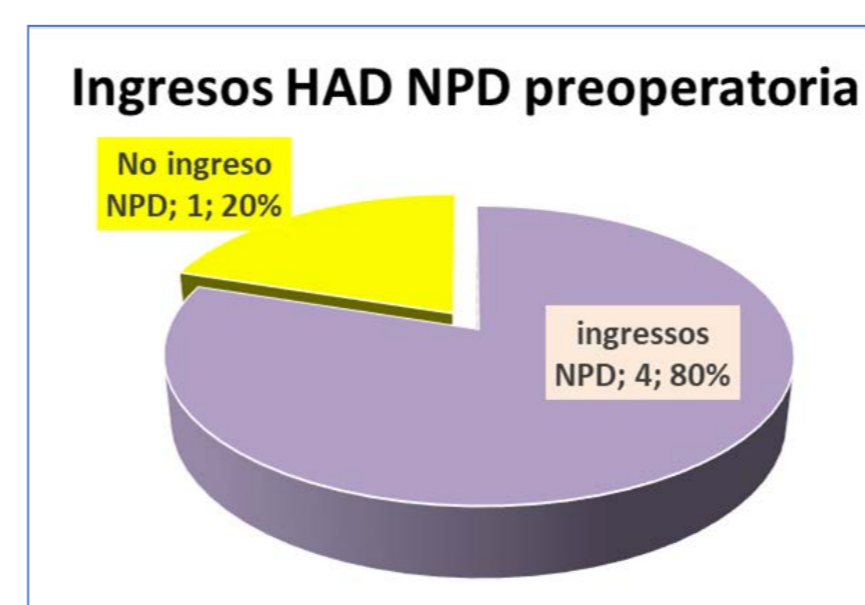
N	NE	dieta oral	otros trat	tipo NPD	incidencias	evolución
1	no	no	SF+ SNG	NPT	no	IQ DPC
2	si	si		NPC	tolerancia oral	IQ pancreatometomía diferida. NE hasta IQ
3	si	si		NPC	suprimir NE (no tolerancia)	IQ doble derivacion
4	no	si		NPC	no	IQ gastrectomia
5					anulada NP	NE

GENERALIDADES

- ✓ Un 20% de los pacientes NO aceptaron la NPD preoperatoria.
- ✓ El ritmo de la perfusión de la NPD fue de 16h en el 75% de los pacientes
- ✓ La NPD preoperatoria en HAD ha durado de media 6,5 d (rango 3-10d)
- ✓ En el 75% de los casos la NPD se acompañó de otros tratamientos (SMTH, insulina, sueroterapia ev, SNG)

INCIDENCIAS

- ✓ Ningún paciente tuvo problemas con la NPD
- ✓ Se mantuvo en 3 casos la NPD hasta el día de la cirugía programada y reingresaron el día anterior a la cirugía
- ✓ A un paciente (25%) se pudo retirar la NPD, por tolerancia oral, y siguió con NE hasta IQ



CONTROLES Y TRANSPORTE NPD

- ✓ En todos los casos la enfermería de HAD se encargó del traslado de las bolsas de NPD diariamente y conectaron y desconectaron la NPD
- ✓ El paciente/ cuidador se encargó del control de constantes relacionados con las entradas (dieta, líquidos) y salidas (orina, deposiciones, fiebre) y se entrenaron para el control de glicemia y alertas de la bomba de perfusión.

CONCLUSIONES: La NPDPreop con HAD es una nueva estrategia para optimizar nutricionalmente a pacientes prequirúrgicos oncológicos sin ingreso hospitalario..

¿POR QUÉ RETORNAN AL HOSPITAL LOS PACIENTES DESDE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO?

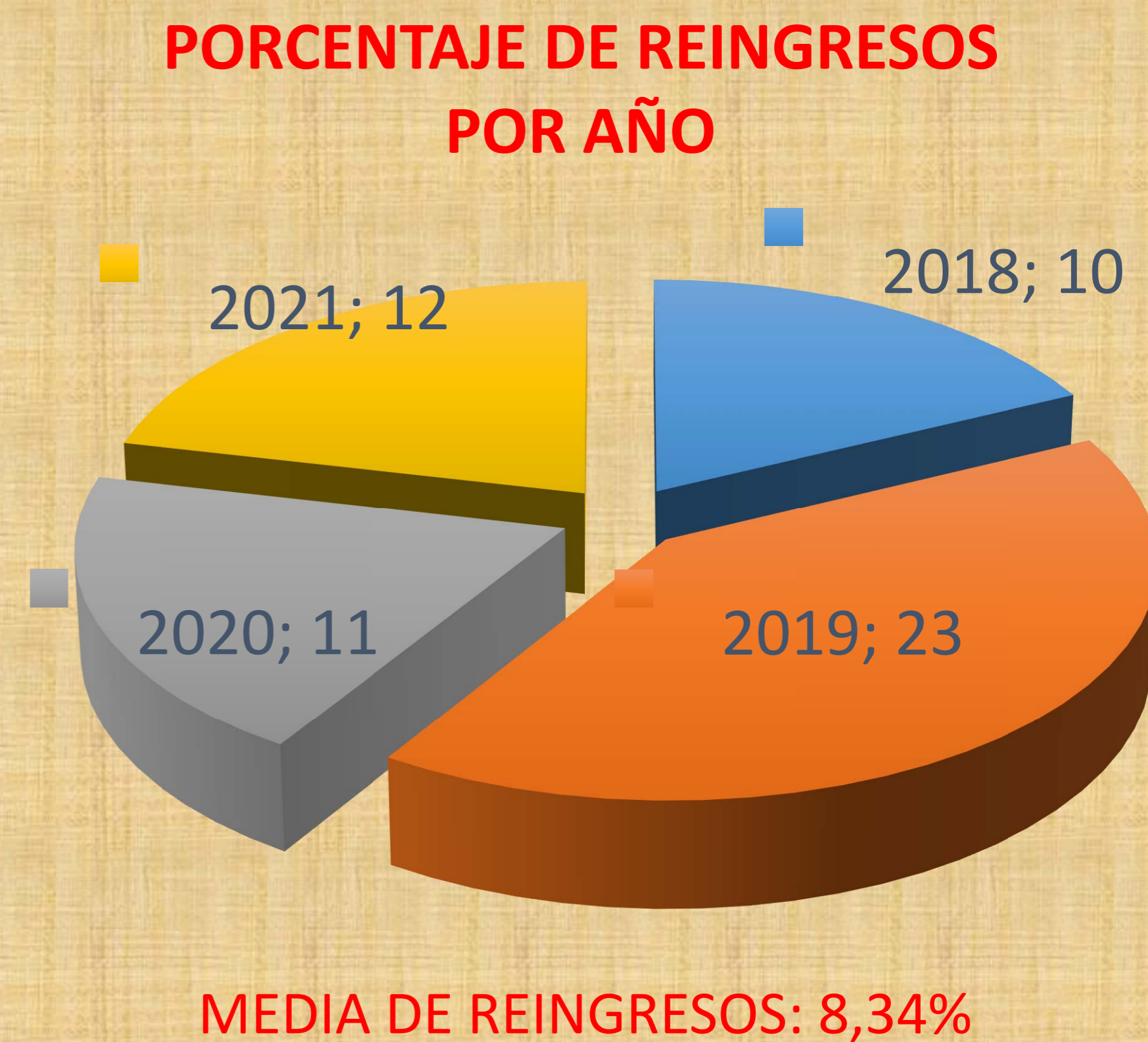
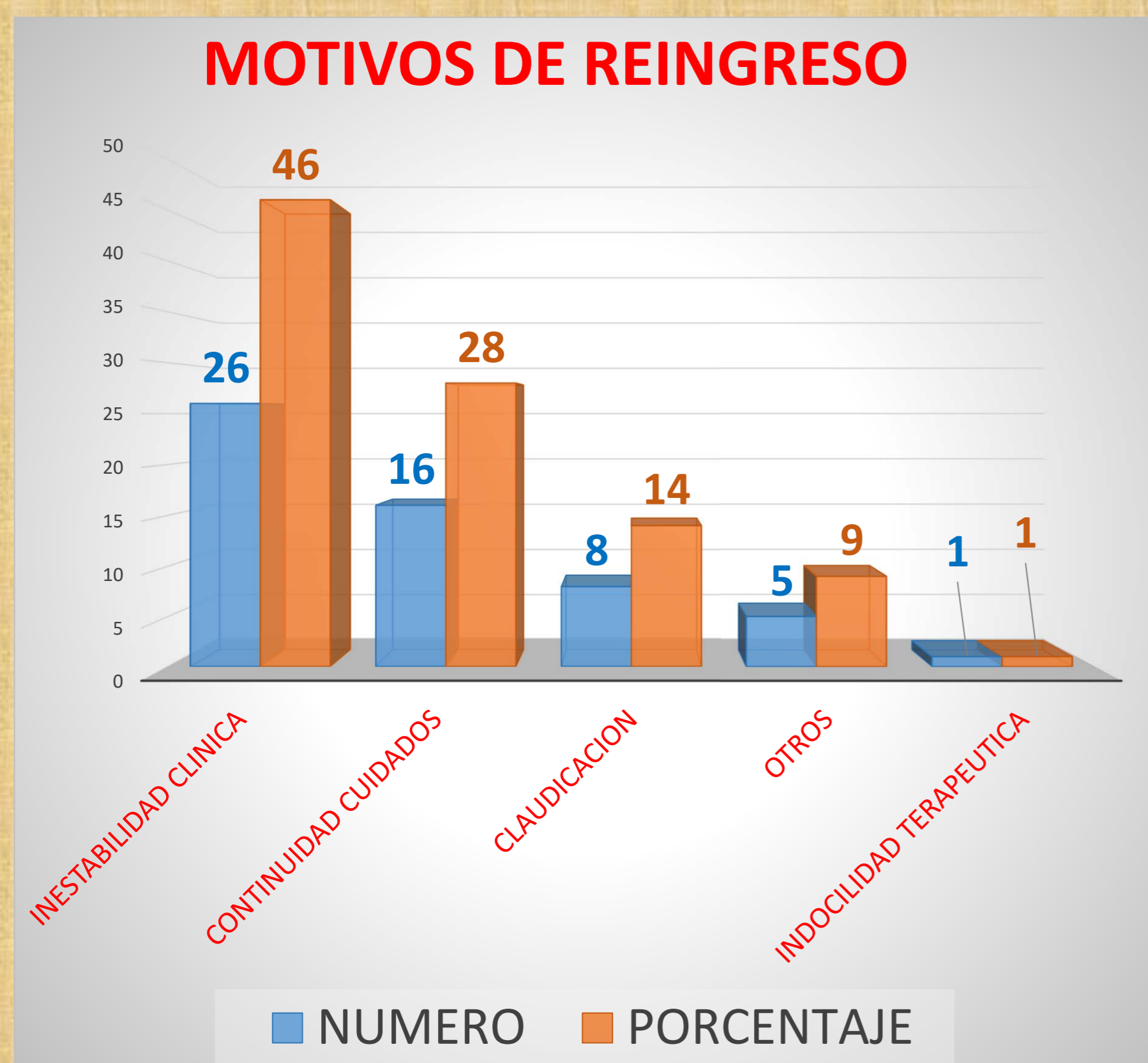
Autores: Marta Mier Ezquerro², Lorenzo Alonso Vega¹, Nuria Calvo Mijares¹, Marta García Hoyos¹, Diana Otero Martín², Luis Angel Alonso Setién², Consuelo Diego Amavisca², Juan Luis Crespo Tundidor², Marta María Gutiérrez Saez², Ana Beatriz Aldonza García², Inmaculada Sierra Saiz². ¹ Médicos HaD, ² Enfermeras HaD. Hospital de Laredo. Cantabria.

Objetivos: Conocer la tasa de retorno al hospital desde Hospitalización a Domicilio de un hospital comarcal en sus primeros 4 años de andadura.

Material y Método: Estudio retrospectivo realizado en Hospitalización a Domicilio del Hospital de Laredo, durante los años 2018 a 2021, analizando el número de ingresos, motivo del mismo, reingresos hospitalarios o retorno al hospital, y motivos del mismo, junto a edad y sexo.

TOTAL	EDAD MEDIA	SEXO	DIAGNOSTICO	REINGRESO
801 VALORACIONES		671 INGRESOS		56 RETORNOS
	74,84 ± 14, 72	30 VARONES		
	81,68 ± 11,21	26 MUJERES		
INESTABILIDAD CLINICA			26 (46,43%)	
PROCESO QUE PRECISA CONTINUIDAD DE CUIDADOS (TEP, FA RAPIDA, SEPSIS, FIEBRE PERSISTENTE, NECESIDAD IQ, HSA, etc.)			16 (28,57%)	
CLAUDICACIÓN PACIENTE/FAMILIA/CUIDADOR			8 (14,29%)	
OTROS MOTIVOS			5 (8,93%)	
INDOCILIDAD TERAPEUTICA			1 (1,79%)	
EPOC, INFECCION RESPIRATORIA, NEUMONIA		23		
ICC		8		
TADE		11		
OTROS DIAGNOSTICOS		14		
TOTAL INGRESOS (2018-2021)		671		56 (8,34%)
2018		172		10 (5,81%)
2019		184		23 (12,50%)
2020		150		11 (7,34%)
2021		165		12 (7,28%)

Resultados: Durante el período de estudio, un total de 56 pacientes (de 671 ingresos totales, 8,34%) retornaron al hospital desde el domicilio. Los motivos de retorno fueron por inestabilidad clínica 26/46,43%, otro proceso que precisa ingreso (pe sepsis, luxación prótesis, salida nefrostomía, reintervención quirúrgica, TEP, FA rápida, y otros motivos) 16/28,57%, claudicación paciente/familiar 8/14,29%, otros procesos que podían ser tratados en domicilio (dolor, intolerancia oral, hematuria moderada, etc.), pero no lo fueron 5/8,93% y 1/1,79% por indocilidad terapéutica. En 2018 fue de 5,81% (10 de 172 ingresos), 2019 de 12,5% (23/184), 2020 de 7,34% (11/150) y 2021 de 7,28% (12/165).



CONCLUSIONES: El indicador tasa de retorno, no tiene un valor estándar, es variable y depende de la complejidad de los pacientes asumidos, según la bibliografía consultada, éste debe ser lo menor posible. En nuestro caso, es de 8,34% (en otras unidades las cifras se encuentran entre el 10% y 12%, o 4,1% en el entorno de un hospital comarcal). Respecto a las causas de retorno el empeoramiento clínico/inestabilidad hemodinámica es la principal causa, seguido de procesos/procedimientos que requieren ingreso para su tratamiento y la claudicación familiar/cuidador/paciente. Los diagnósticos que más precisaron retorno fueron los respiratorios (23/41,07%) (EPOC, Infección Respiratoria, Neumonía), Insuficiencia cardíaca (11/19,64%) y TADE exclusivo (8/14,28%).



RELACIÓN ENTRE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PALIATIVA COMPARTIDA (PAPC), HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HADO) Y EL FALLECIMIENTO EN DOMICILIO

Autores: Andrea Barcia Losada, Laureano Negrón Blanco, Cristina Rodríguez Díaz, Andrés Vázquez Fernández, Arantza García Martínez, M. José Cereijo Quintero

Hospital Universitario Lucus Augusti



INTRODUCCIÓN

El área sanitaria de Lugo dispone desde mayo/2019 de un PAPC coordinado por una enfermera gestora.

Desde noviembre/2021 HADO ha ampliado su cobertura poblacional del 70 al 90%.

Entre los objetivos del PAPC está favorecer el seguimiento por HADO para facilitar que el paciente fallezca en su domicilio, si es lo que desea.

OBJETIVO

Conocer si:

- La posibilidad de ser atendido por HADO facilita fallecer en domicilio
- Está recogido en la historia clínica el lugar deseado de fallecimiento

MÉTODO

Revisión de la base de datos autorizada como de interés clínico e historias clínicas de los pacientes incluidos en el PAPC fallecidos durante los 6 meses pre-ampliación (mayo-octubre/2021) y los 6 meses post-ampliación (noviembre/2021-abril/2022) en el área ampliada.

RESULTADOS

Total: 68 pacientes, 35 fallecidos pre-ampliación y 33 post-ampliación

Edad media del exitus: 81.3; 43 (63.2%) hombres, 25 (36.8%) mujeres

Diagnóstico principal de inclusión en el PAPC, enfermedad oncológica avanzada.

Principal servicio derivador, Oncología.

Tiempo medio de seguimiento: 2 meses.

Previo a la ampliación 19 (54.2%) fallecieron en domicilio:

- 16 con el apoyo de Atención Primaria (AP)
- 3 con apoyo exclusivo del PAPC.

Post ampliación lo hicieron 20 (60.6%):

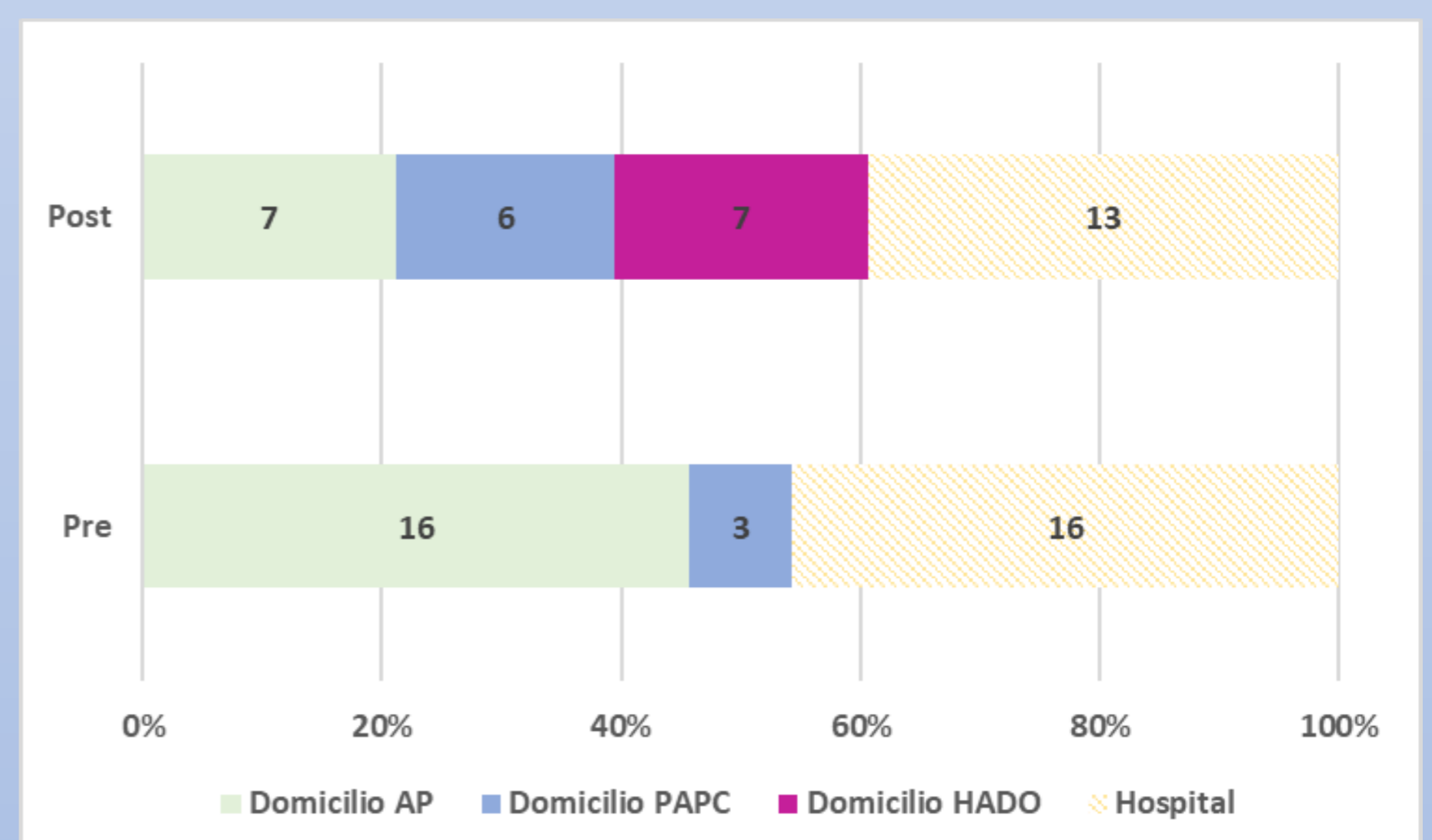
- 7 con AP
- 6 con el PAPC
- 7 con HADO y

Pre-ampliación fallecieron en el hospital 16 (45%); post-ampliación lo hicieron 13 (39%).

No encontramos significación estadística por muestra demasiado pequeña.

No hay registro de deseos sobre lugar de fallecimiento en un 64.7% de los casos.

De los casos registrados, en un 83.3% se respetó el deseo manifestado.



CONCLUSIONES

En los pacientes incluidos en el PAPC parece observarse una tendencia a:

- Desplazamiento de la atención al final de la vida en domicilio desde AP a PAPC/HADO.
- Disminución de ingresos hospitalarios para el fallecimiento.

El registro sobre el lugar deseado de fallecimiento es escaso y es preciso mejorar en ello.



INTERVENCIÓN GRUPAL PARA CUIDADORES DE PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO INTEGRAL A TRAVÉS DEL MINDFUNLESS

Ruiz Torezano J¹, Perez Bazán LM^{1,2}, Riaño Baztán G¹, Inzitari M^{1,2}

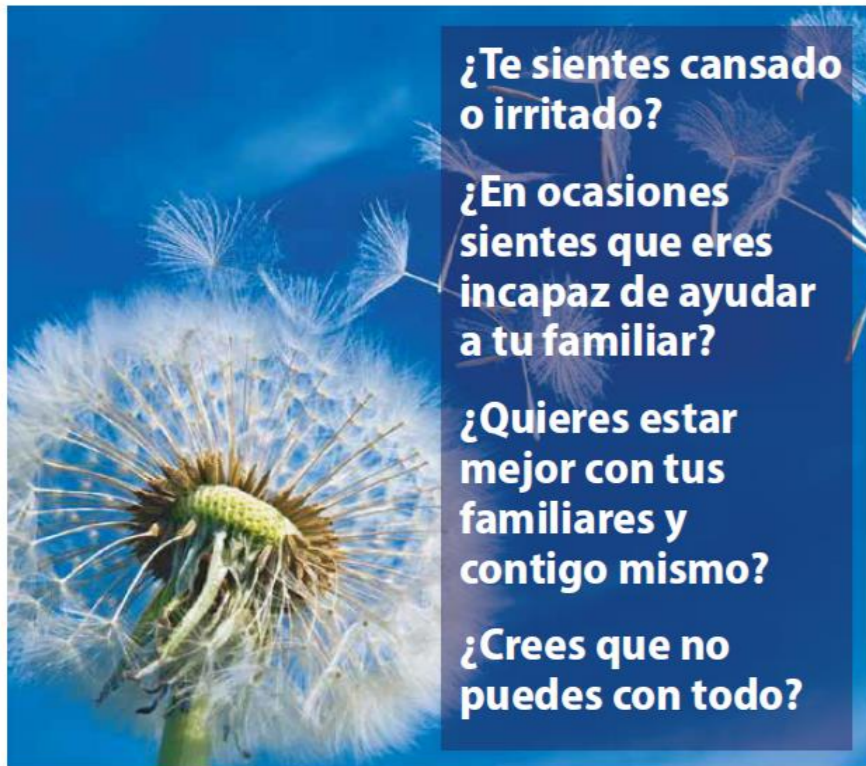
1 Hospital de Atención Intermedia Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España.

2 Grupo de Investigación RE-FIT Barcelona. Instituto de Investigación Vall d'Hebrón y Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España.



Taller mindfulness / Atención plena

Taller dirigido a cuidadores de pacientes del Parc Sanitari Pere Virgili



Institut de Formació Contínua-IL3
UNIVERSITAT DE BARCELONA

La sobrecarga de los cuidadores requiere un abordaje holístico para asegurar una atención de calidad. Intervención enfocada en los cuidadores de los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria Geriátrica Integral

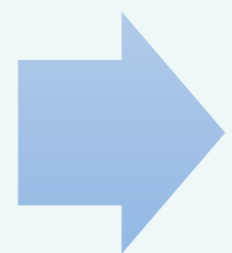
OBJETIVO

- Proporcionar un espacio seguro donde los cuidadores puedan expresarse libremente, compartir experiencias y emociones en relación al cuidado.
- Potenciar sus habilidades y ofrecerles herramientas para aplicar en su vida diaria, aprovechando las capacidades terapéuticas de la intervención grupal para aumentar su bienestar.

METODOLOGIA

ENTREVISTAS TRABAJO SOCIAL

- DETECCIÓN SIGNOS SOBRECARGA
- PROPUESTA DE PARTICIPACIÓN



GRUPO DIRIGIDO POR DOS PROFESIONALES

- 7 SESIONES
- 2 HORAS SEMANALES

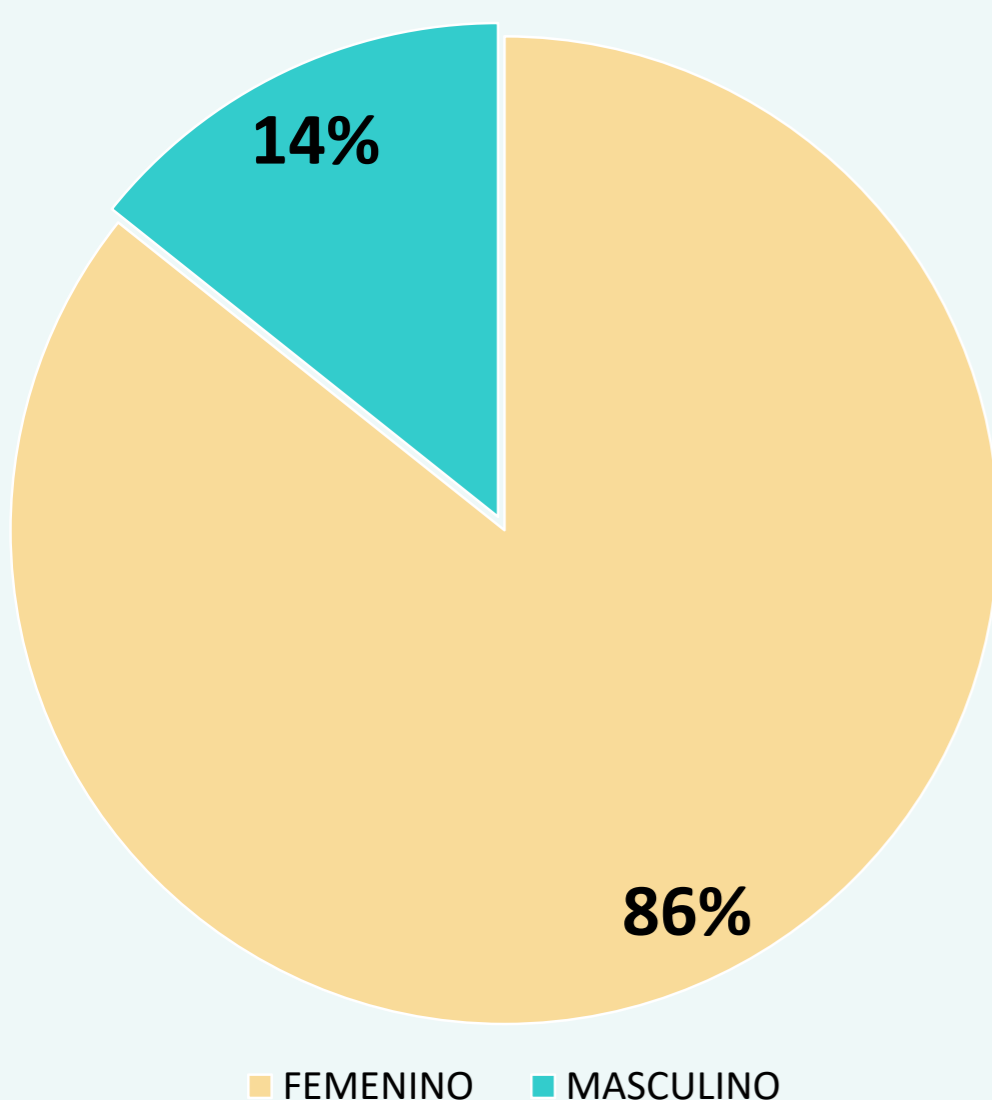


EVALUACIÓN

- ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

RESULTADOS

PERFIL PARTICIPANTES POR GÉNERO



- HA GENERADO EN LOS PARTICIPANTES AUMENTO DE LA SENSACIÓN DE BIENESTAR
- EL 100% CONSIDERA QUE HA RESPONDIDO A SUS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES

- 7 PARTICIPANTES
- MENORES DE 65 AÑOS → 14,29%
- 85,71% ASISTIÓ A MAS DEL 75% DE LAS SESIONES

0
VALORACIONES NEGATIVAS

RECALCAN:

- APRENDIZAJE RELACIONADO CON EMOCIONES
- ESPACIO DE COMPRESIÓN
- ESCUCHA ACTIVA
- COHESION GRUPAL

- 6 PARTICIPANTES MUESTRAN SATISFACCION TOTAL CON EL TALLER, SU ORGANIZACIÓN, EL CONTENIDO Y LA CAPACIDAD DOCENTE

CONCLUSIONES

- ✓ La impartición del taller tiene un efecto positivo sobre el bienestar auto percibido de los cuidadores
- ✓ Al mismo tiempo puede impactar en el paciente debido a la mejora de su atención global.
- ✓ Consideramos que se requieren más iniciativas similares.
- ✓ Nuestra línea de trabajo continuará en esta vía implementando más intervenciones grupales.



ENFERMERÍA



Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

www.congreso-sehad.com



UN MODELO DE COLABORACIÓN CONTRA LOS MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES (MMR)



A. Abad Suero¹, P. Álvarez García², C. Rodríguez de la Vega¹, B. Mínguez Matorras³, S. González Barrera¹, M. Pajarón Guerrero¹, I. Pereda Fernández¹, C. Cruz Dominguez¹, F.M. Antolín Juárez², I. Sampedro García¹.

Servicio de Hospitalización a Domicilio/Hospital de Día Médico¹, Servicio de Medicina Preventiva², Servicio de Informática³. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones por microorganismos multirresistentes representan un grave problema de salud pública debido a la falta de antibioterapia eficaz y al consumo de recursos sanitarios. A nivel hospitalario los pacientes portadores están incluidos en el sistema de vigilancia VIRAS centrado en un MMR. Debemos coordinarnos entre diferentes niveles asistenciales en la prevención de la diseminación comunitaria.

OBJETIVOS

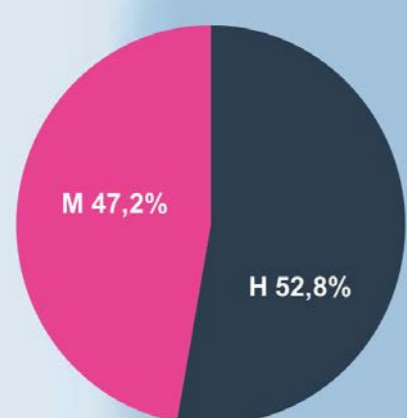
1. Evaluar la rentabilidad de un protocolo que, mediante la colaboración de Medicina Preventiva (MP) y Hospital de Día Médico (HDM), permita mantener la adecuada identificación de pacientes portadores de MMR y así, evitar aislamientos innecesarios.
2. Detectar errores del circuito y plantear acciones de mejora.

METODOLOGÍA

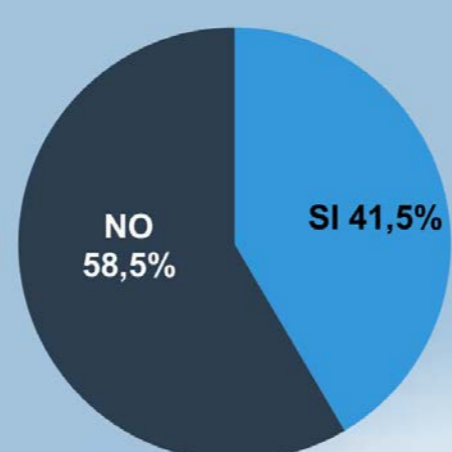
Estudio descriptivo de todos los pacientes portadores de MMR atendidos en HDM entre 21-10-2021 y 15-08-2022. MP diariamente revisa las atenciones en HDM e indica al facultativo de HDM mediante FAX, la recogida de los frotis necesarios. Tras revisar los resultados microbiológicos, siguiendo criterios de la Guía de Vigilancia y Control de MMR del Servicio Cántabro de Salud, decide si retira la alerta electrónica de los sistemas de información corporativos. Analizamos variables demográficas, clínicas, cumplimentación de peticiones, recepción de muestras en Microbiología, resultados y casos cerrados.

RESULTADOS

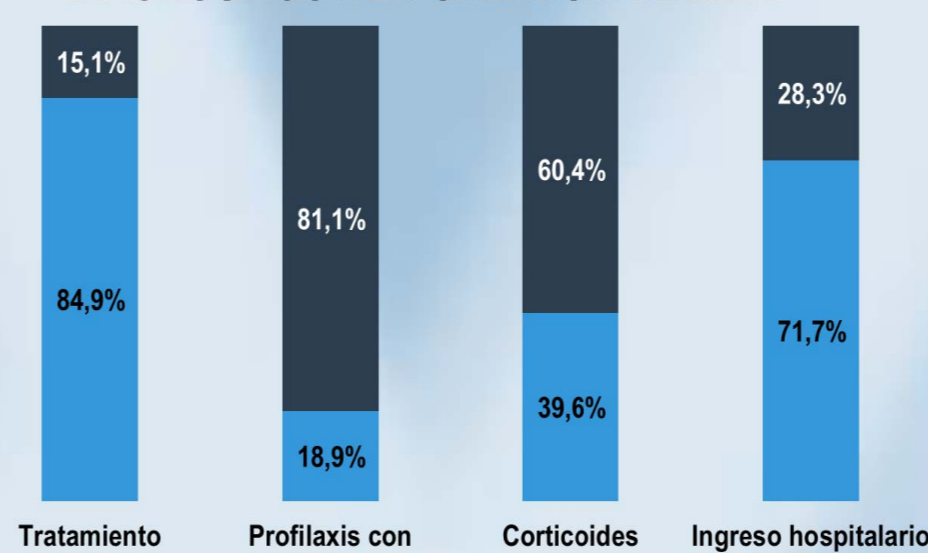
Edad media 62,9±15,3 años
Pacientes totales 4.107
Asistencias totales 22.948
Pacientes portadores 53
Procesos VIRAS activos 68
Asistencias de pacientes portadores 316



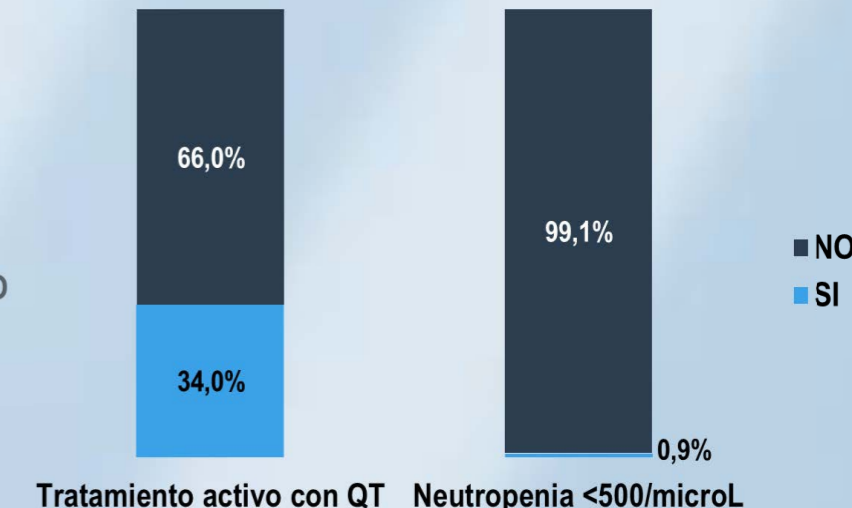
PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS



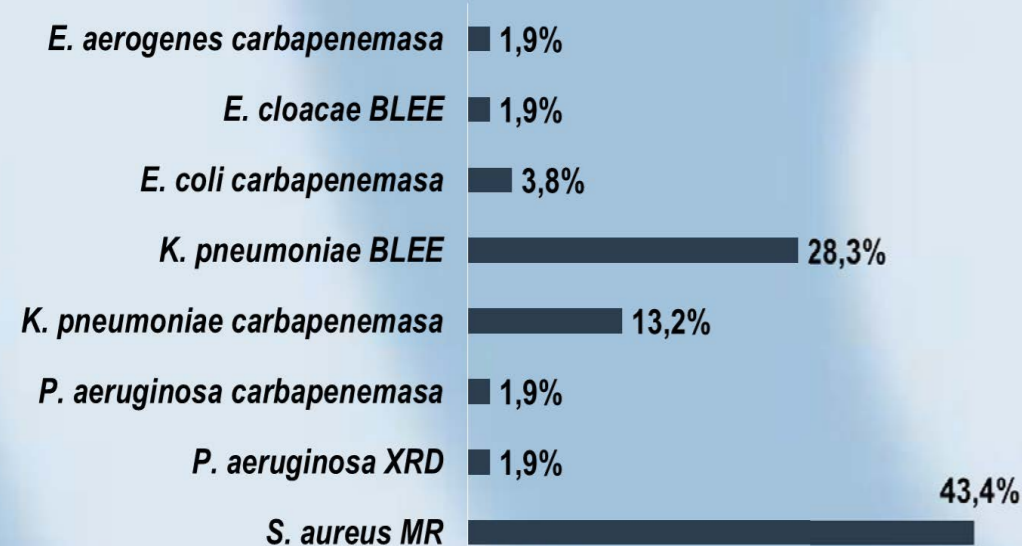
FACTORES DE RIESGO EN LOS 3 MESES PREVIOS AL DIAGNÓSTICO DE PORTADOR DE MMR



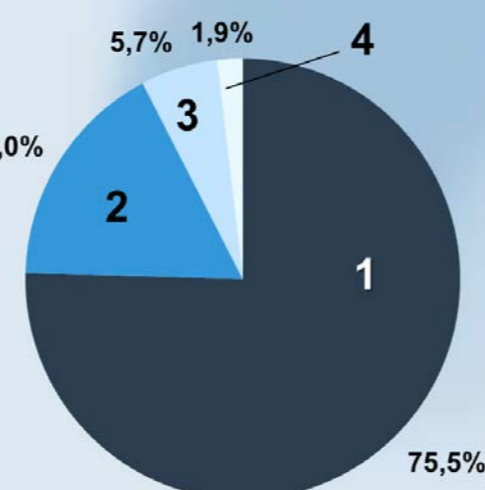
FACTORES DE RIESGO DURANTE LA ASISTENCIA



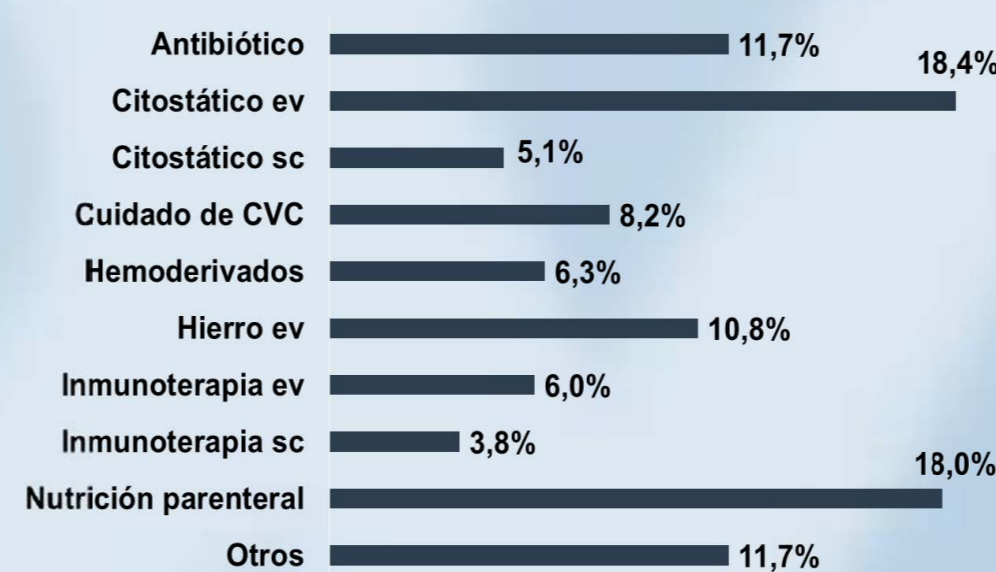
DISTRIBUCIÓN DE MMR



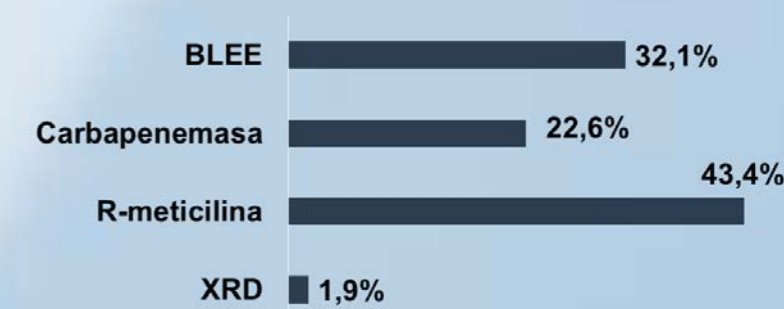
NÚMERO DE PROCESOS VIRAS EN EL MISMO PACIENTE



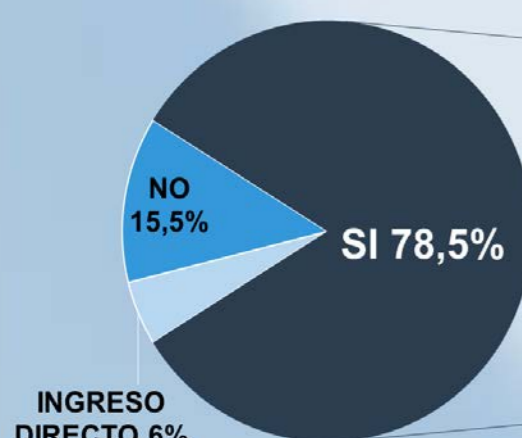
MOTIVOS DE ASISTENCIA



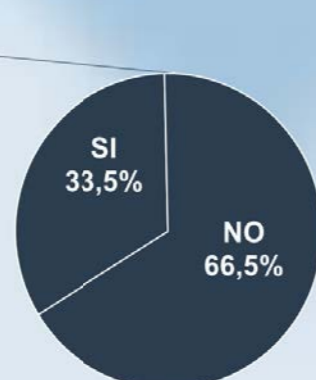
MECANISMOS DE RESISTENCIA



MP ENVÍA FAX

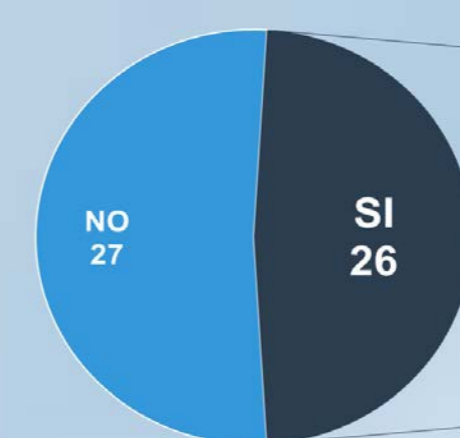


MP SOLICITA MUESTRA

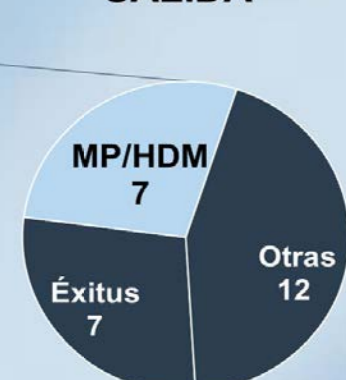


	Frotis nasal	Frotis faríngeo	Frotis rectal
MP solicita frotis	41 (49,4%)	44 (53%)	42 (50,6%)
Cumplimentación del volante por médico HDM	36 de 41 (87,8%)	36 de 44 (81,8%)	35 de 42 (83,3%)
Muestra llega al lab. Microbiología	27	28	29
Resultado negativo	14 de 27 (51,8%)	25 de 28 (89,2%)	14 de 29 (48,2%)

PACIENTES DESAISLADOS



CAUSAS DE LA SALIDA



CONCLUSIONES

El número de pacientes portadores desaislados es rentable para la organización del HDM al permitir su asistencia sin bloquear espacios. La tasa de cumplimiento del protocolo es elevada, pero puede mejorar cambiando el FAX por otro soporte de comunicación. El Frotis faríngeo no parece ser de utilidad; es probable que la técnica en la recogida de la muestra no sea adecuada. La combinación del sistema de vigilancia VIRAS y el listado de pacientes activos ERUDINET permite identificar y estudiar con rapidez pacientes portadores de MMR.



IMPACTO DE UN PROTOCOLO DE VALORACIÓN NUTRICIONAL EN UNA ADECUADA CODIFICACIÓN DE DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD

B. Vázquez Vizcaíno, S. Retolaza Lorenzo, J. Isasi Otaolea, I. Serna Díez, J. Arancón Vaquero, A. Herbosa López, A. Castañares Pérez de Heredia, L. González Martínez, A. Oregui Apraiz, A. Basterretxea Ozamiz.

Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Bizkaia.

Introducción:

La estrategia de seguridad del paciente 2020 de Osakidetza, recoge en la línea 14, buenas prácticas para prevenir y/o detectar precózmamente DRE (desnutrición en relación con enfermedad). Partiendo de la creación de una comisión de Nutrición para difundir la importancia de la valoración nutricional y el impacto sobre la salud; y de un cuadro de mando específico en OBI/ORACLE; se establecen unos indicadores corporativamente:

- nº de pacientes con test de screening positivo en un año entre nº de pacientes ingresados en un año.
- nº de pacientes con diagnóstico de desnutrición en informe de alta/año entre nº de pacientes ingresados en un año.
- registrar datos de screening en historia clínica del paciente, mediante formulario integrado en Osanaia, permitiendo explotación de datos en OBI.
- Información nutricional del paciente al alta.

Objetivo:

Analizar el impacto de un protocolo de valoración nutricional asociado a un programa de formación.

Material y métodos:

Extraer datos de indicadores: cuadro de mando OBI/ORACLE y clic view del 1 de Julio del 2021 al 1 Julio del 2022

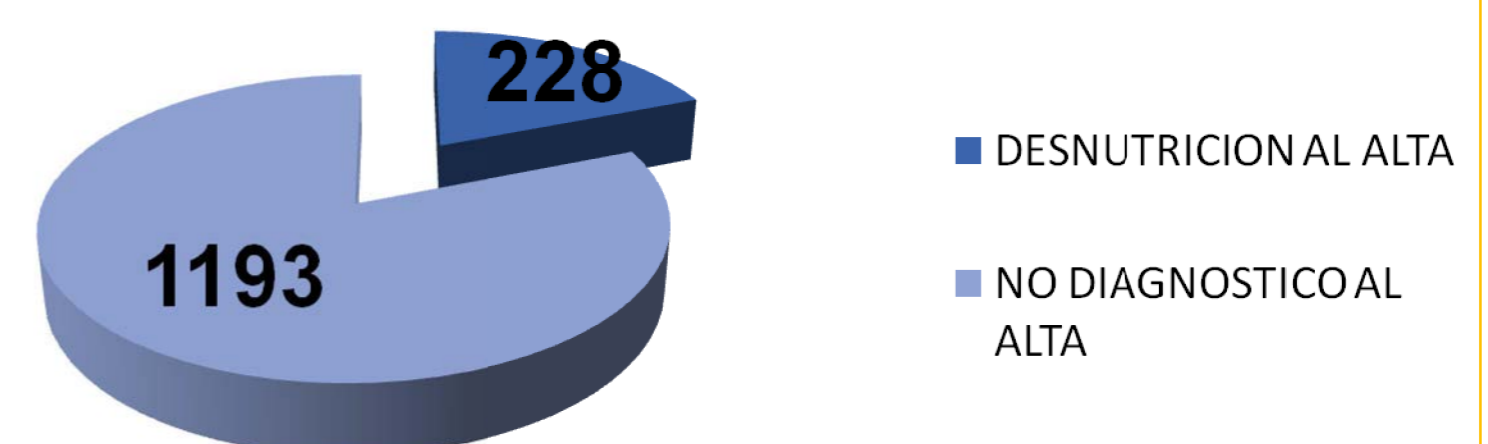
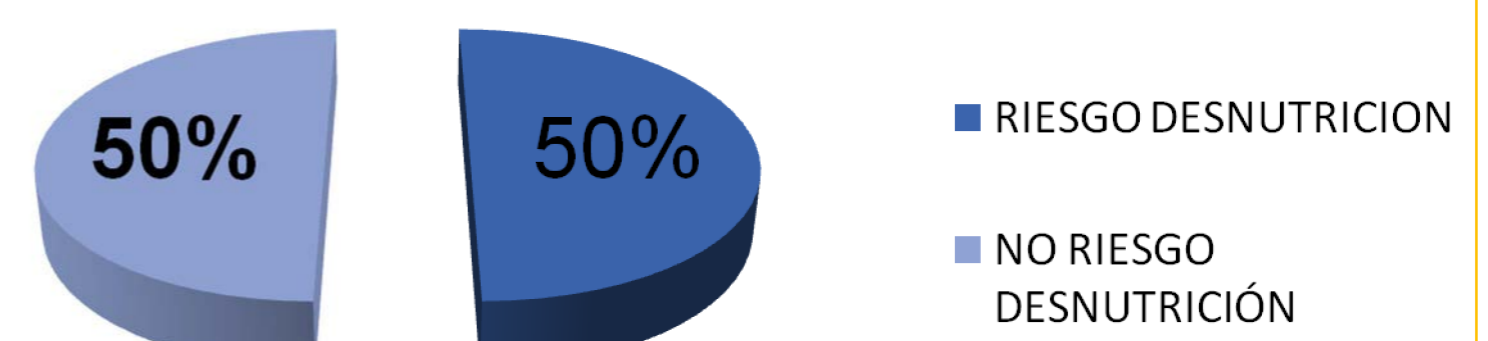
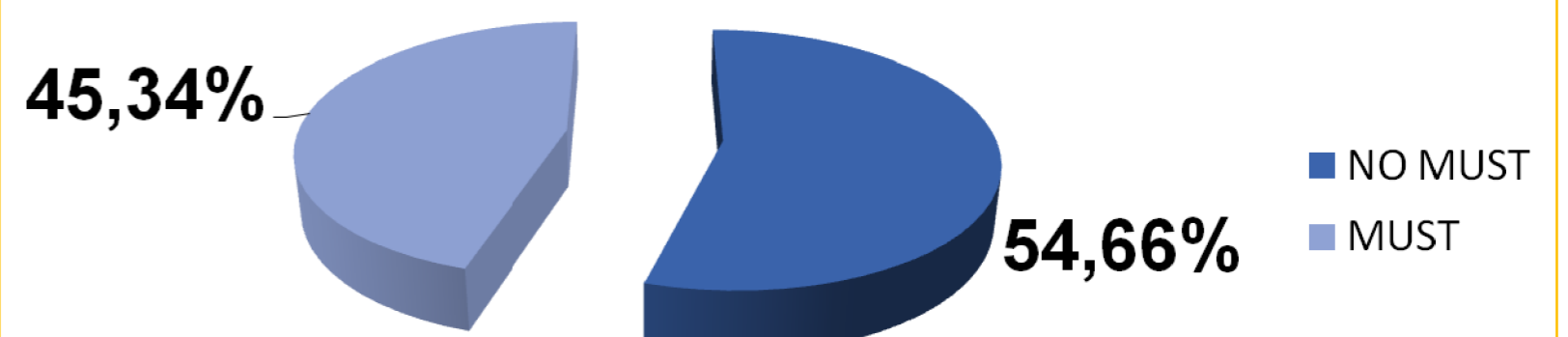
1473 pacientes susceptibles de realizar valoración nutricional según protocolo

668 se les realizó test de screening MUST

A un 45,34% se les realizó screening

De los 668, 334 pacientes tenían riesgo alto de desnutrición según MUST, es decir un 50%

Del total de los pacientes con riesgo alto de desnutrición 280 tuvieron diagnóstico de desnutrición al alta, es decir un 19% del total de pacientes susceptibles e valoración nutricional según protocolo



Conclusiones:

Estamos lejos de los porcentajes del 100% fijados corporativamente. De los pacientes valorados nutricionalmente, un porcentaje alto presentaba riesgo de desnutrición, coincidiendo con los datos de DRE recogidos en distintos estudios de prevalencia. Gracias al protocolo más a un programa formativo, un 45% de pacientes se les valoró nutricionalmente en un año. El porcentaje de codificación de desnutrición al alta es bajo, debemos mejorar este indicador por el impacto de una adecuada codificación de la DRE en los índices hospitalarios como en la seguridad del paciente.

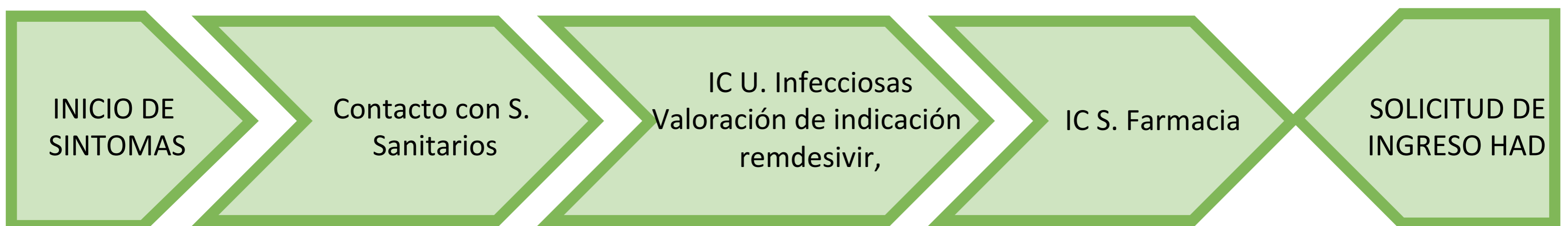


ADMINISTRACIÓN DE REMDESIVIR EN DOMICILIO A PACIENTES CON COVID 19 LEVE

Autoras: S. Retolaza Lorenzo, C Castillo Maza, C.I. Moreno González, S. Brizuela Clinch, P. Alonso López, I. de la Cruz Martinez, B. Baza Martin, M. J. Zardoya Mateo, M. Del Álamo Martinez de Lagos, A. Basterretxea Ozamiz. Hospital Universitario de Cruces.

En diciembre de 2021 el Ministerio de Sanidad aprobó el uso de antivirales para COVID 19 leve en pacientes con riesgo de mala evolución. La Comisión de Infecciones del Hospital Universitario de Cruces (HUC), encargada de implementar la prestación, consideró a Hospitalización a Domicilio (HaD) la modalidad asistencia adecuada para la administración de estos medicamento y del control clínico de los pacientes.

Se estableció un circuito, desde el aviso de un paciente con COVID LEVE a las consultas especializadas, a través de Enf. Infecciosas donde se valora indicación de tratamiento con la aprobación del S. Farmacia, en base a lo que envían a HaD.



OBJETIVO

Medir el impacto, la capacidad de respuesta y complicaciones de la nueva prestación en HaD.

MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis observacional retrospectivo de los pacientes que se administró tratamiento desde el 26/01 al 2/08/22. Por su relevancia, analizamos: tiempo de respuesta desde diagnostico hasta la administración de 1ª dosis, reacciones adversas y complicaciones relacionadas con la infección.

RESULTADOS:



- Nº 62 pacientes
- Edad media: 58,09 (31-87)
- 46,5% Mujeres
- 2 Pacientes con pauta de vacunación incompleta/inexistente.
- Pauta mayoritaria Remdesivir 3 dias, salvo 1 Sotroimab y 2 Remdesivir 5 dias.

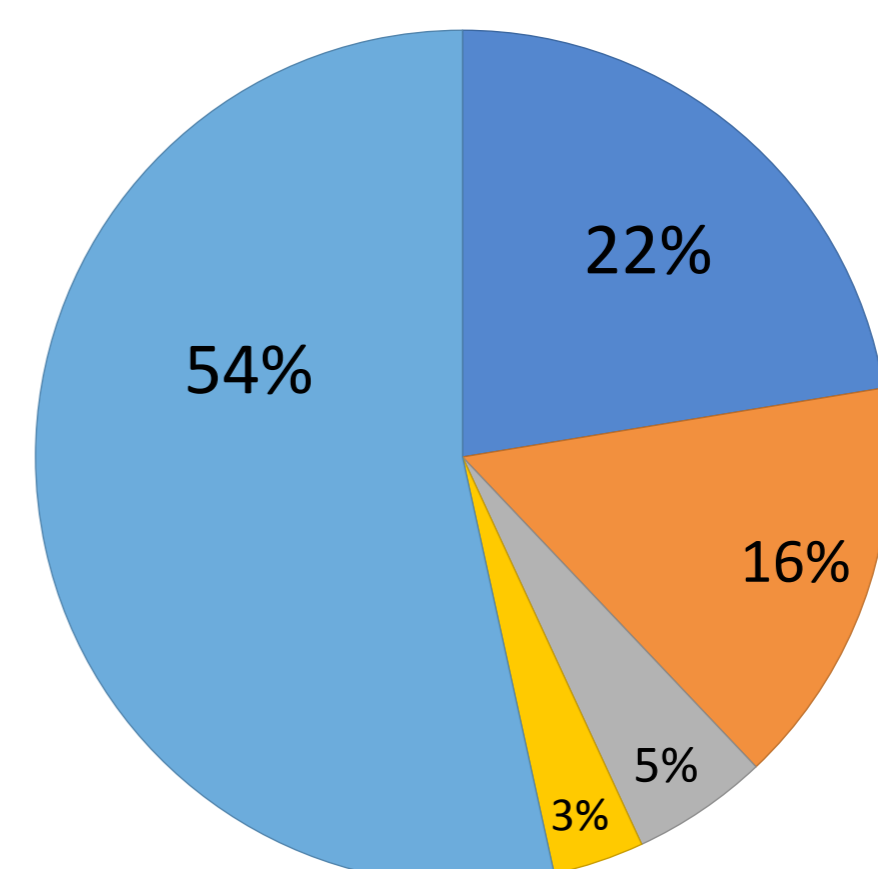


- Tiempo de respuesta desde el aviso hasta la administración de la 1ª dosis:
3,36 dias.
- Mes con mayor carga de trabajo Julio con 19 pacientes atendidos.

Factores de riesgo para mala evolución

■ LINFOMA ■ OTROS INMUNO ■ MM ■ Otras QT ■ TX ORG SOLIDO

OTROS INMUNO	9	15,50%
MM	3	5,10%
NEO MAMA	1	1,70%
NEO OVARIO	1	1,70%
TX BIPULMON	1	1,70%
TX HEPATICO	2	3,44%
TX HEP-RENAL	1	1,70%
LINFOMA	13	22,40%
TX RENAL	27	46,50%



- Registramos un **síncope** durante la infusión como única reacción adversa.
- **5 pacientes ingresaron** en planta hospitalaria por mala evolución del COVID 19:
 - 3 Sobreinfecciones bacterianas. 2 neumonias COVID.
 - De estos 5, uno ingresó en **UCI y falleció**.



Descripción de la relación entre cuidador y cuidado según la teoría de la transculturalidad. Subestudio en Hospital Mutua de Terrassa.



Hospital Universitari
Mútua Terrassa



M. Carrasco Sánchez¹, E. Cecilia Prades², E. Sanchez Martos³

^{1,2}Enfermeras. Servicio de Hospitalización a Domicilio Hospital Universitario Mutua Terrassa (Terrassa, Barcelona, Cataluña).

³Enfermera. Servicio de Hospitalización a Domicilio Hospital Univertari Parc Taulí (Sabadell, Barcelona, Cataluña)

Introducción

El enfoque principal de la teoría de transculturalidad de Leininger, es que los cuidados de enfermería tengan un significado beneficioso y resultados de salud para personas de diferentes o similares antecedentes culturales. Esto es necesario para proporcionar servicios de atención de enfermería significativos y eficaces, en sus valores culturales y de salud-enfermedad.

Éste estudio forma parte de un estudio más amplio en el que se analiza el concepto cuidado desde varios perfiles de cuidador.

Objetivos

Profundizar sobre el significado que, para el paciente y cuidador, tienen los cuidados que recibe o ofrece, durante el ingreso en hospitalización domiciliaria, a través de la teoría de transculturalidad de Leininger.

Material y Métodos

Estudio con abordaje cualitativo de tipo etnográfico. Se seleccionaron 5 familias del servicio de Hospitalización a Domicilio, del Hospital Mutua de Terrassa. Para generar la información, se utilizó la observación directa, entrevista con cuidadores y registro en un diario de campo durante 10 días. Las entrevistas informales se realizaban siguiendo un guion de preguntas.

El análisis de los resultados, a partir de la teoría de Leininger, se realizó mediante el programa Atlas.ti.

Resultados

El perfil de los cuidadores que participaron en el estudio fue similar: todos ellos eran familiares directos, 4 de los 5 eran mujeres, con una edad media de 65 ± 7 años y el 80% convivía con el paciente.

De las entrevistas y observaciones durante el ingreso en Hospitalización domiciliaria, emergen las siguientes dimensiones relacionadas con el cuidado:

1. Los pacientes y cuidadores valoran positivamente los cuidados en su domicilio porque se sienten involucrados en el proceso de atención y curación.

“Que vengáis a curar a mi marido a casa me ha ayudado a superar y entender muchas cosas y ahora le puedo ayudar mejor. Paco estaba hundido y gracias a vosotros ahora tiene ganas de vivir.”

“En el hospital me sacaban de la habitación para todo, pero aquí en casa es mas cercano, me explicáis todo muy bien y estoy delante cuando la hacéis las cosas.”

2. Los cuidadores dan mayor prioridad a la calidad y conocimientos de los profesionales, que les atienden en domicilio, que a sus propias creencias religiosas.

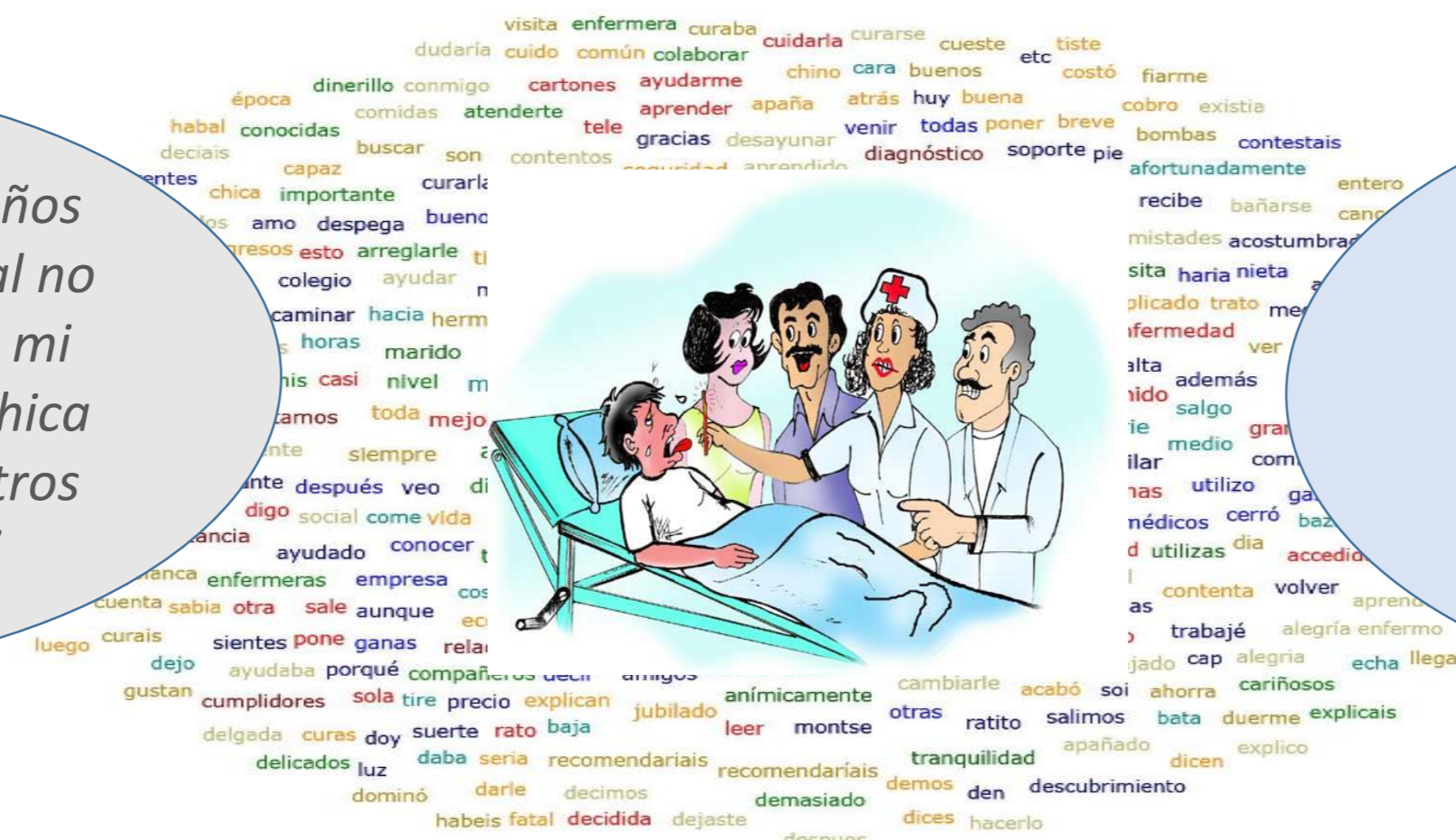
“La gente le dice a Maria que dios le va a ayudar a curarse y yo les digo que para eso están los profesionales. Si lo tenemos que poner en manos de dios...”

“Nosotros seguimos las recomendaciones de los médicos y las enfermeras porque vosotros sois los que sabéis.”

3. La opción de cuidar a su propio familiar ingresado en casa, sin precisar de un cuidador externo, se valora como un ahorro económico.

“Yo cuido de mi nieta de 5 años y si Miguel está en el hospital no puedo quedármela, así que mi hija tiene que pagar a una chica que la cuide. Viniendo vosotros a casa eso se lo ahorra.”

“Como estoy jubilado y todo entra por la seguridad social, no nos cuesta el dinero. Además teniéndola en casa, me ahorro el dinero del autobús para ir a verla al hospital.”



Conclusiones

- La palabra cuidar, en todas sus formas, fue la más repetida en las conversaciones registradas.
- Tal como indica la teoría de Leininger, el poder cuidar al familiar, dentro del núcleo familiar, es algo intrínseco en la cultura de los pacientes estudiados y el poder hacerlo, se traduce en satisfacción y gratitud.
- Los participantes ven la Hospitalización en domicilio, como un entorno facilitador de la atención integral de la persona.



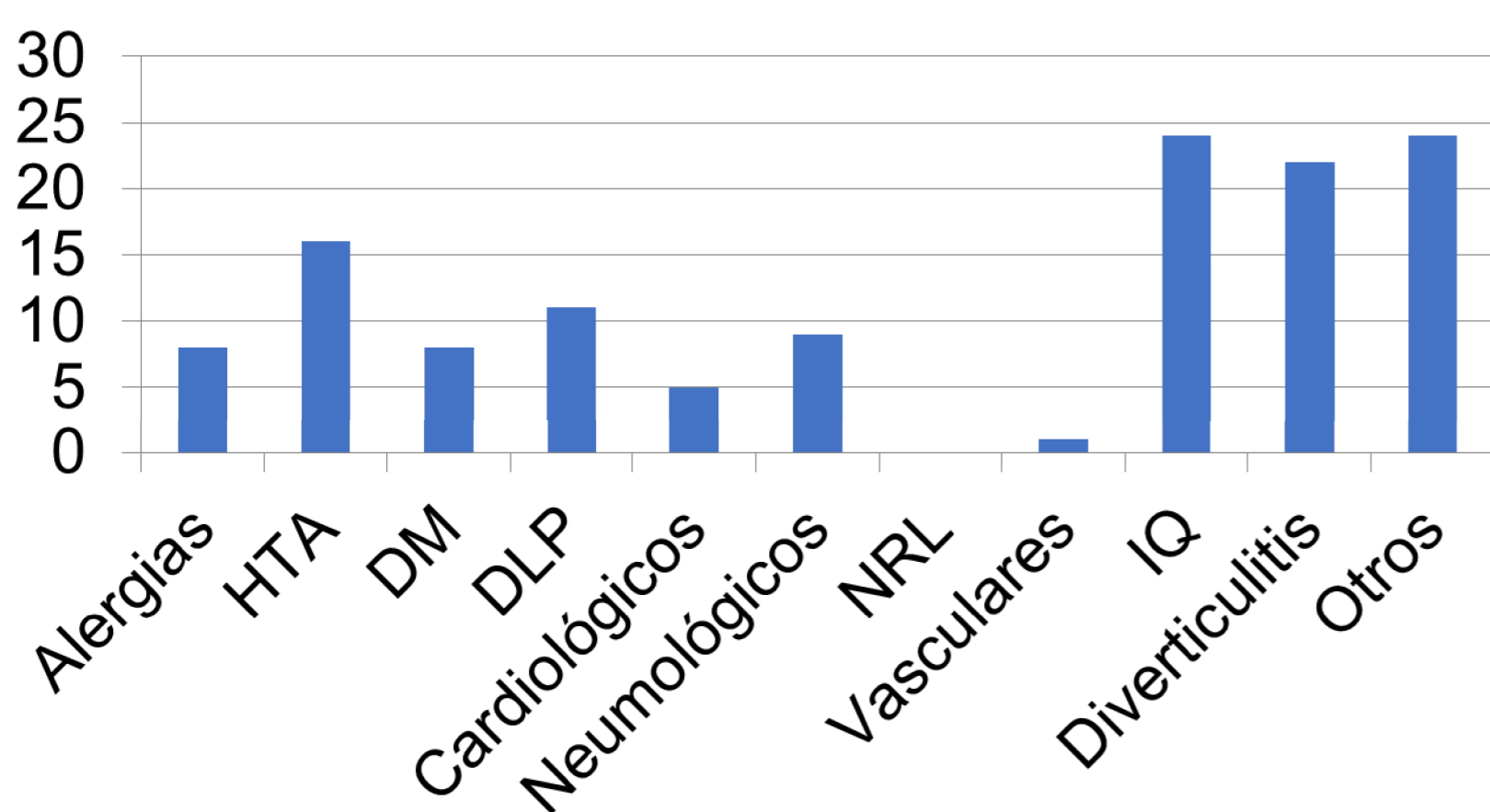
CIRCUITO DE INGRESO DE PACIENTES CON DIVERTICULITIS AGUDA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Autores: Fraga Jiménez, Alicia; Núñez Rodríguez, Eva; Ortiz de Zárate, Luis; González Santin, Verónica. Complejo Hospitalario Moisès Broggi. Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Introducción

En el Complejo Hospitalario Moisès Broggi de Sant Joan Despí se ha elaborado un protocolo realizado por el equipo de coloproctología de la Unidad de Cirugía General en consenso con la Unidad de Hospitalización a Domicilio para estandarizar el circuito de ingreso y tratamiento de pacientes con diverticulitis aguda.

Antecedentes



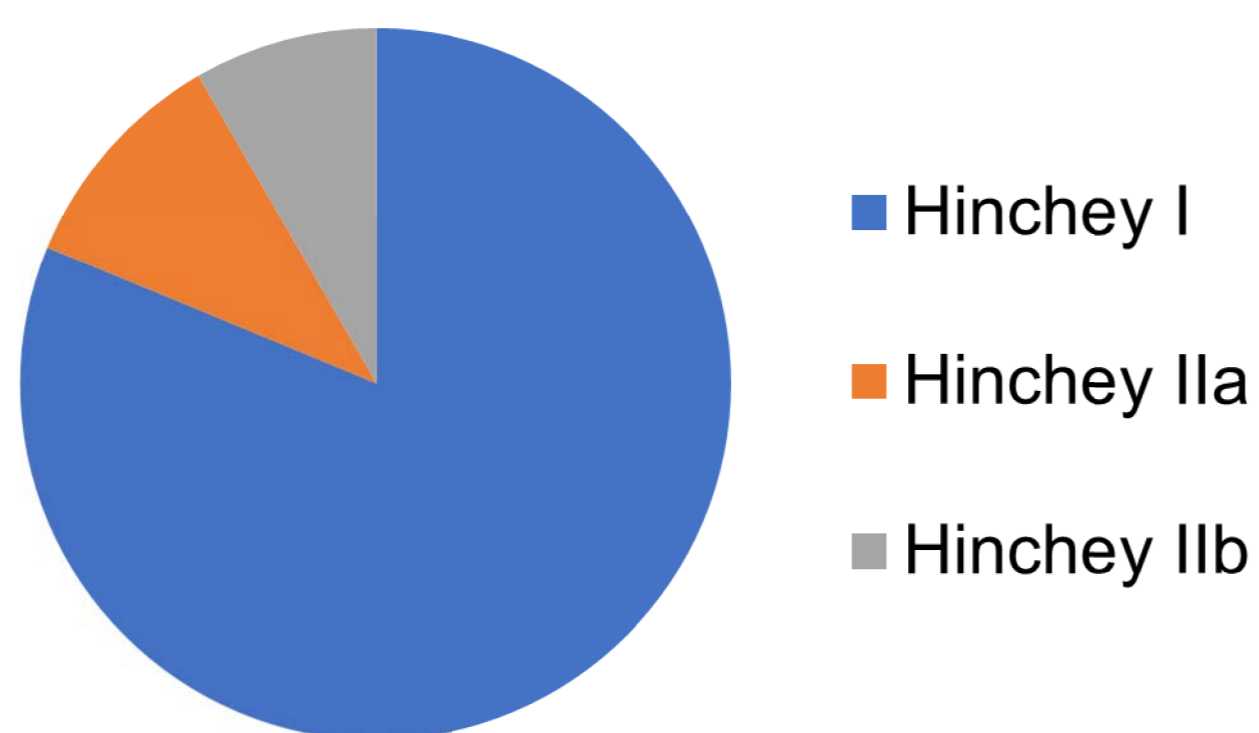
Objetivo

Demostrar la eficacia y seguridad en el manejo de diverticulitis aguda en domicilio a través de una actuación estandarizada por protocolo.

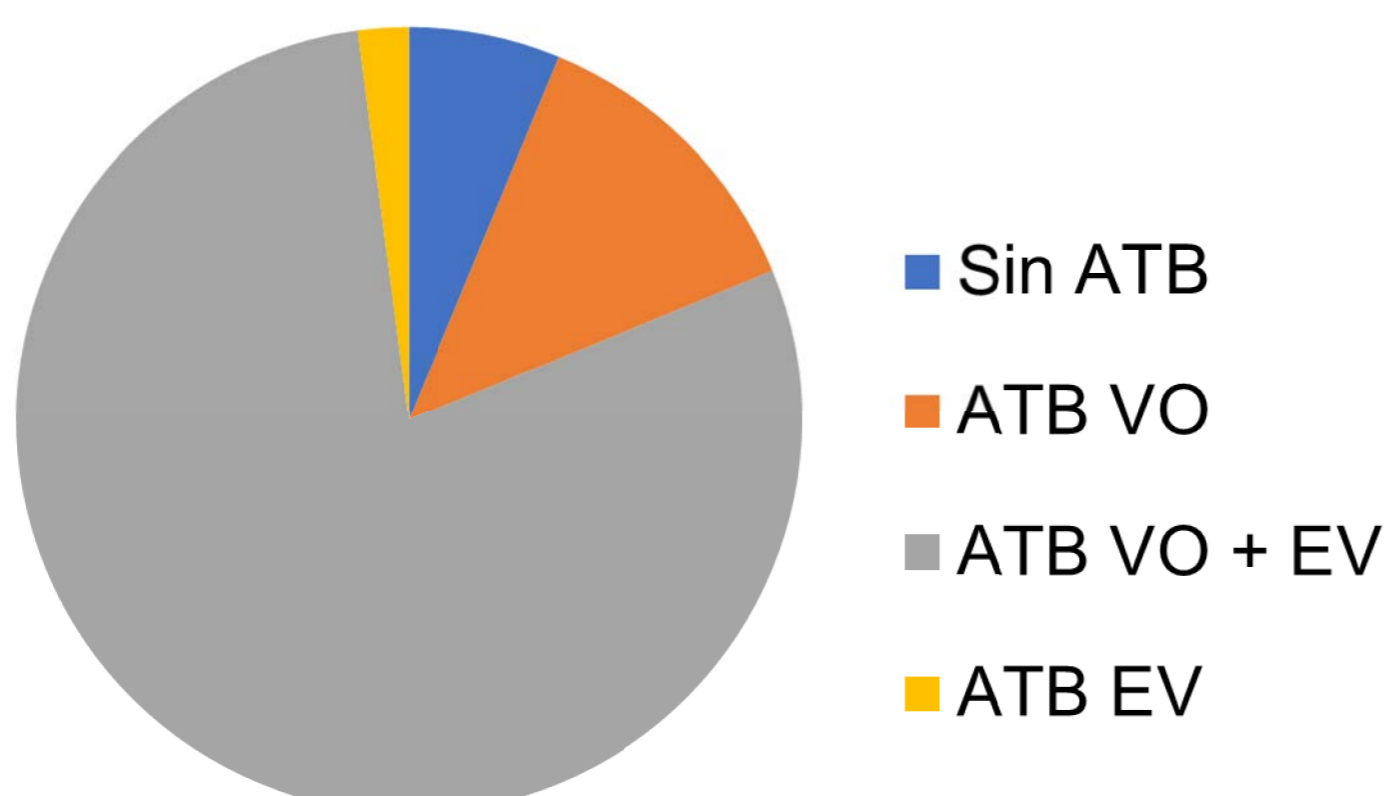
Metodología

Se realiza un estudio retrospectivo de 48 pacientes ingresados en Hospitalización a Domicilio con diagnóstico de diverticulitis aguda según la clasificación radiológica de Hinchey modificada: Hinchey I (la mayoría con factores de riesgo asociados?), Hinchey IIa y Hinchey IIb, durante el período de 12 meses (1 de mayo 2021 hasta 30 abril de 2022).

Diagnóstico



Tratamiento



Gráficas creadas por Fraga, A. y Núñez E.

Resultados

El 45,83% fueron hombres y el 54,17% mujeres, la edad media fue 61,38 años. El 81,25% fueron Hinchey I (el 79,5% fueron ingresados desde urgencias), 10,42% Hinchey IIa (todos desde urgencias) y 8,33% Hinchey IIb (todos desde hospitalización convencional). Los tratamientos recibidos fueron; 79,17% metronidazol VO y ceftriaxona EV, 2,08% piperacilina/tazobactam EV, 12,5% amoxicilina/clavulánico VO y 6,25% sin tratamiento antibiótico. La estancia media fue 6,48 días. La media de visitas presenciales fue: 2,67 conjuntas (médico y enfermera) y 3,48 sólo enfermeras. El 75% de los pacientes realizaron autoadministración. Como complicaciones de catéter venoso: 8,33% mal funcionamiento del bioconector y el 2,78% flebitis. Durante el ingreso domiciliario el 8,33% consultaron en urgencias y del total reingresaron el 6,25%.

Conclusiones

La Hospitalización a Domicilio es una alternativa eficaz y segura en el tratamiento de los pacientes con diverticulitis aguda, con una tasa de reingreso reducida. El TADE por autoadministración es seguro, con pocas complicaciones. Crear protocolos de actuación conjunta por patología facilita el acceso al tratamiento en las unidades de hospitalización a domicilio.



TERAPIA LARVAL COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL DE ÚLCERAS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Martínez García, S; Ble Merlo, D; Soria Vílchez, P; Barros Muñoz, S; Sauret Santana, S; Sotillos Costa, A; Arcusa Puente, D; Echazarreta Saulais, C; Vázquez Suárez, A; Parra Rojas, A
Servicio de Hospitalización a Domicilio (HAD). Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona



INTRODUCCIÓN

La terapia larval es una técnica de desbridamiento utilizada en úlceras con evolución tórpida y que consiste en el uso de larvas de la mosca verde "*phaenecia sericata*" creadas en laboratorio en condiciones de esterilidad.

OBJETIVOS

Describir la experiencia de nuestro servicio de Hospitalización a Domicilio (HAD) en el manejo de terapia larval en úlceras vasculares y/o diabéticas de evolución tórpida. Valorar la viabilidad y seguridad de la misma en un ámbito no hospitalario.

METODOLOGÍA

Se adaptó a la HAD el protocolo realizado en la unidad de hospitalización de Cirugía Vasculosa y se diseñó de forma multidisciplinar la elección de pacientes y el circuito de solicitud, así como la dispensación por parte de farmacia y la formación que debían recibir los profesionales de la unidad.

Cuidados de enfermería en la aplicación de la terapia larval:

1. Limpiar la lesión, incluyendo la piel perilesional, con gasas y suero salino, y posteriormente desinfectar con ácido hipocloroso.
2. Proteger la piel perilesional con una crema barrera.
3. Aplicar los sacos de larvas de forma estéril en las zonas con tejido desvitalizado.
4. Cubrir y proteger los sacos larvales con gasas estériles y venda crepé, evitando vendajes compresivos y apósitos oclusivos.
5. Cambiar los sacos de larvas cada 3-4 días, reevaluando la herida y la continuidad de la terapia larval.
6. Cambiar las gasas estériles y el vendaje a diario.

RESULTADOS

En los casos atendidos se obtuvieron óptimos resultados. No hubo ningún percance con la aplicación de la terapia larval en domicilio, por lo que la convierte en una técnica segura para la realización en la HAD.



21 Febrero 2022



10 Marzo 2022



24 Marzo 2022



6 Abril 2022

CONCLUSIONES

- 1) Desbridación biológica efectiva y menos dolorosa que los tratamientos convencionales.
- 2) Disminución de la posibilidad de reacciones adversas al no usarse agentes químicos.
- 3) Procedimiento novedoso de cara a la HAD puesto que sólo se realizaba dentro del entorno hospitalario.
- 4) Técnica segura para la práctica en domicilio, lo que conlleva un aumento de la satisfacción y confort de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Díaz Herrera MA, Baltà Domínguez L, Blasco García MC, Fernández Garzón M, Fuentes Camps EM, Gayarre Aguado R, et al. Maneig i tractament d'úlceres d'extremitats inferiors. [En línea] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2018. http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/gpc/guia_ulceres_extremitats_inferiors.pdf
- ✓ BioMonde. Terapia de Desbridamiento Larval. Guía de aplicación y cuidado diario. BioBag. BM197_ES01_0916_PR. Disponible en: www.biomonde.com
- ✓ Góngora J, Díaz-Roa A, Gaona MA, Cortés-Vecino J, Bello F. Evaluación de la actividad antibacteriana de los extractos de cuerpos grasos y hemolinfa derivados de la mosca *Sarconesiopsis magellanica* (Diptera: Calliphoridae). *Infectio* [Internet]. 2015;19(1):3-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.infect.2014.09.003>
- ✓ Peruchó NS, Llatas FP. Utilización De La Terapia Larval En Heridas Desvitalizadas: Revisión Bibliográfica. 2016;10(1):27-33.
- ✓ Rodríguez P. Eficacia de la terapia larval en el tratamiento de heridas crónicas. *Nure Inv*. 2016;13(85):1-7.



ESTUDIO DE COSTES EN EL 2019 DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) DEL HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL.

M Gloria Bonet Papell (1), Francesc López Seguí (2), Beatriz Díez Sánchez (1), Anna Arjol Boga (1), Helena Manjón Navarro (1), Jordi Joseph Vilaplana (1), Thatiana Vertiz Guidotti (1), Elena de Felipe Martín (1), Cristina Ampurnales Villar (1), Josep M Modol Deltell (2), Oriol estrada Cuxart (2), Marc Vilar Capella (2), Jordi Ara del Rey (2)
Filiaciones: 1. Unidad hospitalización a Domicilio Hospital Germans Trias 2. Gerencia Metropolitana Nord

HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

- El coste de un ingreso hospitalario(IH) en la HAD es inferior al coste de un IH convencional
- Las modalidades de ingreso más coste-efectivas serían la evitación de ingreso (EI) convencional y la atención de la subpoblación de pacientes con estancia media (EM) hospitalaria larga

OBJETIVOS

- Análisis de actividad HAD 2019
- Análisis de los costes directos e indirectos
- Cálculo del precio de un ingreso y de un día de estancia en HAD
- Comparación del coste de un ingreso en la HAD con un ingreso en MI

METODOLOGÍA

Análisis de la actividad realizada en HAD durante el 2019 (nº altas, % EI, % de altas a domicilio/retornos).

El HGTP dispone de SAP asistencial y de SAP económico-financiero como sistemas de información, y Sílicon en farmacia de manera que se puso en marcha el módulo de contabilidad analítica con extracción automática de los resultados después de parametrizar qué entendíamos por costes directos e indirectos.

Se comparó el coste HAD con el de una planta hospitalaria correspondiente a MI.

RESULTADOS

1. ACTIVIDAD HAD 2019

Nº altas HAD (2019): 1020. EI: 360 (35,29%). EM 12,82 días. Alta a domicilio: 93,60% Retorno: 6,34%
EM MI 10,31 días.

2.- ANÁLISIS DE COSTES 2019 - COMPARACIÓN DE COSTES DE LA PLANTA DE MI /HAD

Costes MI - costes HAD – diferencias	MI P4		HAD (SA+UT)		DIF +/- (MI-HAD)	
	Acum 12/2019	Coste unitario anual por estancia	Acum 12/2019	Coste unitario anual x estancia	Acum 12/2019	Coste unitario anual por estancia
1. Costes directos según naturaleza						
1.1 Gastos de personal	1.944.070,50 €	115,96 €	872.229,53 €	66,70 €	1.071.840,97 €	49,26 €
1.2 Consumo de medicamentos	265.829,74 €	15,86 €	197.216,20 €	15,08 €	68.613,54 €	0,77 €
1.4 Consumo de otros materiales sanit. y no sanitario	181.661,01 €	10,84 €	67.192,05 €	5,14 €	114.468,96 €	5,70 €
1.5 Consumo de prod. intermedio de terceros	0,00 €	0,00 €	2.011,00 €	0,15 €	-2.011,00 €	-0,15 €
1.6 Serv. y trabajos realiz. por otras empresas	18.356,82 €	1,09 €	35.412,86 €	2,71 €	-17.056,04 €	-1,61 €
1.7 Dotaciones amortizaciones	8.900,43 €	0,53 €	2.498,99 €	0,19 €	6.401,44 €	0,34 €
TOTAL: Costes directos según naturaleza	2.418.840,28 €	144,28 €	1.177.732,13 €	90,07 €	1.241.108,15 €	54,21 €

Costes MI - costes HAD – diferencias	MI P4		HAD (SA+UT)		DIF +/- (MI-HAD)	
	Acum 12/2019	Coste unitario anual x estancia	Acum 12/2019	Coste unitario anual x estancia	Acum 12/2019	Coste unitario anual x estancia
Costes auxiliares recibidos de repartimientos						
Costes de estr. Gerencial	4.518,80 €	0,27 €	1.530,34 €	0,12 €	2.988,46 €	0,15 €
Costes de estr.de Gest. Assist.	192.236,20 €	11,47 €	48.954,12 €	3,74 €	143.282,08 €	7,72 €
Costes de Gest. de Rec. Humanos	40.692,65 €	2,43 €	13.781,01 €	1,05 €	26.911,64 €	1,37 €
Costes de Gest. de Rec. Económicos	84.780,44 €	5,06 €	25.858,37 €	1,98 €	58.922,07 €	3,08 €
Costes de Gest. de Sist. De Información	62.831,25 €	3,75 €	21.278,49 €	1,63 €	41.552,76 €	2,12 €
Costes de Gest. de Serv. Generales	902.512,80 €	53,83 €	41.233,83 €	3,15 €	861.278,97 €	50,68 €
Costes de unid. de sop. Asistencial	1.248.052,37 €	74,44 €	234.940,16 €	17,97 €	1.013.112,21 €	56,48 €
Otros costes gen. de gestión	33.592,98 €	2,00 €	12.622,45 €	0,97 €	20.970,53 €	1,04 €
TOTAL: Costes auxiliares recibidos de repartimientos	2.569.217,49 €	153,25 €	400.198,77 €	30,61 €	2.169.018,72 €	122,64 €

Coste de un día de estancia

MI = 297,53 €

HAD = 120,67 € Diferencia: 176, 85€

Coste por alta (2019) teniendo en cuenta la EM:

MI 3067,53€

HAD 1546,98€ Diferencia: 1520,55€

TOTAL COSTES REPERCUTIR "PRESTACIONES REALIZADAS"	MI P4	HAD (SA+UT)	DIF +/- (MI-HAD)
4.988.057,77 €	297,53 €	1.577.930,90 €	120,67 €
			3.410.126,87 €
			176,85 €

CONCLUSIONES

- La HAD es una alternativa a la hospitalización convencional segura y eficaz
- El coste por día de estancia de la UHAD es inferior al coste por estancia en la planta de MI
- El coste por alta de la UHAD es más económico que el de ingreso convencional en MI
- La modalidad de evitación de ingreso hospitalario es la más eficiente
- Los pacientes con EM elevada son candidatos a ingresar en la UHAD lo más precozmente posible
- Es necesario un buen drenaje de los pacientes a A. Primaria. Una atención de enfermería en domicilio – hospital de día en casa- es una buena alternativa para los enfermos con estancia media superior a 30 días, que precisan curas complejas que no puede asumir la AP

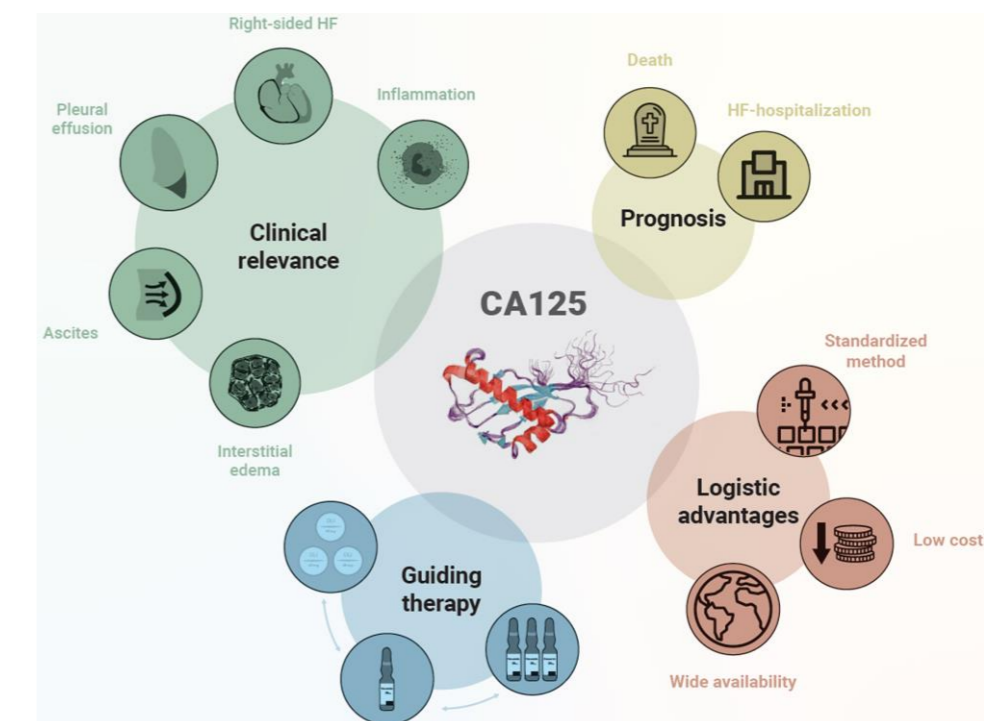


TRATAMIENTO DIURÉTICO INTRAVENOSO (TDIV) GUIADO POR CA 125 EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) AVANZADAS ATENDIDOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD)

J. Murcia, L. Hernández, M. García, L. García Romero
Unidad de Hospitalización a Domicilio
Departamento de Orihuela

OBJETIVO:

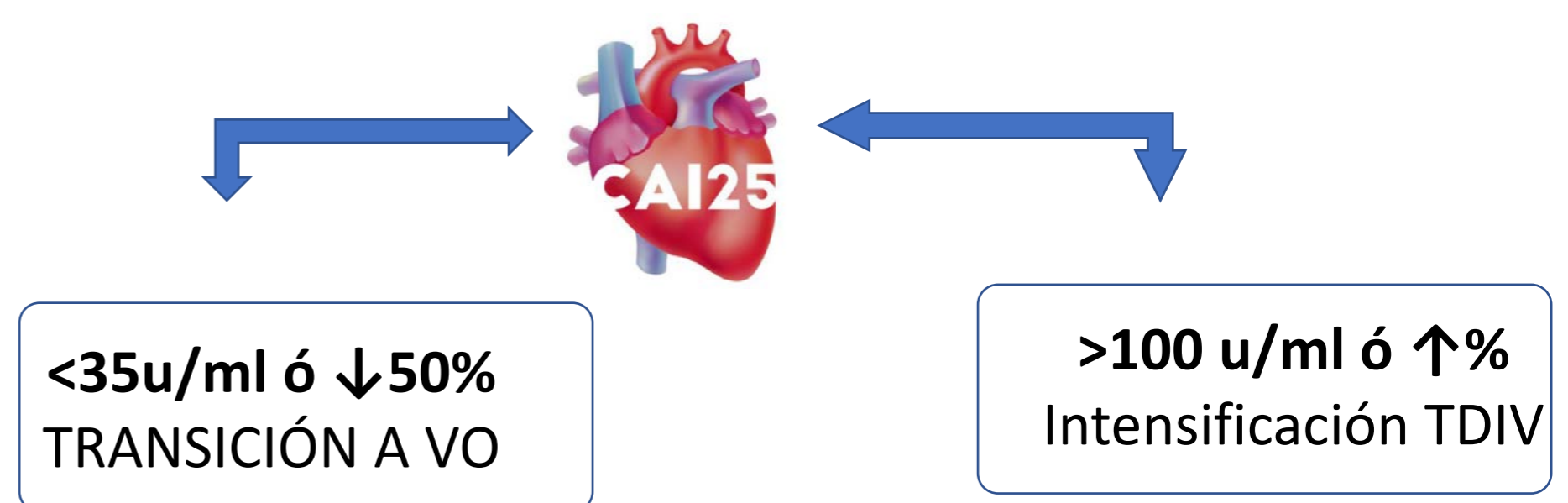
Describir nuestra experiencia manejo del tratamiento diurético intravenoso (TDIV) guiado por CA125 en pacientes con IC avanzada remitidos a una Unidad de HAD.



MATERIAL Y MÉTODO:

- ✓ Estudio retrospectivo.
- ✓ Primer semestre del 2022
- ✓ Pacientes con IC clase funcional III/IV que ingresan en HAD precisen TDIV
- ✓ Se analizan variables sociodemográficas, asistenciales, clínicas, farmacológicas, ecográficas y bioquímicas.

DETERMINACIÓN CA 125 5º-7º DÍA



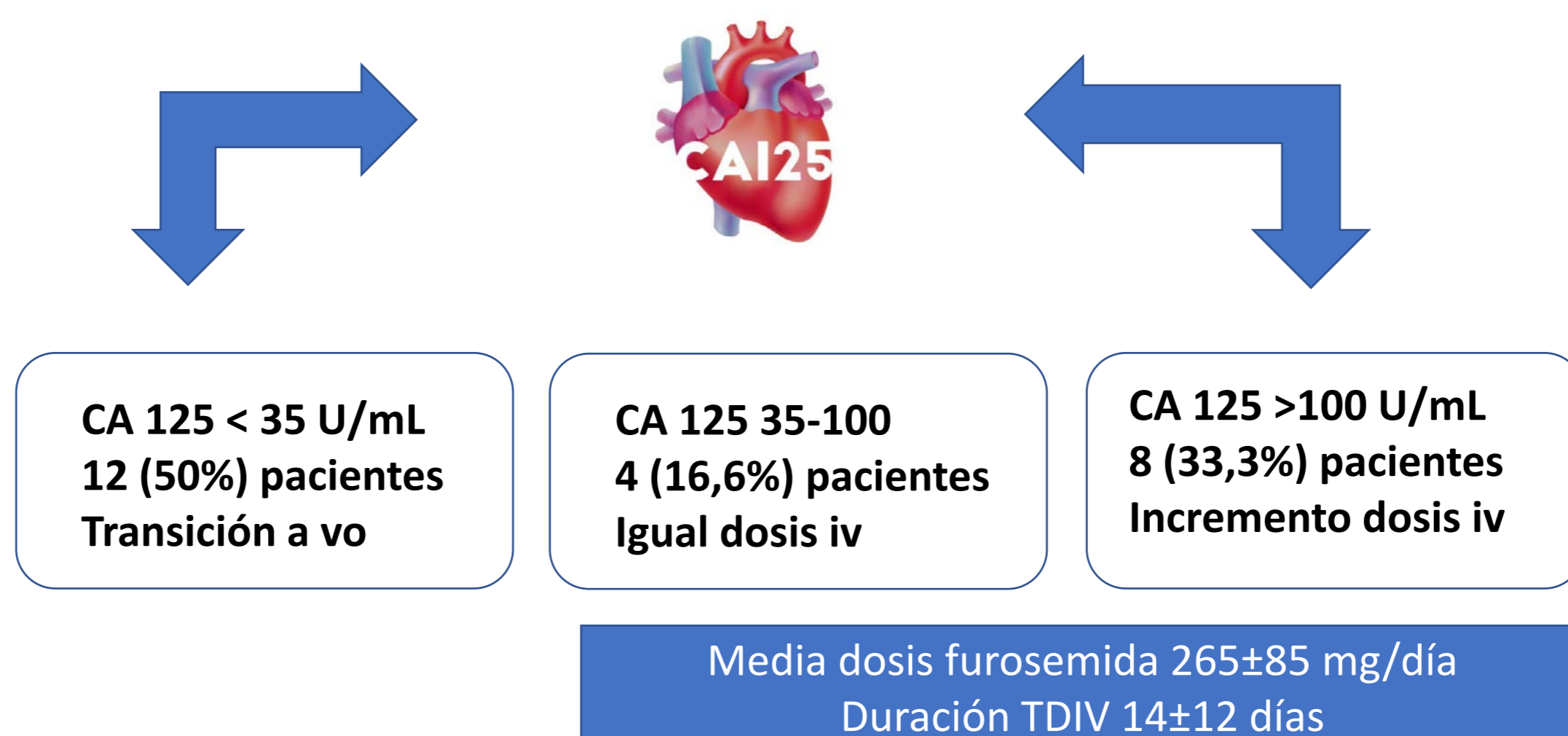
RESULTADO:

POBLACIÓN	N=24
Demográficos:	
Edad	84±12
Sexo femenino	16 (66,6)
Peso	75,2 ± 17
IMC	28,5 ± 5
A. médicos	
HTA	23 (95,8)
Diabetes	18 (75)
FA	20 (83,3)
E. coronaria	9 (37,5)
ICTUS	8 (33,3)
Ingresos IC año	24 (100)
ERC	16 (66,6)
pluripatología	24 (100)

POBLACIÓN	N=24
Valoración geriátrica:	
Síndromes geriátricos	24 (100)
Barthel	55±13
Pfeiffer >4	15 (62,5)
Pronóstica:	
NECPAL positivo	24 (100)
PROFUND	12±4
Procedencia:	
Hospitalización	16 (66,6)
Atención Primaria	4 (16,6)
Consultas/HdD	4 (16,6)

POBLACIÓN	N=24
1º Diurético: Furosemida iv	24 (100)
2º Diurético: inh aldosterona	17 (70,8)
3º Diurético: tiacidas	10 (41)
4º Diurético: ISGLT-2	4 (16)

POBLACIÓN	N=24
Exploración física	
TAS mmHg	127±25
Derrame pleural	14 (58)
Edemas	18 (75)
Ecocardiográficas	
LVEF <50%	10 (41,6)
PASP mmHg	58±15
B-Lines < 15	---
Laboratorio	
Hb g/dl	12.2±1,9
Na	140 (137-142)
Urea	60 (42-83)
Creatinina mg/dl	1,6 (0,9-2.8)
CA 125 (n=4)	103 (68-174)
NT-proBNP	4770 (2.2-9.8)



Los pacientes con IC avanzada se beneficia valoración exhaustiva y tratamiento enérgico de la congestión residual. Potencial del CA125 tanto para monitorizar como para guiar el tratamiento diurético iv en pacientes con IC avanzada por lo que su uso es de especial interés en HAD.



ADMINISTRACIÓN DE HIERRO ENDOVENOSO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HOSPITAL DE DÍA A DOMICILIO

Begoña Ibáñez¹, María Martínez¹, Laura Cayuela¹, Marta Arias², José Jesús Broseta², Marta Quintela², Adolfo Suárez¹, M.ª Isabel Avalos¹, Marta Sala¹, Emmanuel Coloma¹

1- Hospitalización a Domicilio. Hospital Clínic de Barcelona

2- Servicio de Nefrología. Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN

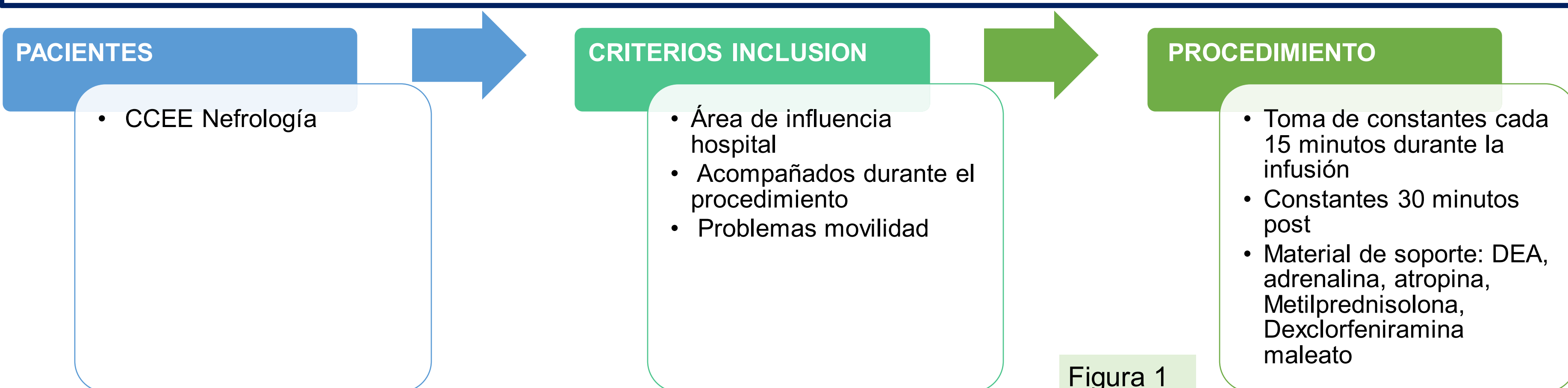
La prevalencia de la anemia en el paciente con enfermedad renal crónica (ERC) es alta y se asocia a la gravedad y fragilidad del paciente. En el caso del paciente con ERC la anemia es multifactorial y puede considerarse infratratada. El tratamiento de elección es la sustitución con hierro oral o hierro endovenoso (FeIV) si la vía oral no es posible o bien precisa de reposición rápida de los depósitos de hierro.

OBJETIVO

Demostrar que la administración de FeIV en el paciente con ERC en Hospital de día a domicilio (HDaDO) es un procedimiento seguro.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo. Proceso de selección y de administración (Fig. 1). Se recogieron variables sociodemográficas y características clínicas.



RESULTADOS

De octubre 2021 a agosto 2022 se propusieron 62 pacientes. Sólo 55 cumplían criterios de administración de FeIV en HDaDO. En la tabla 1 se muestran variables sociodemográficas y parámetros analíticos de los pacientes que recibieron FeIV. El 40% presentaba fragilidad intermedia y el 49% utilizaban bastón o caminador. El 30% no había recibido FeIV anteriormente. El 11% presentó Hipertensión arterial durante la administración de FeIV y 2% bradicardia. Ningún paciente sufrió ninguna complicación grave durante la administración.

Pacientes en HDaDO	n=55
Sexo (hombres, %)	60%
Edad (m, SD) años	85± 6
Índice de Charlson modificado por edad (m, SD)	7±2
Índice de Barthel (m, SD)	74±22.
Enfermedad renal (%)	
Estadio 3	24%
Estadio 4	69%
Parámetros analíticos (m, SD)	
Sideremia (µg/dl)	52±24
Ferritina (ng/ml)	126±107
Transferrina (g/l)	3±5
Saturación transferrina (%)	18±8
Hemoglobina (mg/dl)	112±19

Tabla 1

CONCLUSIÓN

Durante la administración de FeIV en HDaDo no se registraron eventos adversos graves, siendo un procedimiento seguro.



PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO AL PACIENTE INGRESADO EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Martínez García, S; Ble Merlo, D; Giménez García, A; Romero Sánchez, A; Gándara Sanz, M; Pérez Olivares, S; Aragón Renedo, I; Góngora Hernández, M; Romero Ruperto, S; Arnal Carda, C
Servicio de Hospitalización a Domicilio (HAD). Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona



INTRODUCCIÓN

Existen dispositivos que son un modelo de ahorro y eficacia/eficiencia en los cuidados del paciente, sin embargo, a veces de manera involuntaria ponemos en duda la capacidad del paciente para llevar a cabo su autocuidado.

OBJETIVOS

Describir la experiencia de nuestro servicio de Hospitalización a Domicilio (HAD) en la formación y educación sanitaria tanto del paciente como de las personas de su entorno para fomentar su autocuidado.

METODOLOGÍA

A partir de un enfoque multidisciplinar y teniendo en cuenta las peculiaridades de cada entorno domiciliario, en cada visita implicamos y empoderamos al paciente en su tratamiento al hacerlo partícipe de forma proactiva en el cumplimiento terapéutico, con el objetivo de adquirir más habilidades de autocuidado, independencia y calidad de vida.

La autoadministración de antibióticos a través de bombas elastoméricas o dispositivos con adaptador de vial, el manejo del estoma o sonda vesical, los cuidados de la herida quirúrgica o drenaje, son algunos de los ejemplos en los que se enseña y se empodera al paciente o cuidador.

¿Qué es una bomba elastomérica?	Instrucciones de conexión	Instrucciones de desconexión
<p>Se trata de un dispositivo médico de un solo uso diseñado para administrar medicación al organismo vía intravenosa.</p> <p>El personal de enfermería de la Unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD) es quien se encarga de suministrarle la bomba elastomérica con la medicación según su tratamiento. Por todo ello, es muy importante seguir las instrucciones que le indicamos a continuación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Limpie el extremo distal del catéter con una gasa con alcohol. Inserte la jeringa precargada con 10 ml de suero fisiológico que acompaña a la BE en el catéter e introduzca el suero lentamente en forma de pulsaciones. Retire la pinza del cable y retire el protector con aletas del extremo distal, y confirme que el fármaco fluya. Con cuidado, conecte el conector de la BE con el catéter, asegurándose de que el catéter no está pinzado. El dispositivo va por presión, no es preciso que lo mantenga en alto, colóquelo en un bolsillo o a la altura de la inserción del catéter. 	<ol style="list-style-type: none"> Asegúrese de que el reservorio tipo globo esté completamente desinflado y que la infusión haya terminado antes de desconectar el dispositivo. Desconecte el conector de la bomba con el catéter desenroscándolo con cuidado. Inserte la jeringa precargada con 10 ml de suero fisiológico que acompaña a la BE en el catéter e introduzca el suero lentamente en forma de pulsaciones. Coloque una gasa envolviendo la zona distal del catéter como estaba al inicio. Deseche la unidad de la bomba y el resto del material en la basura convencional.
<p>Antes de empezar</p> <ul style="list-style-type: none"> Limpié correctamente las manos antes de la manipulación de la bomba elastomérica. Saque la bomba de la nevera unos 20 minutos antes de su uso. En ningún caso use fuentes externas para conseguir la temperatura ambiente (p. ej. microondas, radiadores...). Es importante que la manipulación del dispositivo se realice en una superficie de trabajo limpia, lejos de alimentos, productos de limpieza o animales. Coloque encima de la superficie un paño limpio que sirva de base para poder manipular la bomba en correctas condiciones. 		

Folleto explicativo para la utilización de bombas elastoméricas

RESULTADOS

Fomentar el autocuidado del paciente desde la HAD aporta una serie de ventajas, como son:

Nivel organizativo	Aumento de la autonomía del paciente y cuidadores	Mayor manejo de su enfermedad
<ul style="list-style-type: none"> Reducción de visitas Optimización de recursos Optimización de tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> Fomento de su confianza y motivación dentro del proceso asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> Reducción del número de consultas o reingresos al identificar signos de alarma de manera precoz

CONCLUSIONES

Fomentar el autocuidado del paciente ingresado en la HAD:

- Ventajas a nivel organizativo.
- Aumento de la autonomía del paciente y familiares, favoreciendo su confianza y motivación dentro del proceso asistencial.
- Mejor responsabilidad en el manejo de su enfermedad, por lo que se identifican de forma precoz signos y síntomas de alerta.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Estaun P, Díez Delgado M, Ortiz de Urbina Oliver A, Vivas Edo G. Educació sanitària de la persona ostomitzada: Protocolo Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona, España: Hospital Vall d'Hebrón; 2011.
- Baxter Corporation. Baxter Elastomeric Pumps: Clinician Guide. 2010. <https://pall-science.com/sites/default/files/PDF/baxter-elastomeric-pumps-clinician-guide11.pdf>
- Bodega Urruticoechea, C, Marrero González CM; Muñiz Toyos N, Pérez Pérez AJ, Rojas González AA, Vongsavath Rosales S. Cuidados Holísticos y Atención domiciliaria al paciente ostomizado. ENE. Revista de Enfermería. [Internet]. 2013. [consultado ago 2022]; 7(3): 13p. Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/262/pdf_9.



ASPECTOS GENERALES DE LA BACTERIEMIA EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Autores: Nuria Calvo Mijares¹, Marta Mier Ezquerra² Lorenzo Alonso Vega¹, Marta García Hoyos¹, Luis Angel Alonso Seti¹ n², Juan Luis Crespo¹ y², Marta María Gutiérrez¹ aez², Mariana (tero Martin², Consuelo Diego Amavisca², Ana Beatriz Aldonza García², Inmaculada Sierra Saiz,.

¹ Médicos HaD, ² Enfermeras HaD. ³ Auxiliar HaD. Hospital de Laredo. Cantabria

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La bacteriemia conforma un síndrome clínico complejo en constante transformación que ocasiona una importante creciente morbilidad. La información sobre la bacteriemia es abundante científica, pero escasean los documentos que integren esa información de forma práctica.

El objetivo de este estudio es describir las características, procedencia, duración de la hospitalización, tratamiento y complicaciones en los pacientes con bacteriemia ingresados en nuestro servicio de Hospitalización a Domicilio.

MATERIAL Y MÉTODOS

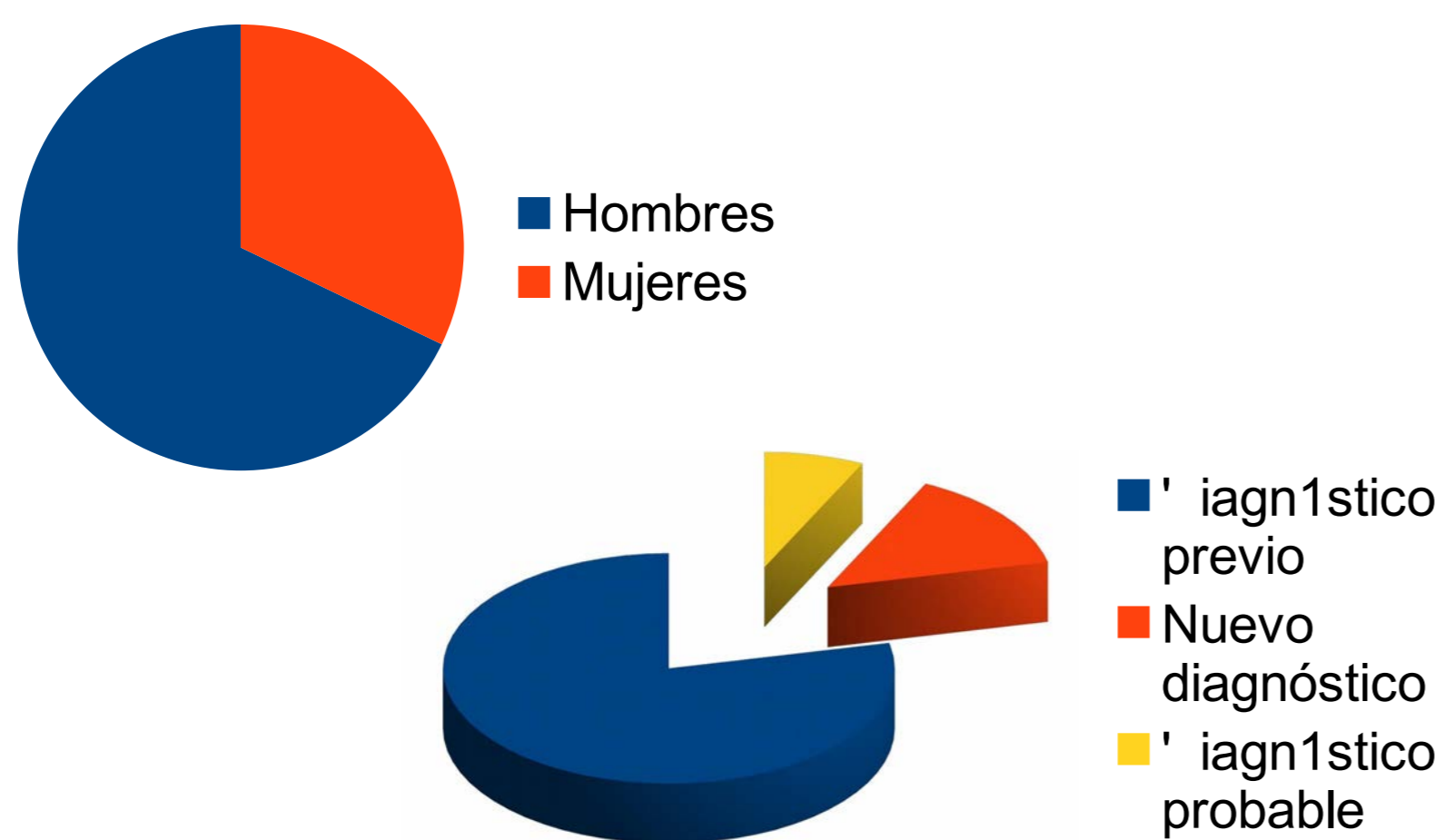
Los datos se obtuvieron a partir de una base de datos desarrollada en el Hospital Comarcal de Laredo, en donde están incluidos todos los pacientes ingresados en el servicio.

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes dados de alta con el diagnóstico de bacteriemia desde el 1 de Enero de 2018 hasta el 31 de Noviembre de 2021, en nuestra unidad.

RESULTADOS

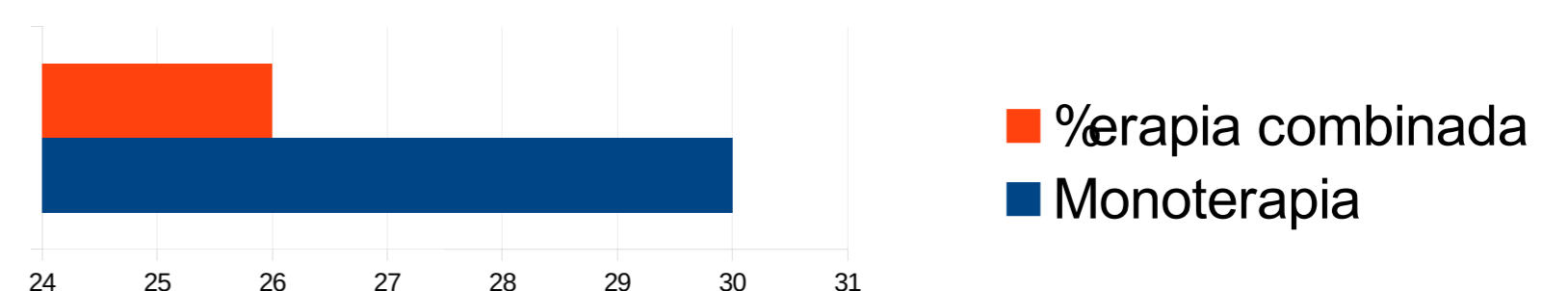
: Se incluyeron un total de 56 pacientes, 98 varones (73%) y 18 mujeres (32%).

: La media de edad fue de 65 años (rango 58-73 años).

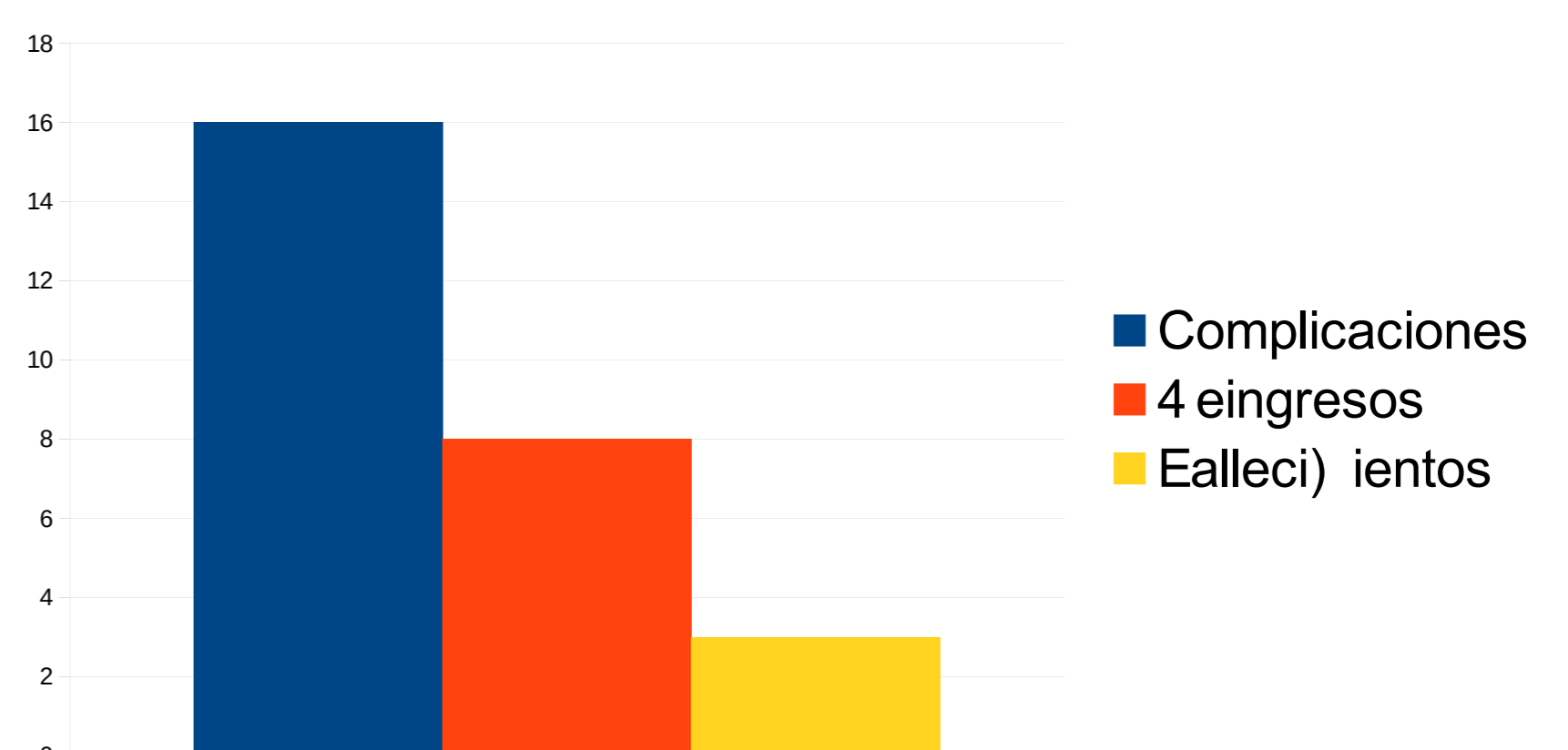


: La estancia media fue de 58-73 días (rango 57-118 días) la duración media del tratamiento en nuestra unidad fue de 55-32 días (rango 43-118 días).

: En el 73% se administró antibiótico en monoterapia, mientras que en el 27% se optó por terapia combinada.



: Durante el ingreso surgieron complicaciones en 56 pacientes (73%) de los cuales 8 precisaron reingreso (11%) solo se registraron 3 fallecimientos (4%).



: De todos ellos el 73% (41) ingresaron con el diagnóstico de bacteriemia, 8 (11%) la desarrollaron durante el ingreso en 4 (5%) el diagnóstico fue probable.

: Casi en la totalidad de los pacientes se le trajeron hemocultivos: en 2 de los pacientes no se recogieron en otros 3 resultaron negativos.

: Los pacientes fueron derivados desde plantas de hospitalización en su mayoría (71,5%) a una unidad especializada médica o quirúrgica) sólo un 28% procedía de urgencias o consultas externas.

CONCLUSIÓN

- La bacteriemia es una entidad frecuente en pacientes de mediana edad, más en varones.
- Para su diagnóstico es fundamental la toma de hemocultivos que demuestren el germen causal.
- La mayor parte de los pacientes tratados en HaD son derivados de plantas de hospitalización y vienen diagnosticados.
- La duración del tratamiento es de unos 50 días, se intenta optimizar empleando monoterapia en más de la mitad de los pacientes.
- Las complicaciones no son frecuentes en nuestro entorno en su mayoría no revierten gravedad.



CIRCUITO DE INGRESO DIRECTO EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Borlado Olivella, Cristina; Domenech Martin, Ana Isabel; Sosa Fernandez, Nadia; Cañas Romero, Rocío.
Complejo Hospitalario Moisès Broggi. Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Introducción

La Unidad de Hospitalización a Domicilio del Complex Hospitalari Moisès Broggi crea en 2019 el circuito que permite el ingreso directo en el domicilio del paciente y evita la derivación al hospital.

Objetivo

Analizar las características y los motivos de ingreso de los pacientes derivados directamente desde Atención Primaria a la Unidad de Hospitalización a Domicilio.

Material y Métodos

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los 85 episodios generados durante el período comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2021.

Resultados

Los motivos de ingreso fueron: infección urinaria- prostatitis 52'9 %, úlceras/ heridas 22'3 %, insuficiencia respiratoria 11'7 %, insuficiencia cardíaca 8'2 % y otros 4'9 %.

La estancia media fue de 11'7 días.

El 60 % de los pacientes eran hombres y el 40 % mujeres.

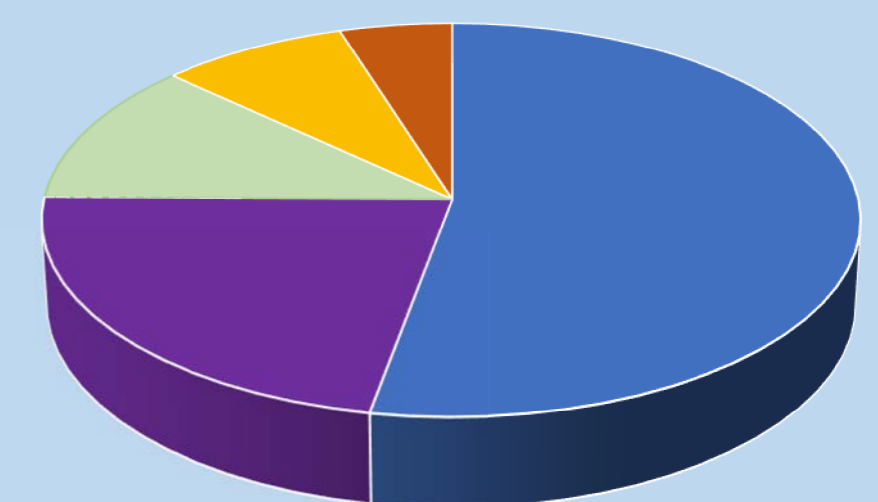
Obtuvimos la siguiente distribución por franja de edad de los pacientes: < 50 años 5'8 %, 51 a 60 años 8'2 %, 61 a 70 años 11'7 %, 71 a 80 años 16'4 %, 81 a 90 años 40 % y > 91 años 17'6 %.

Se administró tratamiento antimicrobiano endovenoso en domicilio (TADE) a 41 pacientes y se realizaron curas complejas a 18 pacientes (6 de ellas terapias de presión negativa).

Siete pacientes precisaron ingreso en el hospital por mala evolución y se produjeron dos éxitos esperados en domicilio.

Se valoraron 25 pacientes más, que no ingresaron por no precisar asistencia hospitalaria o por necesidad de derivación a Urgencias por inestabilidad clínica.

Motivos Ingreso



■ ITU
■ Úlceras
■ Ins. Resp.
■ ICC
■ Otros

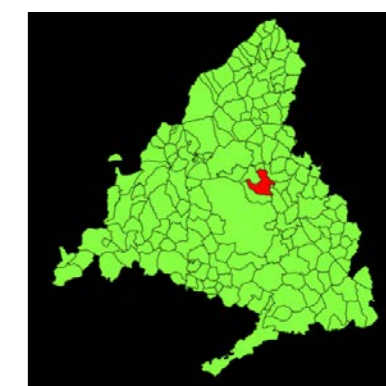
Conclusiones

La coordinación entre los dos niveles asistenciales favorece que, pacientes de edad avanzada (en nuestra serie, el 57'6 %), se beneficien del ingreso directo en su domicilio sin necesidad de desplazamiento al hospital.



LOS INICIOS EN HAD DEL H. UNIVERSITARIO INFANTA SOFIA (San Sebastian de los Reyes, Madrid)

Raquel Alonso Esteban, Laura Abejón Lopez, Alberto Ruiz Valdepeñas del Amo, Alberto Sabariegos Nuñez, Benito Pérez Pérez, Araceli Alberca Lopez, Ana Gonzalez Villegas, Fernando Camón Iglesias, Ana Crespo Gimenez, Marlin Alejandra Zakhour Gonzalez.



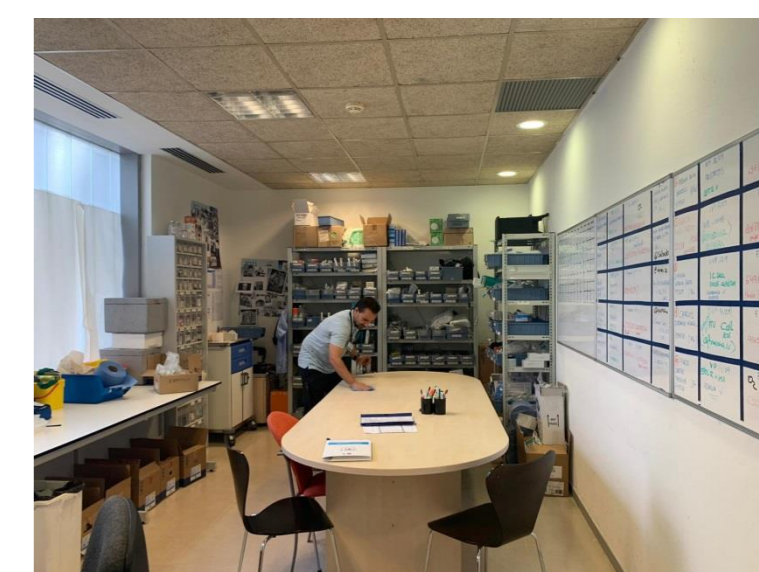
NUESTRA HAD (inicio en abril 2019):

- Área de actuación:** San Sebastián de los Reyes (91.000 habitantes) y Alcobendas (118.417 habitantes).
- Movilidad:** 1 vehículo (renting) con permisos de estacionamiento de los ayuntamientos.
- Organización del equipo:**
 - * INTEGRANTES: 2 médic@s, 4 enfermer@s, 1 auxiliar (actualmente no tenemos)
 - * A QUIÉN ATENDEMOS: Adultos. Estabilidad clínica, apoyo familiar. No Residencias
 - * ORGANIZACIÓN DEL DIA:
 - Laborable: 1 equipo en Hospital (Med + Enf + Aux) y 1 equipo en Domicilio (Med + Enf, Enf de tarde)
 - Festivo: 1 enfermero 12 horas (actualmente se añade otro enfermero en la mañana). Médico de guardia localizada.
- ¿Cómo TRABAJAMOS?**
 - FLUJO DE PACIENTES: Urgencias, Hospitalización, Hospital de Día y C. Externas.
 - FUNCIONES DEL EQUIPO:
 - * Equipo 1: HOSPITAL: filtro e interconsultor así como receptor de los pacientes de HAD que vienen al Hospital.
 - * Equipo 2: DOMICILIO (1 ruta):
 - MAÑANA:** visitas conjuntas (médic@+ enfermer@)
 - TARDE:** visitas de enfermería y realización de controles telefónicos.
 - Guardias médicas localizadas de 15 h a 21 h en laborables y de 9 a 21 h en días festivos.
 - Cobertura noche (21 a 8 h): Urgencias generales y 061



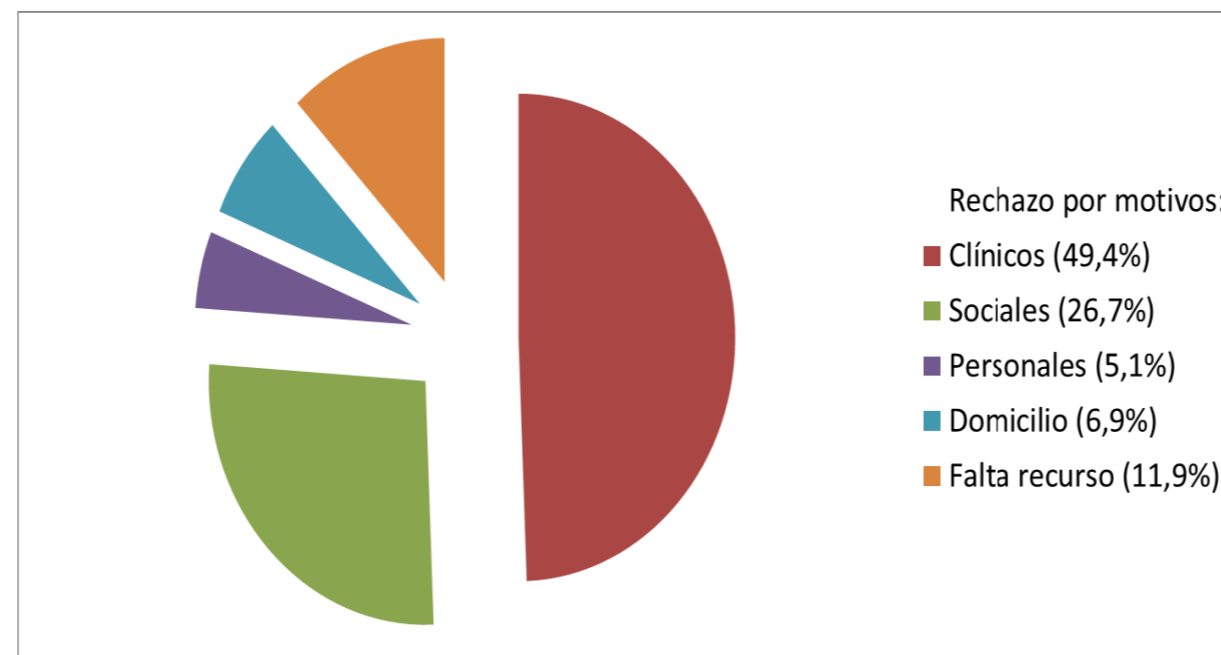
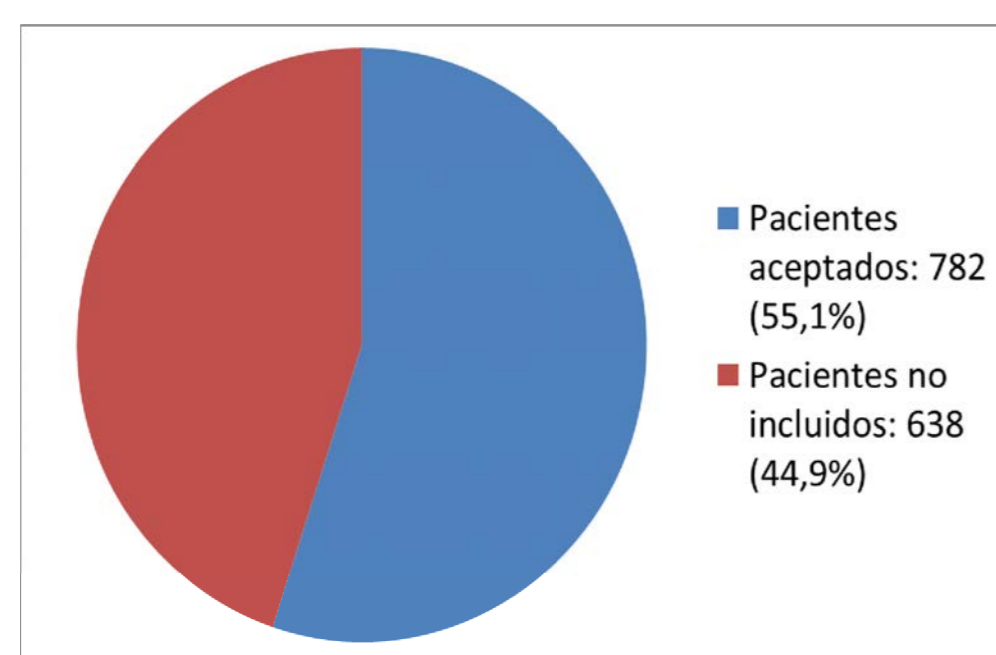
EN NUESTRA RUTA DOMICILIARIA:

- Mapa de camas HAD: **10 pacientes.** Programa informático Selene del Hospital. Tablet. (Intentamos un máximo de 8 visitas presenciales en ruta de la mañana)
- Controles telefónicos 2 veces al día a cada paciente
- Administración de tratamiento intravenoso (antibióticos, diuréticos), subcutáneo y oral.
- Realización de curas, heparinización y cuidados de catéteres.
- Apoyo y ayuda en nutriciones parenterales, cuidado de sondas...
- Realización de analíticas, cultivos, PCR... durante las visitas con traslado directo a Laboratorio
- Prescripción de oxigenoterapia al ingreso en HAD o días posteriores
- **Inicialmente las visitas son diarias** por médico y enfermería **pero según la evolución y el objetivo del ingreso:**
 - * Se pueden hacer visitas a días alternos y controles telefónicos
 - * En TADE y curas de larga duración: visita enfermería en turno de tarde, con controles médicos semanales



BALANCE DE NUESTROS COMIENZOS (04/2019 hasta 07/2021):

INTERCONSULTAS A HAD: 1420



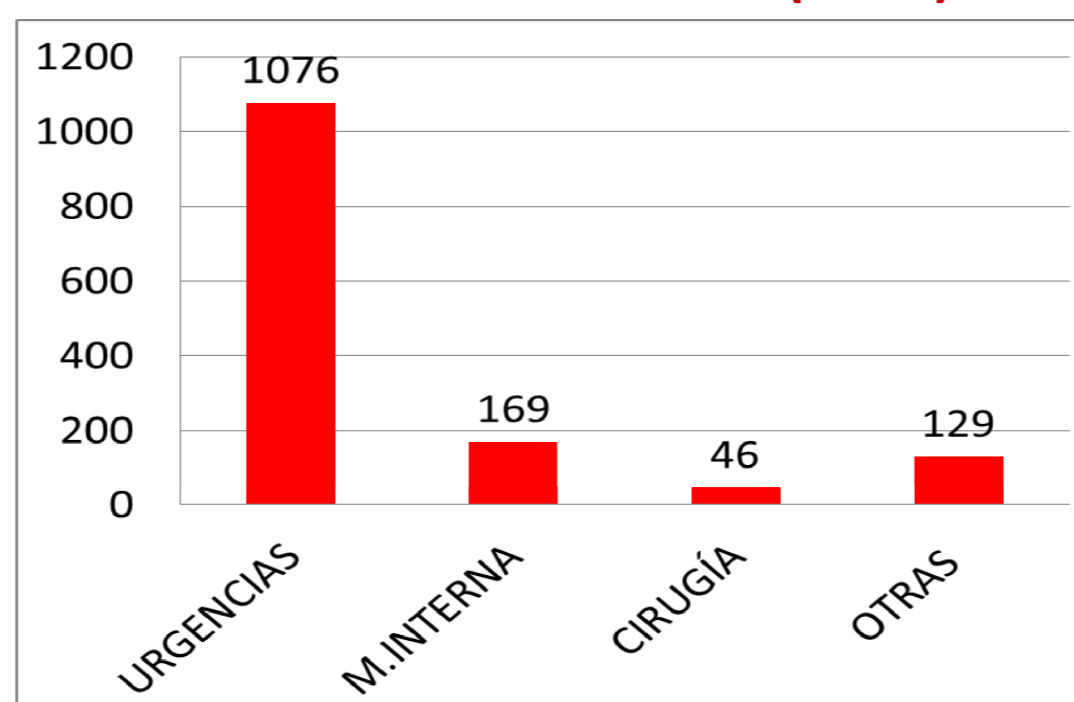
PATOLOGÍAS PRINCIPALES de ingreso:

ITU/Pielonefritis	163
COVID	122
Neumonía	85
ICC	76
IVRB	64
Prostatitis	62
EPOC	53
Asma/broncoespasmo/Bronquitis/bronquiectasias	23
Infecciones posquirúrgicas	22
Diverticulitis	18
Patología biliar no quirúrgica	16
Celulitis/inf. Piel-tejidos blandos	15
Esclerosis múltiple	11
EDEV	11
Orquiepididimitis	9
Bacteriemia	8
Curas UPP, úlceras vasculares	8
Abscesos	5
Pancreatitis	3
Disfagia/ Nutricion enteral y parenteral	2
Endocarditis	2
Infecciones en pacientes Oncológicos	2
Brotos colitis ulcerosa	1
Erisipela	1
Espondilodiscitis	1
Meningoencefalitis	1
E. Whipple	1

INGRESOS: 782

SEXO	Hombres 56%	Mujeres 44%
EDAD MEDIA (AÑOS)		66,5
ESTANCIA MEDIA POR PACIENTE		8,47
Nº VISITAS POR PACIENTE		10,9
INDICE DE CHARLSON	0-1	65%
	2-3	35%
REINGRESOS		7,97%

ORIGEN INTERCONSULTAS (1420):

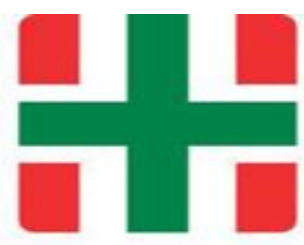


OTRAS: ONCOLOGÍA, DIGESTIVO, ENDOCRINO, GERIATRÍA, CARDIOLOGÍA, HEMATOLOGÍA, NEUMOLOGÍA, NEUROLOGÍA, NEFROLOGÍA, PALIATIVOS, REUMATOLOGÍA, VACUNACIÓN, COT



LÍNEAS ESTRATEGICAS FUTURAS:

- 1) Aumentar las rutas, tanto en número en las zonas actuales como rutas nuevas cercanas al Hospital
- 2) Posibilidad de Hospitalización domiciliaria en Residencias
- 3) Uso de la ecografía clínica para adecuar el manejo en domicilio (vias, toma de decisiones clínicas)
- 4) Ampliación de la cartera asistencial (transfusiones, quimioterapia, inmunoterapia...)



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires



IMPLEMENTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA PARA LA ARTROPLASTÍA TOTAL DE CADERA AMBULATORIA Y EL ALTA HOSPITALARIA EL MISMO DÍA INTEGRADA CON HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

E. Gilszlak, MA Buttaró, FM Comba, PAI Slulittel, W. O. Bourgeois, S. M. Scozzafava, C. M. Gallo Acosta, M. F. Cunha Ferré, J.M. Copani, S. Zunino, M.B. Senillosa, M. B. Lacman, J. M. Saimovici.

Contacto: esteban.gilszlak@hospitalitaliano.org.ar

Las artroplastías totales de cadera son procedimientos adecuados para el alta hospitalaria temprana con Hospitalización a Domicilio (HAD). Esta opción permite ahorrar días de cama hospitalaria, con resultados clínicos similares y una mayor satisfacción del paciente. En pacientes seleccionados de bajo riesgo es posible el alta hospitalaria el mismo día de la cirugía.

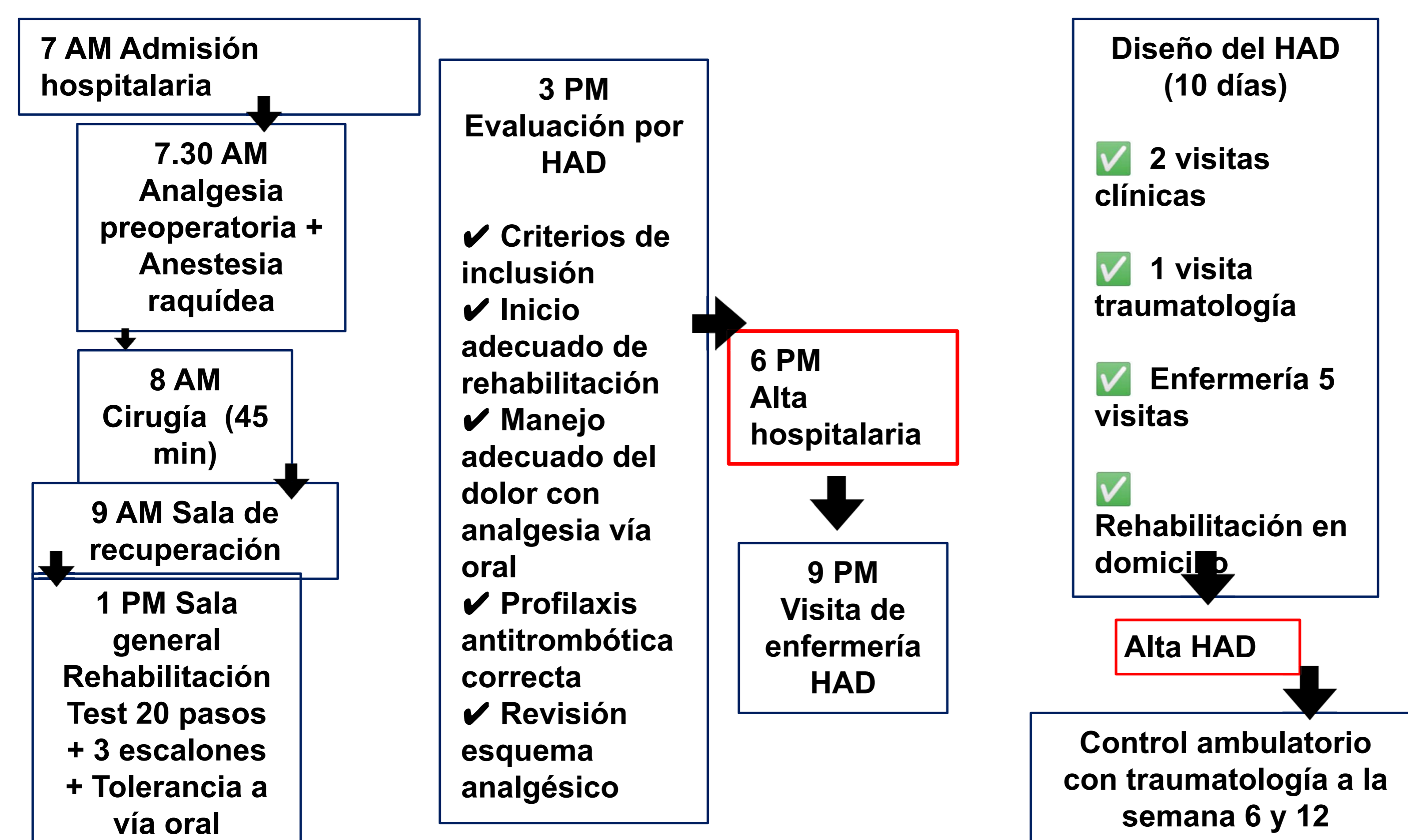
Se diseñó una Vía Clínica Multidisciplinaria en conjunto con ortopedia, anestesiología, kinesiología, farmacia y HAD. Se estandarizaron los criterios de inclusión, la profilaxis antitrombótica, la analgesia y la organización de la HAD. Se realizó una intervención telefónica de asesoramiento por enfermería y kinesiología 1 semana antes de la cirugía.

El alta hospitalaria fue el mismo día de la cirugía. Los pacientes recibieron 2 visitas clínicas, 1 visita de ortopedista, 5 visitas de enfermería y fisioterapia en el domicilio. Los pacientes continuaron controles ambulatorios después de HAD.

16 pacientes ingresaron entre mayo de 2021 y agosto de 2022. Edad media: 56 años. Hombres 59%. Estancia hospitalaria: 10 horas. Duración HAD: 10 días. Luego de 90 días, no se informaron sangrados mayores, infecciones, trombosis sintomática ni muertes. No se registraron re-internaciones hospitalarias. 1 paciente requirió una visita de urgencia por retención aguda de orina.

Las artroplastías totales de cadera ambulatoria integradas con el HAD son procedimientos seguros en poblaciones seleccionadas y se podrían implementar en otros tipos de cirugías.

Destacamos la importancia de diseñar una Vía Clínica Multidisciplinaria de manera integrada con la HAD y otras especialidades, para aumentar la seguridad de los pacientes y brindar mejores resultados clínicos. Evaluaremos los resultados en un mayor número de pacientes. Se está desarrollando una encuesta de satisfacción.





INFUSIÓN DE ANTICUERPOS MONOCLONALES EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PEDÁTRICA

S. Adrados García, M. Sánchez Olivier, B. Agúndez Reigosa, I.M. Cabrera López, C. García Molina, L. Medina, C. Barbero Peco, M.J. De Vicente Velasco, L. Hernández Gago

INTRODUCCIÓN

La supervivencia del cáncer infantil ha mejorado gracias a nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos como la inmunoterapia. Los anticuerpos monoclonales inmunomoduladores modifican la respuesta del sistema inmunitario con gran especificidad. Desde 2019, en esta Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD) se administran en el hogar del niño.

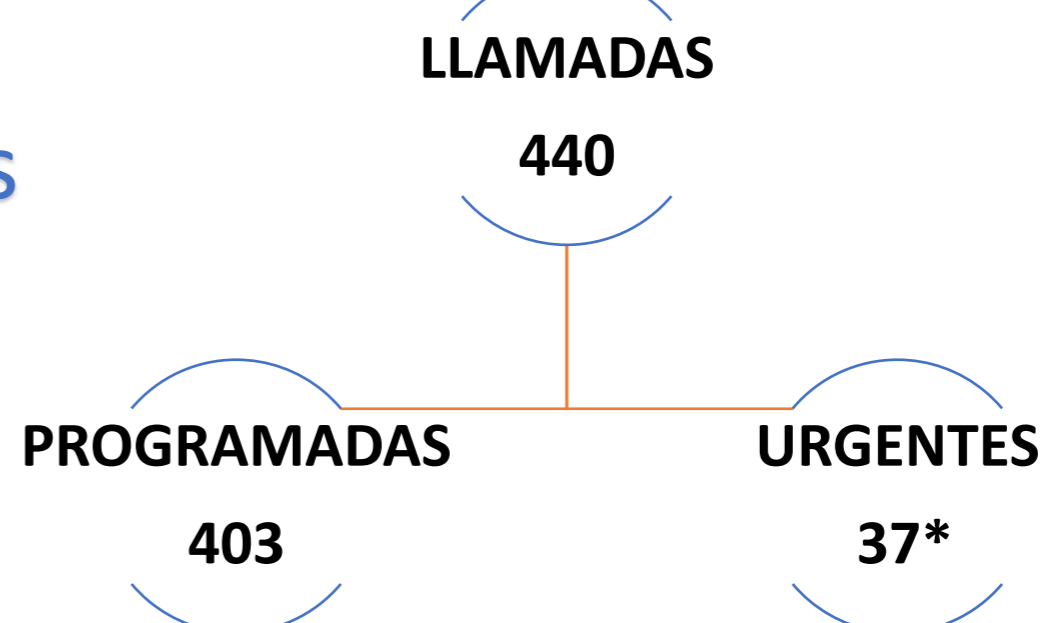
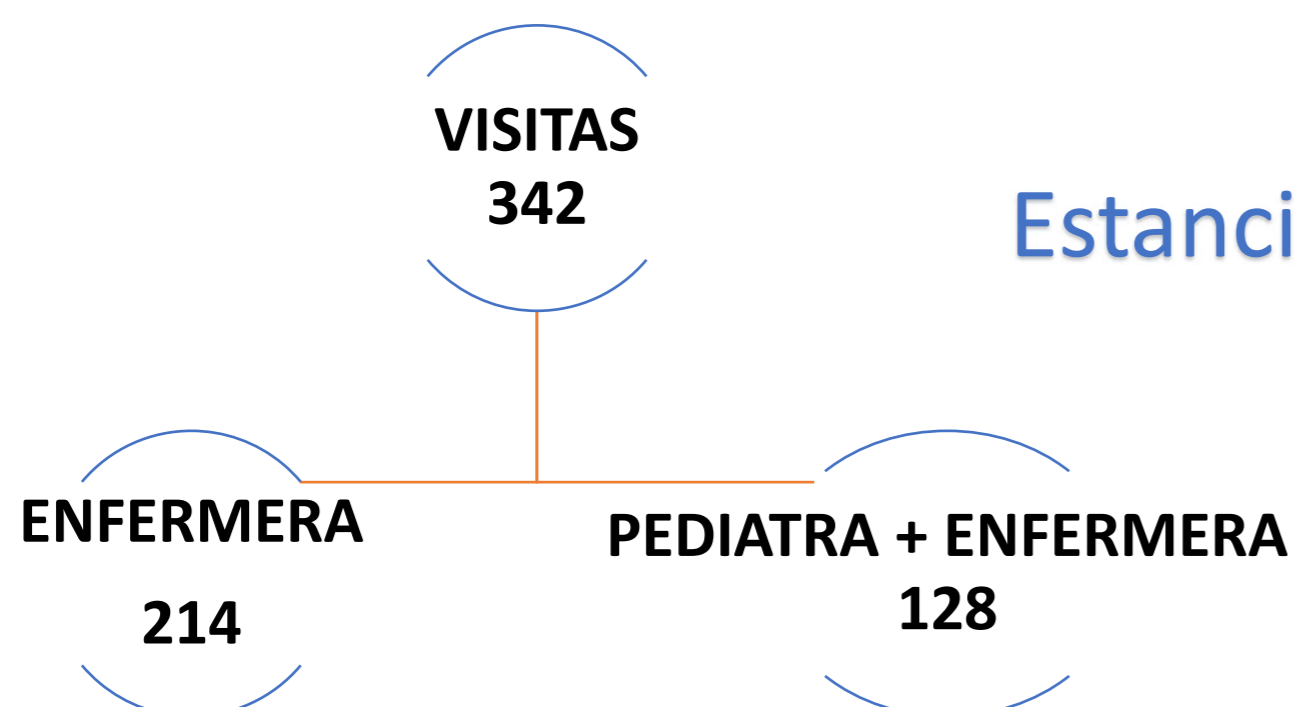
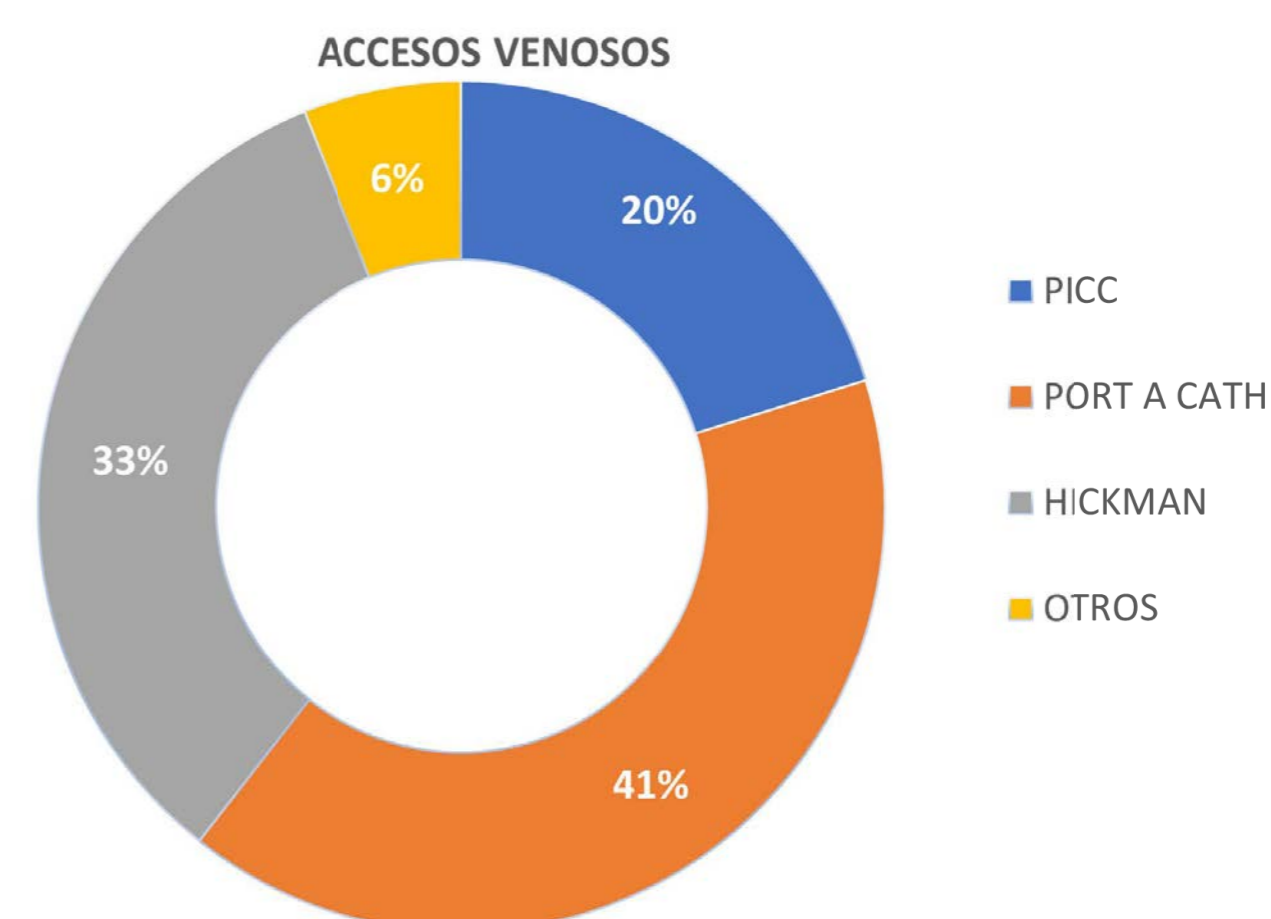
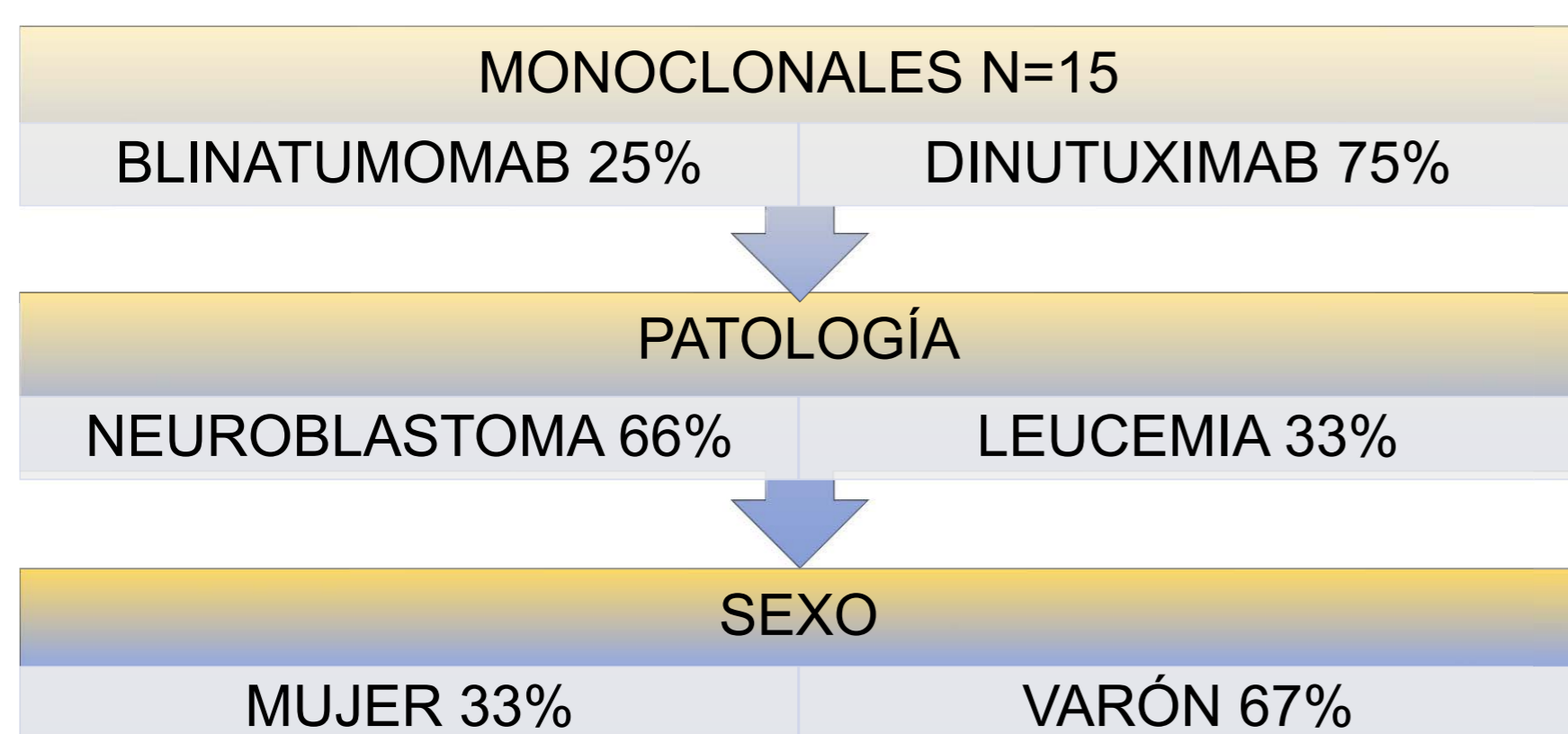
OBJETIVOS

Describir la actividad realizada en una UHAD pediátrica en relación con la administración de anticuerpos monoclonales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis estadístico de datos mediante revisión de Historia Clínica y base de datos de la UHAD de los pacientes ingresados desde febrero 2019 hasta marzo 2022.

RESULTADOS



El 73 % de los pacientes no presentaron complicaciones relacionadas con la administración. Las complicaciones del 27% restante fueron: xerodermia 6%, emedicaciónxtravasación 6%, desconexión dispositivo 6%, problemas con 6% y retención hídrica 3%.

CONCLUSIONES

La capacitación y participación de los cuidadores permite la administración exitosa de monoclonales en el domicilio, favoreciendo su confort, respetando sus rutinas y permitiendo una mayor conciliación familiar. El trabajo conjunto con el servicio de Oncología y Farmacia del Hospital, es fundamental para el buen desarrollo del tratamiento. La atención 24h ofrece seguridad y confianza a los pacientes y familias.

*No precisaron derivación a urgencias



UHAD: Eslabón dinámico en un caso de endocarditis

Autores: Dra Jorgelina Rapelli, Dr Marc Meseguer Solsona, Dra Isabel Guitart, Dr David Comjuncosa
Adjuntos Urgencias - UHAD, Hospital Althaia Manresa.

Hombre 52 años,
sin antecedentes, Monje de Monasterio .
FRCV: sobrepeso

Derivado por astenia y diaforesis marcada.
Antecedente GEA 72 horas previas,
tratamiento convencional



taquicardia sinusal, desaturación progresiva y livideces,
Analítica con reactantes de fase aguda elevados,
Insuficiencia respiratòria aguda normocàpnica.
Tto empírico con piperacilina-tazobactam.
TAC descarta TEP, **destacando sobreinfección
respiratoria, derrame pericardico-pulmonar
24 horas**, evoluciona con EAP, requiriendo VMNI,
drogas vasoactivas e ingreso a **UCI**.

DIAGNOSTICO

ENDOCARDITIS AORTICA SOBRE VALVULA NATIVA CON INSUFICIENCIA
Ao SEVERA Y EDEMA AGUDO DE PULMON.



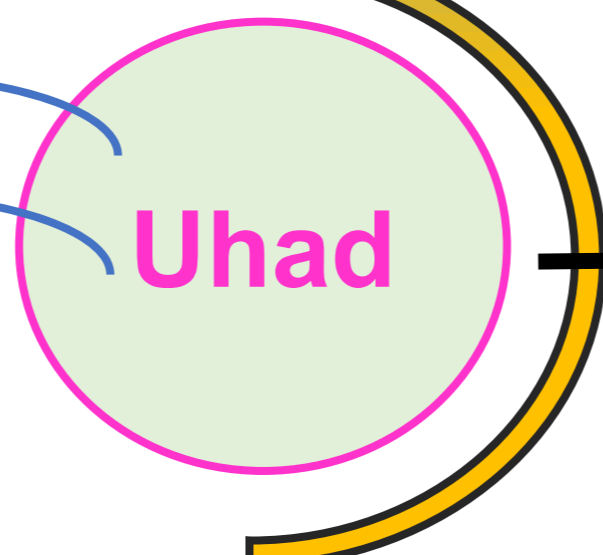
Sustitución **valvular aórtica mecánica**,
cierre de absceso perianular.

Ecocardio control: FEVI preservada (61%)



Ecocardiografía, confirma gran vegetación móvil
(11mm) desestructuración Valvula aòrtica bicuspide
con ICC retrograda, derrame pericàrdico de 8 mm.
Crecimiento de Hemocultivo (HC) E.faecalis

Ic Cardiología
Ic. Infecciosas



Tratamiento antibiótico 6 semanas,
tras primer HC negativo, ingresa a UHAD
ampicilina + ceftriaxona.



Discusión:

Complicación tòrpida de una **clínica previa banal** (GEA) sin criterio de sospecha (joven, sin comorbilidades, sin contacto nosocomial) Síntoma guía **sudoración profusa e hipotensión**, Presentando la bacteriemia intraingreso.

- ❖ Enterococos ocupan el 3º lugar en endocarditis infecciosa (EI).
- ❖ **E. Faecalis** mas frecuente. En nuestro paciente, se completo estudio por FCS que descartó proceso neoplásico.
- ❖ Foco urinario más frecuente. .Válvula Aórtica más afectada.

Epidemiología: > de 65 años, asociada a enfermedades crónicas y válvulas calcificadas.

Diagnostico: Ecocardiografía transtorácica presencia de vegetación. (Mayor a 10 mm y móvil, mayor potencial embolígeno)

Criterios de Duke: relaciona hallazgos clínicos, ecocardiográficos y microbiológicos. Sensibilidad y especificidad de 80%.

Complicación más frecuente:

-IC (30-40%) indicación más común de cirugía. (Otros: insuficiencias valvulares graves, fístulas cardíacas y obstrucciones valvulares por destrucción)

-Soplos cardíacos 85%.

-Riesgo embólico alto, 20-50%,
disminuye (6-20%) posterior inicio ATB

Conclusiones:

UHAD como eslabón multidisciplinario e integrado entre Atención primaria, hospital comarcal, e ingreso directo desde hospital de tercer nivel.

Recuperación exitosa, facilitada en su entorno, manteniendo asistencia médica de rango hospitalario, reduciendo el riesgo de infección nosocomial, favoreciendo la continuidad asistencial y puente entre especialistas intervinientes.





LA AMPLIACIÓN Y DIVERSIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN UN HOSPITAL TERCIARIO. UN EJEMPLO DE ADAPTACIÓN A UN ESCENARIO CAMBIANTE.

Martín Higuera E, Gallego Alonso-Colmenares M, Gómez García T, Somoza Fernández G, Ordieres Ortega L, Toledo Samaniego N, Segado Soriano S, Carrasco González M*, Marcelo Ayala A, González Ramallo VJ.
Unidad de Hospitalización a Domicilio. * Subdirección Médica.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción:

- La Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid) fue la primera creada en España en 1981.
- Desde entonces ha pasado por diversas etapas en ninguna de las cuales ha contado con una dotación y actividad en consonancia con la dimensión del hospital.
- En enero de 2020 se decidió aumentar los recursos humanos asignados a la UHD, hecho que se potenció significativamente en los meses posteriores ante la aparición de la pandemia COVID19.

Dificultades para HaD en HGUGM:

- Atención a pacientes de otras áreas (58% de los ingresos en el hospital son de fuera de su zona)
 - Área Única en la Comunidad de Madrid
 - Centro de referencia (Cir. Vascul. Cir. Cardíaca)
- Tiempo de transporte
- Alta complejidad
- Múltiples dispositivos asistenciales ambulatorios
 - Hospitales de Día
 - ESAD

Objetivo:

Describir el crecimiento de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid) durante el periodo 2019-2021 tras la apuesta de la dirección del centro por esta modalidad asistencial.

Material y método:

Estudio descriptivo y comparativo de la evolución de la actividad asistencial y de los recursos humanos de la UHD durante los años 2019, 2020 y 2021.

RECURSOS HUMANOS

2019	2020	2021
Jefe de sección	Jefe de sección	Jefe de sección
Médico adjunto: 1 (Medicina Interna)	Médicos adjuntos: 4 (3 Medicina Interna, 1 Neumología)	Médicos adjuntos: 6 (4 Medicina Interna, 1 Neumología, 1 Geriatría)
Supervisora	Supervisora	Supervisora
Enfermeras : 6	Enfermeras: 18	Enfermeras: 20
TCAE: 2	TCAE: 3	TCAE: 3
Administrativo	Administrativo	Administrativo

Resultados asistenciales:

Entre 2019 y 2020 se aumentó el número de altas en 496 (incremento 138%) y entre 2020 y 2021 en 333 (incremento 40%). (ver tabla 1)

El aumento de ingresos en la UHD se produjo desde todos los servicios proveedores (a excepción de Infecciosas) y fue mas acusado porcentualmente desde Neumología y Geriatría (ver tabla 2 y figura 1).

El incremento de la actividad y complejidad no supuso un deterioro en la calidad asistencial (figura 2).

Tabla 1

Altas 2019 vs 2020				
	2020	2019	Diferencia	% diferencia
Altas totales	832	336	496	+ 138 %
Altas 2021 vs 2020				
	2021	2020	Diferencia	% diferencia
Altas totales	1165	832	333	+ 40 %

Figura 1. Procedencia ingresos UHD 2021

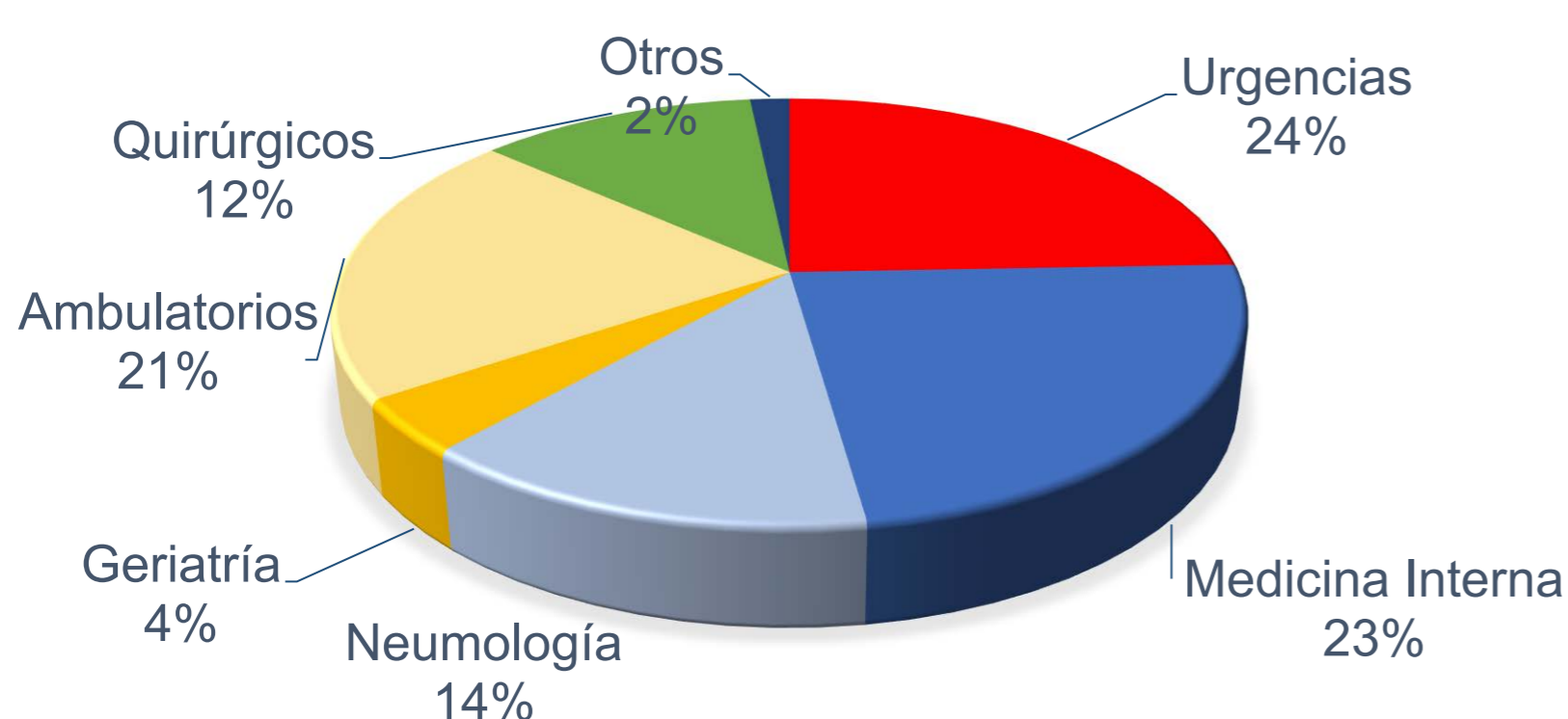
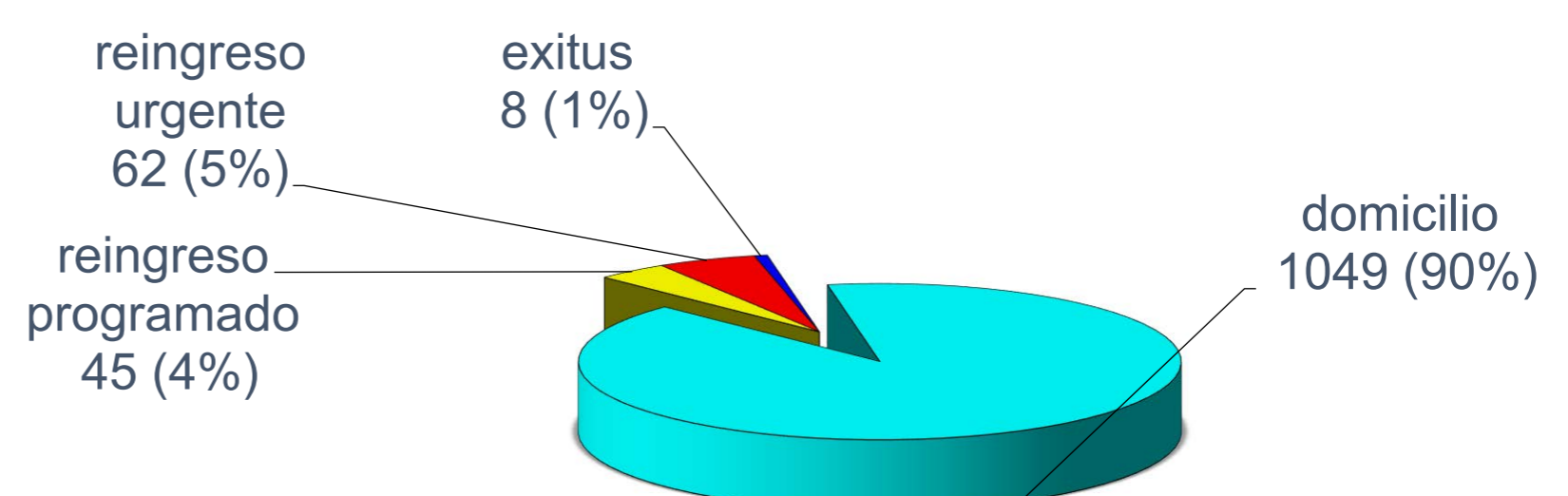


Tabla 2

SERVICIO	2021 n = 1184	2020 n = 853	Diferencia absoluta	Diferencia %
Urgencias	295 (24,9%)	201 (23,5%)	+ 94	+ 46,7%
Medicina Interna	282 (23,8%)	195 (22,8%)	+ 89	+ 45,6%
HaD/HDD/AP	254 (21,4%)	218 (25,5%)	+ 36	+ 16,5%
Neumología	167 (14,1%)	70 (8,2%)	+ 97	+ 138,5%
Cirugía General	59 (5%)	32 (3,7%)	+ 27	+ 84,3%
Cirugía Vascul. Arterial	56 (5%)	43 (5%)	+ 13	+ 30,2%
Geriatría	49 (4,1%)	3 (0,3%)	+ 46	+ 1583%
Infecciosas	21 (1,7%)	36 (4,2%)	- 15	- 41,6%
Urología	12 (1%)	9 (1,1%)	+ 3	+ 33,3%
Cirugía Cardíaca	12 (1%)	8 (1%)	+ 4	+ 50%

Figura 2. Destino al alta UHD 2021



Conclusiones:

Para el crecimiento de una UHD es imprescindible el apoyo a esta modalidad asistencial del equipo de gobierno del hospital y de la consejería de Sanidad.

No basta con un incremento de los recursos humanos siendo necesaria una actitud proactiva de los mismos para ampliar la cartera de servicios y dar a conocer sus ventajas al resto del hospital y del área de salud.

La incorporación a tiempo total a la UHD de otros especialistas promueve el ingreso de pacientes procedentes de sus respectivos servicios



APLICACIÓN DE REDES NEURONALES ARTIFICIALES PARA LA DETECCIÓN DE PACIENTES POTENCIALMENTE APTOS A RECIBIR HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Rico V¹, Viguera J², Pereta I¹, Castells E¹, Garcia L¹, Seijas N¹, Nicolas D¹.

¹Servicio de Hospitalización a domicilio, Hospital Clinic de Barcelona, ²Unidad de Reporting e Información de Gestión, Hospital Clinic de Barcelona

CONTEXTO

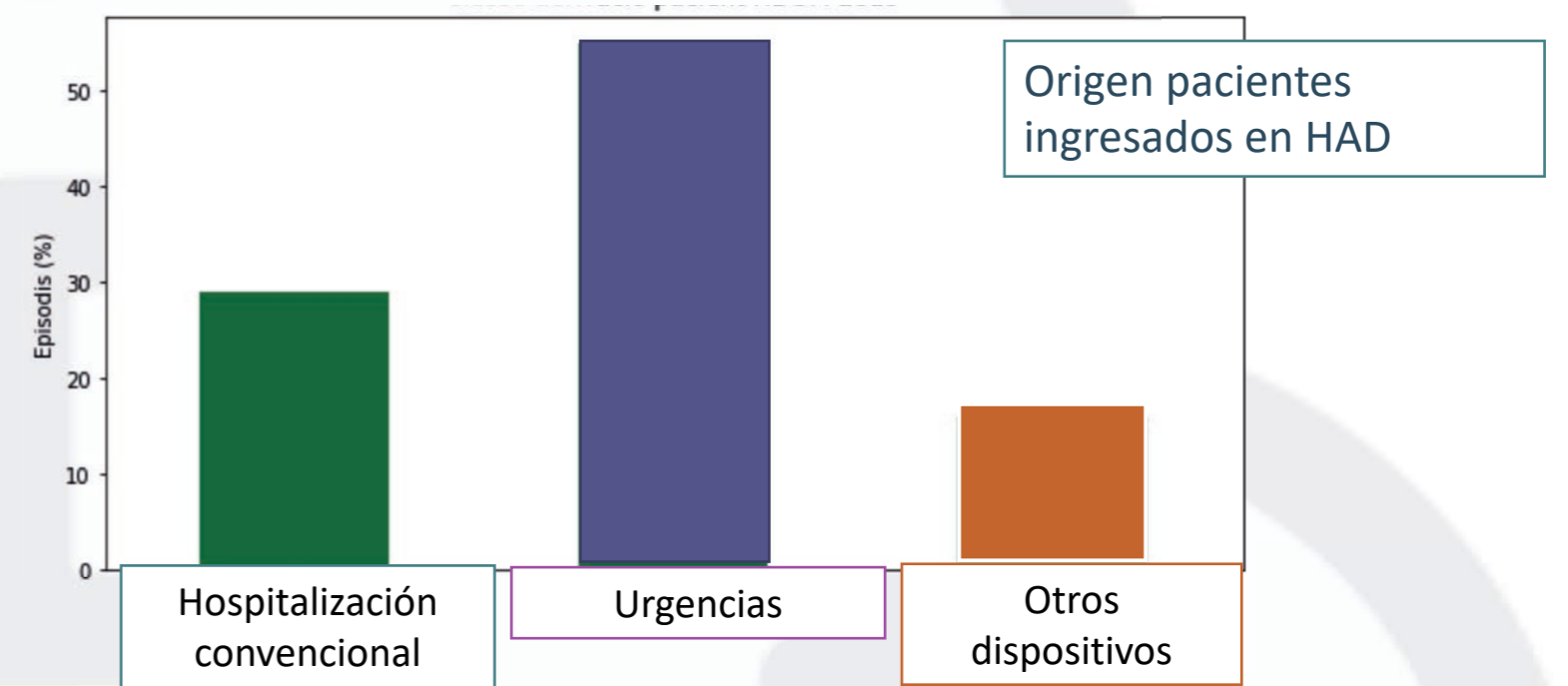


PROBLEMA

1 VALORACIÓN DEL PACIENTE CANDIDATO SE BASA EN UN MODELO PASIVO



2 LA ADMISIÓN DE PACIENTES DESDE DISTINTAS ÁREAS ES HETEROGÉNEA



OBJETIVO

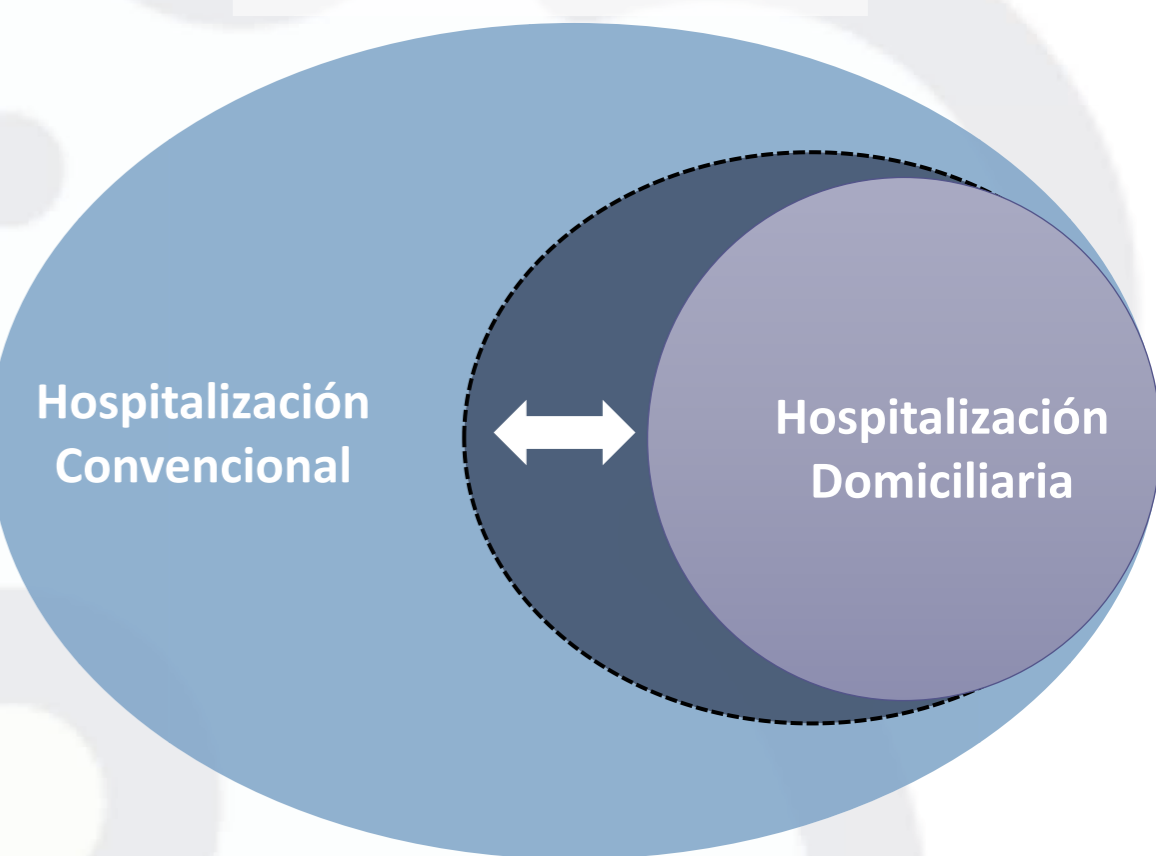
Desarrollar un algoritmo de inteligencia artificial (IA) que permita detectar pacientes ingresados en hospitalización convencional que sean potenciales candidatos a ingreso en el HaD.

PRIMERA FASE

CORRECCION SESGO SELECCIÓN

Identificando pacientes que no recibieron HaD en el pasado pero que sí cumplían condiciones para catalogarlos en el histórico como pacientes que sí recibieron HaD, permitiendo reducir el sesgo implícito por la incapacidad de derivar a todos los pacientes que podrían haber sido aptos.

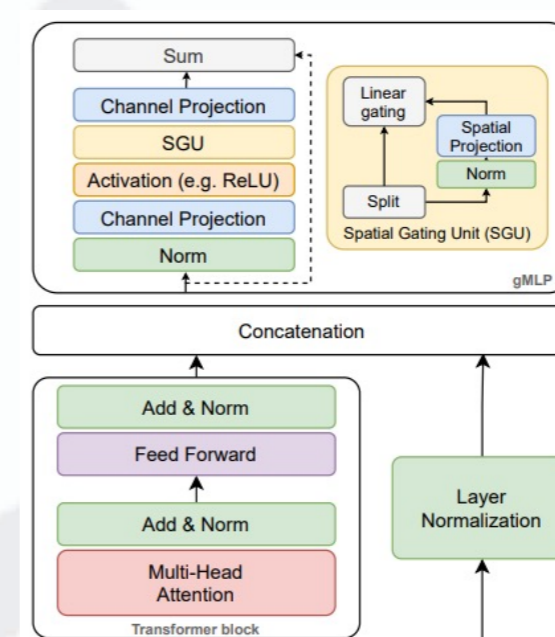
HISTÓRICO DE PACIENTES



SEGUNDA FASE

DEFINICION VARIABLES Y ENTRENAMIENTO DEL MODELO

Definición de variables de trabajo y entrenamiento de un modelo clasificatorio de IA basado en una arquitectura de tipo 'transformer'. Permite procesar de forma paralela variables de tipo categórico y cuantitativo para obtener una salida binaria – probabilística sobre el potencial de un paciente a recibir HaD (apto/no apto).

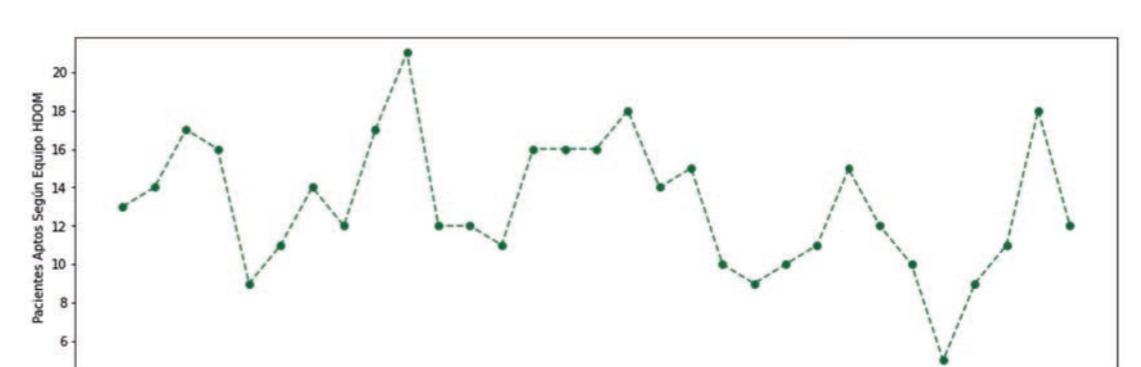


- Días de estancia
- Edad
- Residencia en área de influencia
- Paciente quirúrgico o médico
- Tratamiento endovenoso
- Nivel de dolor
- Fiebre
- Nivel de oxígeno
- Ingreso previo en HDOM

TERCERA FASE

VALORACIÓN DEL MODELO

Evaluando diariamente una propuesta de 30 pacientes con mayor potencial. Los resultados obtenidos sobre una prueba de 1.006 pacientes fueron: una precisión del 80%, una recuperación del 42% y un valor de AUC del 69%.



Media de pacientes valorados como aptos por el equipo médico / de enfermería: 13



PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR. EXPERIENCIA DE NUESTRO SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO TRAS LA APROBACIÓN DE LA LEY REGULADORA.

López Márquez M¹, Alías Pretralanda R¹, Martínez García S¹, Barros Muñoz S¹, Soria Vílchez P¹, Cáceres Marín C¹, Rubiralta Aguado M¹, Rubio Vázquez D¹, Soriano Sánchez T¹, Jiménez Moreno F¹

¹ Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

OBJETIVOS

Describir la experiencia de nuestro servicio de Hospitalización a Domicilio (HAD) en la práctica de la Prestación de Ayuda a Morir (PRAM) tras la publicación de la ley reguladora. Valorar viabilidad y seguridad de la actividad.



MATERIAL Y MÉTODO

La regulación de la PRAM obligó a elaborar un protocolo multidisciplinar que diera cabida a las diferentes solicitudes hasta que se estableciese el circuito definitivo. Nuestro servicio de HAD, tras la petición de la dirección del hospital, participó en la realización de la primera PRAM en domicilio dando soporte al equipo médico, paciente y familiares en el proceso. Para ello se mantuvieron varias reuniones con los facultativos responsables y el servicio de Farmacia, y se realizó una visita previa al paciente y familiares, concluyendo así con el protocolo de actuación para las PRAMS de nuestro hospital, donde se estandarizó material y plan de cuidados específico.

Paciente/familia-Eq.
Multidisciplinar

Coordinación
farmacia

Coordinación
HAD

PRAM

RESULTADOS

Tras la aprobación de la ley orgánica 3/2021 se llevó a cabo una PRAM por HAD en la que todo transcurrió según lo previsto, y otra donde se colaboró activamente, puesto que se trataba de una paciente donante de órganos. En consecuencia, se coordinó la extracción de muestras sanguíneas en domicilio para finalmente, completarse la PRAM días después en el entorno hospitalario.



CONCLUSIÓN

La experiencia del servicio respecto a la práctica de la PRAM domiciliaria constata que es una actividad viable y segura gracias a una estrecha coordinación y comunicación entre los diferentes profesionales implicados, así como con la persona que solicita la prestación y sus familiares. Del mismo modo, la satisfacción generada durante todo el proceso, donde el soporte ofrecido se ajusta a las necesidades de los interesados, avala lo anteriormente mencionado, y en definitiva, permite respetar los deseos del paciente de morir de manera digna, en su entorno y con sus allegados.



MELIÁ ALICANTE ALICANTE

10-11 de noviembre de 2022



Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio



! "\$ % & ' (\$! & % ") * + , " & - \$) ! & * (+ % . % ! & (" \$! - " % ! ' ' (/ , & 0 %) \$ % ! + % 2 " ! ' , 3 % + % % \$ ' (- " / , & 0 %) \$ ' () * + (* " % (\$ 0 , * % " & 5 % + % (+ % ! + ! * % ! + ! ' - * ! ") (- " ! 6 ,

M. Gallego Alonso-Colmenares, E. Martín Higuera, A. Marcelo Ayala, N. Toledo Samaniego, L. Ordieres Ortega, T. Gómez García, G. Somoza Fernández, A. Segado Soriano, V. González Ramallo.
Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

! " # \$ % & ' (! " # \$ % " # & ' () * (+ , - . # " / , (- " - . 0 \$ 1 2 (" #) * (+ , " 3 \$ 4 (* (# (\$ 5 0 3 6 2 " % " . # ' % " " 4 (. , ' \$ - . 2 " * (. , ' . 1 * \$, (, 1 & 7 * (. , * (" * " % - (* " 5 8 9 6 - . 1 * \$ 4 2 . 1 " - " :

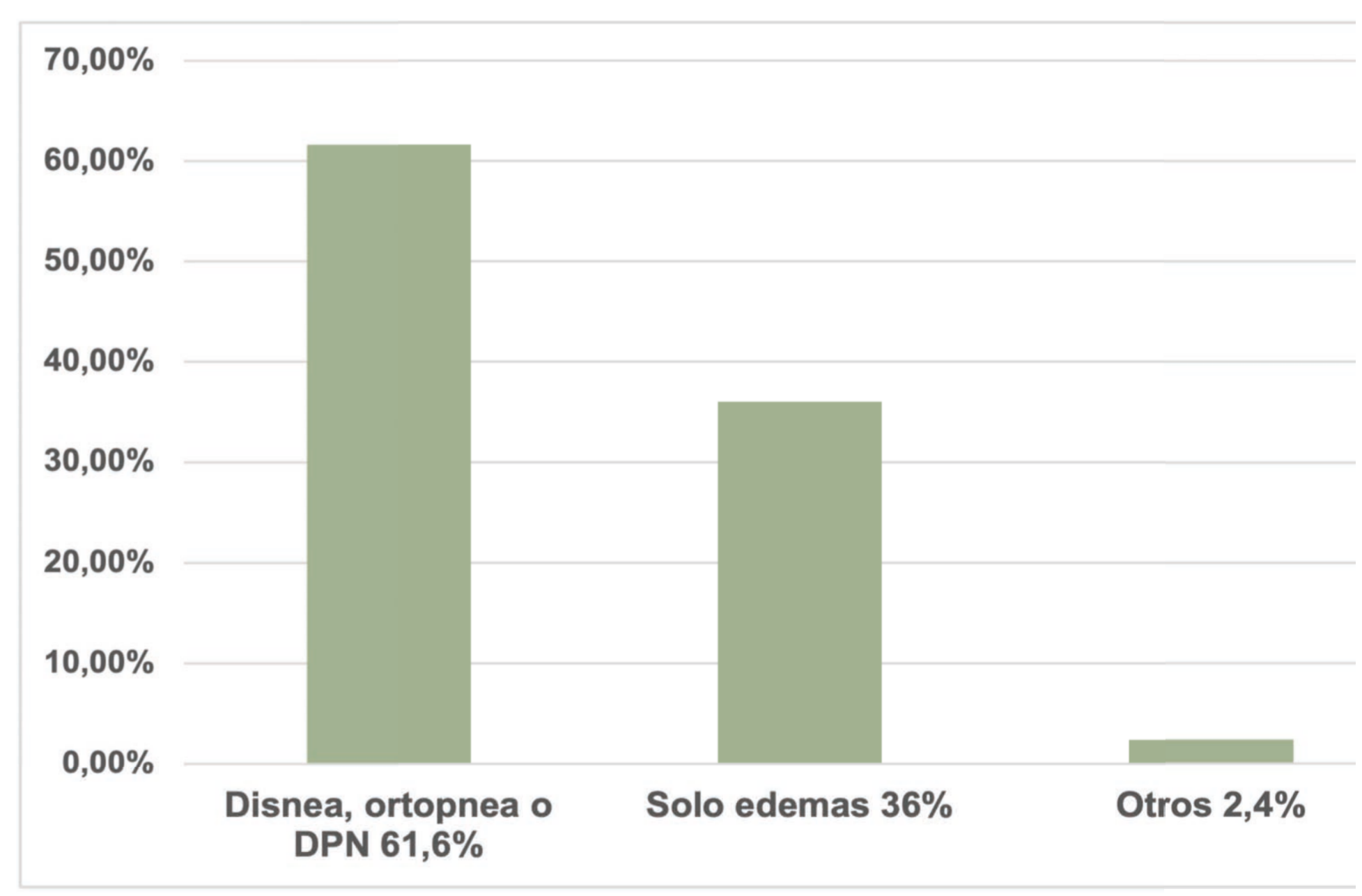
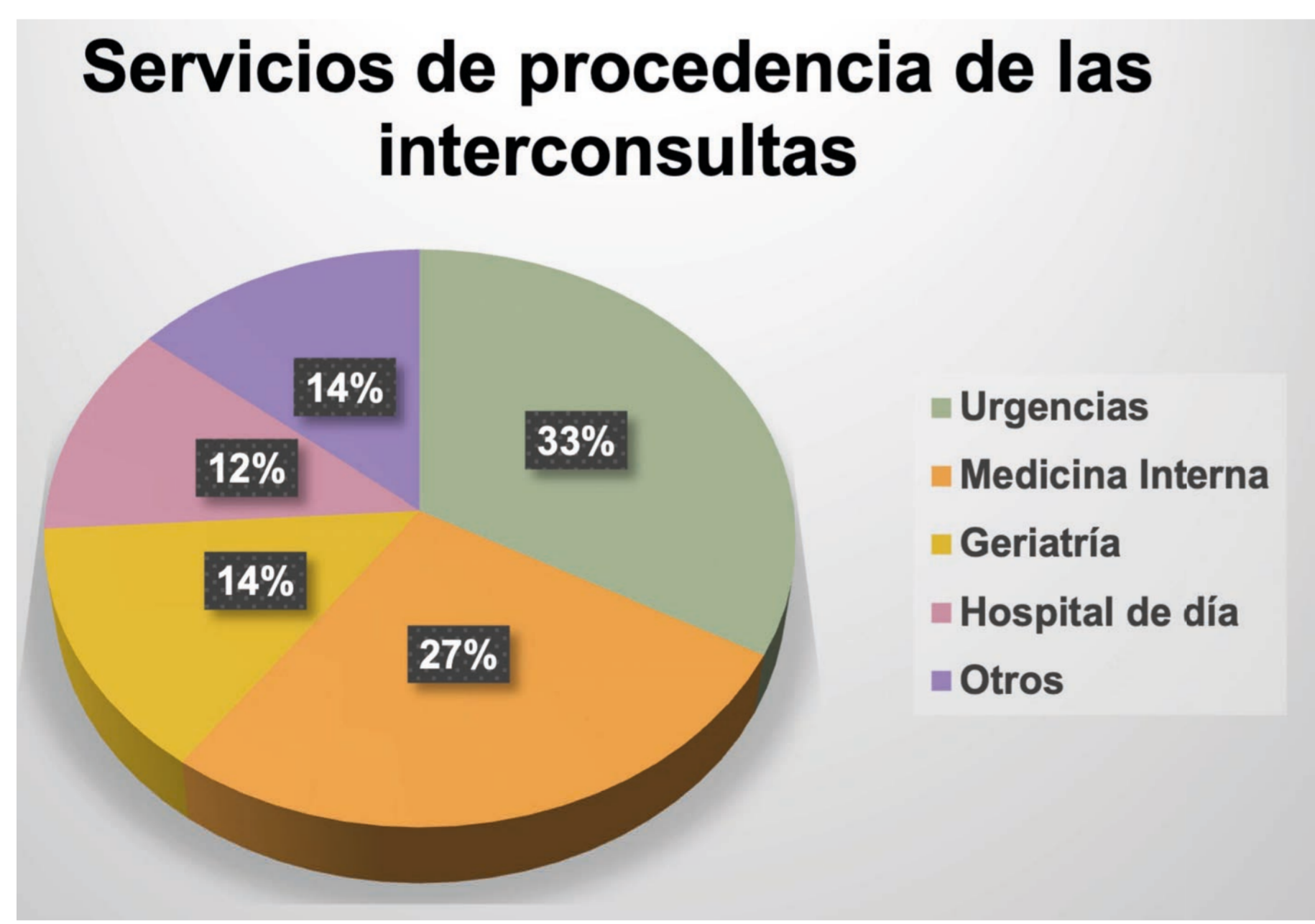
) * % \$ + & , -) . % ! / ! (; 1 ' & (\$ - . 1 * % 2 ' (< \$ - . == > (, ' . % \$, 1 & # 1 . , # " 1 ? & . # 4 \$ ' (< \$ - . * \$, 1 & # ' . % " 8 9 : @ . % . \$ A (% \$, - " - B 1 . C \$ B 2 % \$ - . , * (" B - D " 1 - . (A % . 1 \$ B 2 \$ % . ; ' " E - . " * . 2 ' " * (+ , B * " & 1 " 1 - . % . F ") \$ G 1 (& " * (+ , * # D (" * . , . # 4 \$ 4 . , ' \$ - . # " 1 \$ # (' & - : H \$ 1 - " \$ 1 1 . * \$ 4 2 " % " % \$, * \$, # \$ 1 - # ' \$ " # (' . % \$, 1 & # 1 % . * I (- " 1 . , # " / 0 3 - & % " , ' . > J > = :

+ \$ 0 1 , % ! / 0 (3 . # \$ " # - . = K > J (, ' . % \$, 1 & # 1 % . * I (- " 1 5 . - - 4 . - (" KL " M \$ 1 6 B # NO 5 == > 6 & . % \$, 2 \$ % 8 9 * \$ 4 \$ 4 \$ ' (< \$ 2 % % (2 " # 5 NO 6 B \$, & , " " 1 " - . " * . 2 ' " * (+ , - # N = PO : H \$ 1 2 % % (2 " # . 1 4 \$ ' (< \$ 1 - . % . F ") \$ & . % \$, (. 1 " " I (# " - * # D (" * 5 = O 6 B % . F ") \$ - # 2 " * (. , ' . 5 > KO 6 G 4 " # " 1 (& " * (+ , 1 \$ * (\$ Q ' 4 (# (% 5 = RO 6 H \$ 1 - " \$ 1 - . (, ' . % \$, 1 & # 1 A \$ I " # . 1 & . % \$, S " 1 " - . " * . 2 ' " * (+ , - # N TO G % . F ") \$ 1 - # > KO 5 > KO 2 \$ % A % " < - * # D (" * B = NO 2 \$ % % . F ") \$ - # 2 " * (. , ' . B = PO 2 \$ % 4 " # " 1 (& " * (+ , 1 \$ * (\$ Q ' 4 (# " % 6

! " # \$ % & ' " () * # (, % \$ & - / + (, \$ " , 0 1 0 2	345 \$ % 6 7 8	9 / + / , 5 \$ / + -
: ' # * \$ (! " # \$	" % &) *
! " () ; - & \$ " & + & + % - + & +	! ! # & + , -	. / 0 / & () *

: + (+ , / \$, + & \$ < # & = ' , : + (+ , / \$, % & > ? ' (, 6 7 8	6 7 8
! " # \$ % & ' " () * # (@ * + * \$ (, 1 # "
! " # \$ % & ' " () * # (< ' % ! A	, 1 0 / # . 0 "

H \$ 1 2 % % (2 " # . 1 1 . % ((\$ 1 - . 2 % \$ - . , * (" - . # " 1 (, ' . % \$, 1 & # 1 2 \$ % 8 9 & . % \$, S / % A . , * (" 1 5 TO 6 BU . - (* (, " 8 ' . % , " 5 > NO 6 B / . % (" % D 5 = PO 6 GF \$ 1 2 (" # - . - D " 5 > O 6 H " - " - . # \$ 1 2 " * (. , ' . 1 * \$, 8 9 7 & - . WEP " M \$ 1 B 1 & 2 . % \$ % " # " - # A \$ I " # - . (, ' . % \$, 1 & # 1 : 9 \$, % . 2 . * ' \$ " 1 D \$ 4 " 1 B . # K = KO 2 % . 1 , " I " - (1 , " B \$ % 2 , " \$ - (1 , " 2 " % \$ Q ' (" , \$ * ' & % , " G . # TKO 1 \$ \$ - . 4 " 1 : H " 4 " G \$ % D . # \$ 1 2 " * (. , ' . 1 5 KO 6 2 % . * (1 " I " - (& %) * \$ (' % " < \$ 1 \$ " # (A % . 1 \$. , # / 0 3 :



2! 32, 10 & 3 (H " 8 9 . 1 & , 4 \$ ' (< \$ % . # (< " 4 . , ' . 7 % . * & . , ' . - . 1 \$ # (' & - - . (A % . 1 \$. , # " / 0 3 : H " " 1 " - . " * . 2 ' " * (+ , . 1 1 (4 (# " % " # " " 1 " A \$ I " # 2 . 1 . " ' % " % 1 - . 2 " * (. , ' . 1 1 (, ' \$ 4 Y ' (* \$ 1 B - . - " - 4 Y 1 " < ,) " - " G * \$, , * . 1 (- " - . 4 . - (" * * (+ , (, ' % " < \$ 1 " : 9 " 1 (# " 4 (" " - . # \$ 1 2 " * (. , ' . 1 , \$ 1 . . , * \$, ' % " I " , (A % . 1 " - \$ 1 . , # 4 \$ 4 . , ' \$ - . # " (, ' . % \$, 1 & # ' :



CARACTERÍSTICAS BASALES Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Martín Higuera, A. Marcelo Ayala, M. Gallego Alonso-Colmenares, T. Gómez García, G. Somoza Fernández, N. Toledo Samaniego, L. Ordieres Ortega, A. Segado Soriano, V. González Ramallo.

Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

OBJETIVOS:

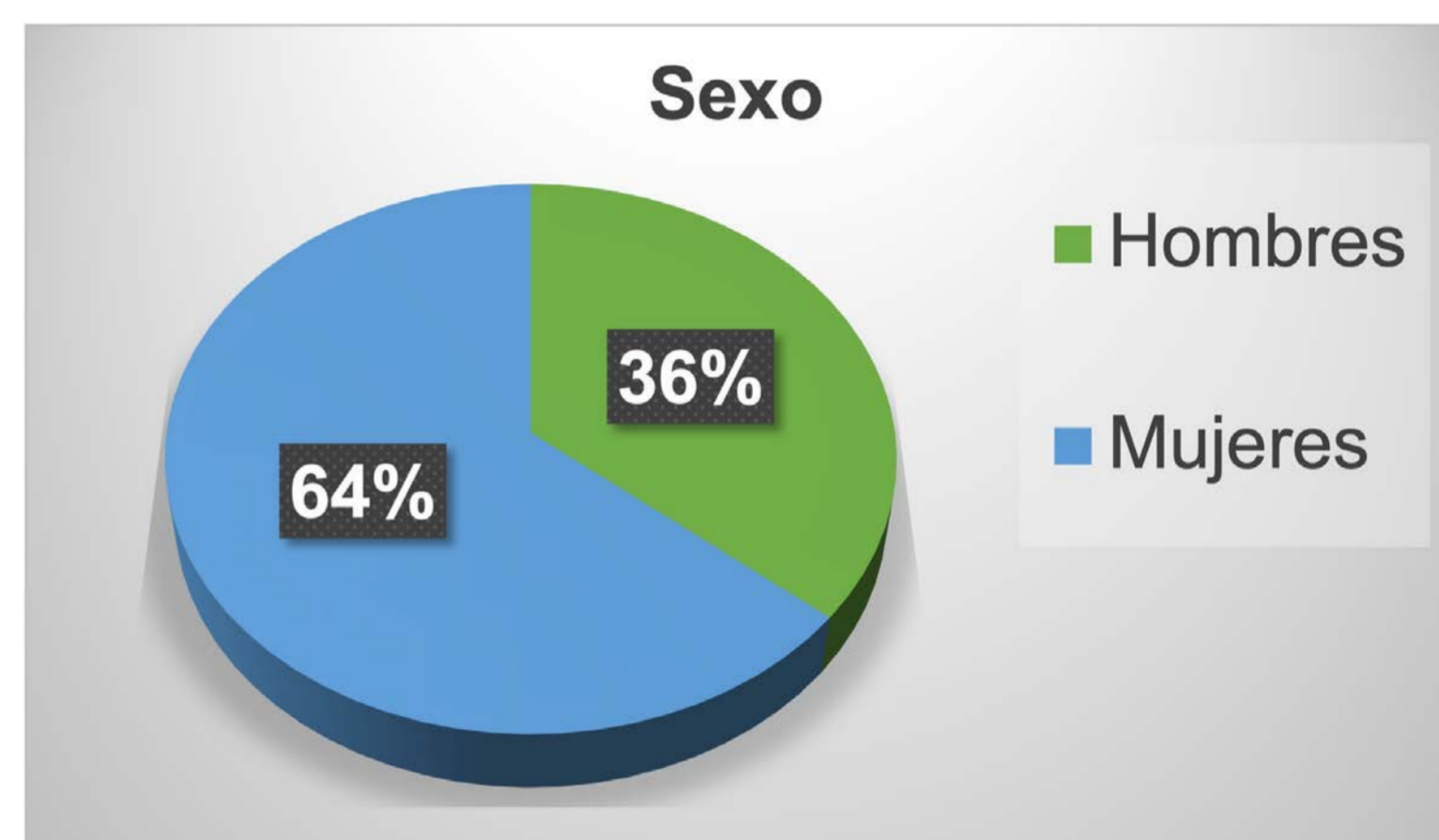
Analizar una cohorte de pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca (IC) en la unidad de hospitalización a domicilio (UHD) de un hospital terciario, describiendo sus características y comparándolas con otras series de pacientes ingresados en otras unidades no domiciliarias.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo en 53 pacientes con diagnóstico de IC ingresados en UHD durante el año 2021. Se utilizaron la media y la desviación estándar (DE) para variables cuantitativas, y porcentaje para variables cualitativas.

RESULTADOS:

La edad media fue de 83 años (DE \pm 83,3), siendo el 47,2% mayores de 85 años. El 64% fueron mujeres. En la mayoría de los pacientes (75%) la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) era preservada. Con respecto al tratamiento recibido, el 66,6% precisó diurético de asa intravenoso, siendo la media de dosis de 75 mg (DE \pm 36) y el 33,3% diurético de asa vía oral (furosemida), siendo la media de dosis en este caso de 79 mg (DE \pm 37). La estancia media fue de 15,5 días (DE \pm 11,9).



En relación a las tasas de reingreso, el 13% de los pacientes precisó reingreso urgente en el hospital desde el domicilio, por IC u otra causa, y menos del 20% volvió a ingresar en el mes siguiente tras el alta, aumentado este porcentaje a 38% en los 3 meses siguientes. La mortalidad al año fue del 26,4%.

Características basales de los pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardiaca en Hospitalización a Domicilio	
Edad media	83 años (DE \pm 83,3)
FEVI	75% preservada
Tratamiento recibido	<ul style="list-style-type: none">• 66,6% Diurético de asa iv. Media de dosis: 75 mg (DE \pm 36)• 33,3% Diurético de asa oral (furosemida). Media de dosis: 79 mg (DE \pm 37)
Estancia media	15,5 días (DE \pm 11,9)
Tasas de reingreso	<ul style="list-style-type: none">• 13% reingreso urgente desde el domicilio al hospital, por IC u otra causa.• <20% reingreso en los 30 días siguientes tras el alta• 38% reingreso en los 3 meses siguientes tras el alta
Mortalidad al año	26,4%

DE: desviación estándar
FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo
IC: insuficiencia cardiaca

CONCLUSIÓN:

La mayoría de los pacientes ingresados por IC en UHD son ancianos con FEVI preservada, principalmente mujeres, coincidiendo con los datos de otras series analizadas de pacientes hospitalizados mediante ingreso no domiciliario. Así mismo, las tasas de reingreso al mes también son similares. Todo ello sugiere que la fragilidad de los pacientes de UHD es, al menos, similar a la de los pacientes ingresados en unidades no domiciliarias.



ANTIBIOTERÀPIA INTRAVENOSA (TADE): EVALUACIÓN de los PACIENTES BAJO TADE PROCEDENTES DE URGENCIAS (URG) y DE LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UCEU)

e-mail Joan Guillamont Salvador: newhadhub2000@gmail.com

Joan Guillamont Salvador, Rayhana Abdul Ahmed, Laia Abenza Couselo, Montserrat Arandes Castillo, Anna V. Berenguer Blanco, Núria Navarro Llera, Pilar Biada Canales, Laura García Bielsa, Silvia Rodríguez Martínez, Ainara Ferré Jorge, Rebeca Díaz Bahón, Eva Benavent Palomares, Sònia Sarret Vila, Núria Gutiérrez Jiménez, Susana González Calviño, Evelyn Shaw Perujo. **Unitat d'Hospitalització a Domicili (HaD)**. Hospital Universitari de Bellvitge (HUB).

Objetivo: Evaluación de los casos de TADE atendidos en régimen HaD que procedían directamente del Servicio de URG o bien de la UCEU.

Material y métodos: Pacientes bajo TADE procedentes de URG y la UCEU, entre 2000 y 2022. Descripción de género, edad, diagnóstico, microbiología, antibiótico administrado, tiempo de estancia en URG y UCEU y de ambos en HaD, y destino al alta. Los pacientes valorados en URG debían cumplir criterios de estabilidad clínica y presencia de cuidador garantizada

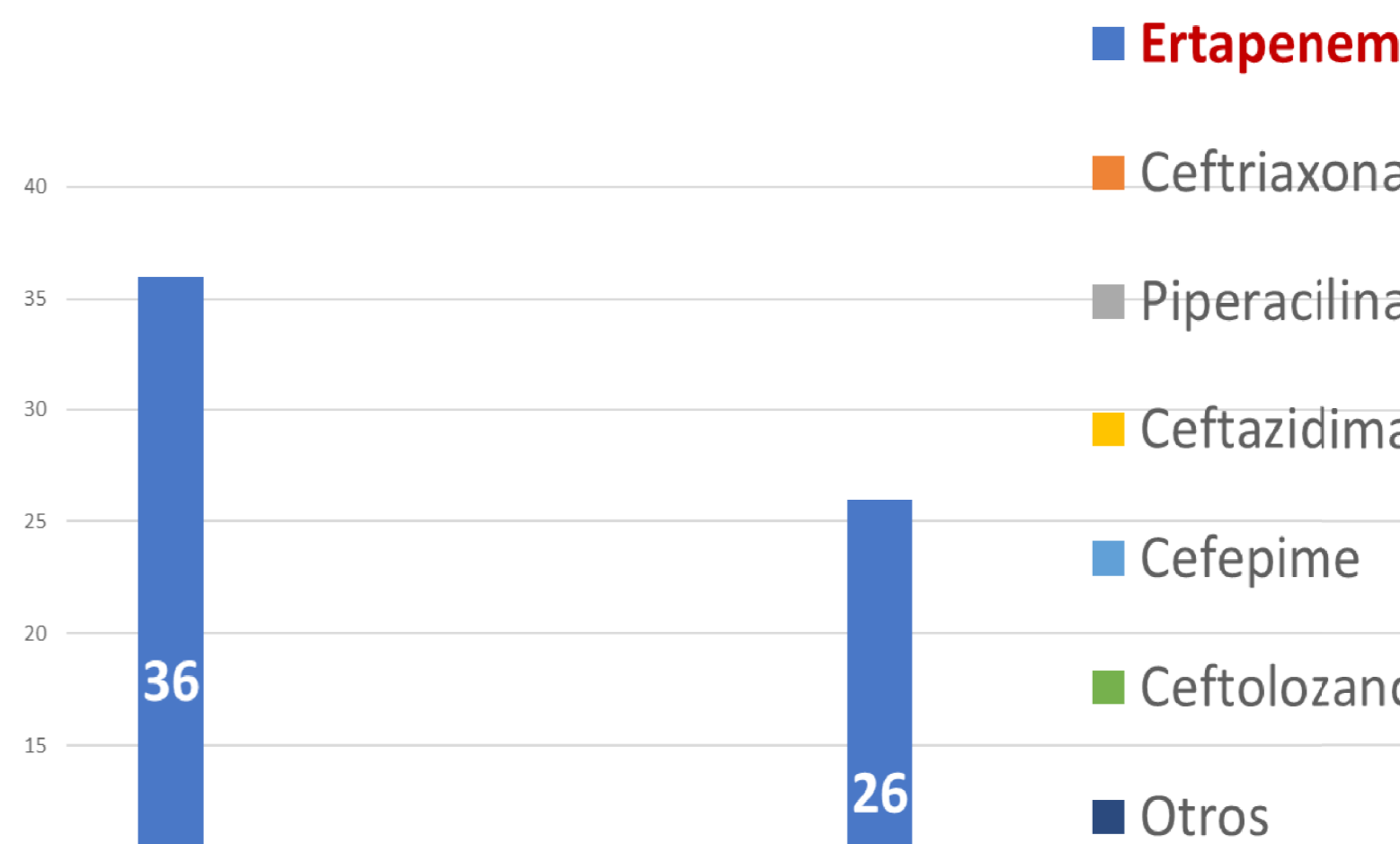
Resultados: De 581 casos de TADE, 91 procedían de URG/UCEU (50 / 41), 51 hombres y 40 mujeres. Edad media: 77,3 / 75,8 años (Rango: 19-98a). Estancia media: URG: 22h y 11 min; UCEU: 4,7 días. Estancia HaD (URG/UCEU): 11,9 / 12,4 días.

Catéter periférico 88 (96,73%). Destino al alta global: EAP/ATDOM, 86,9%. Derivación a URG, 8,7%.

Microbiología



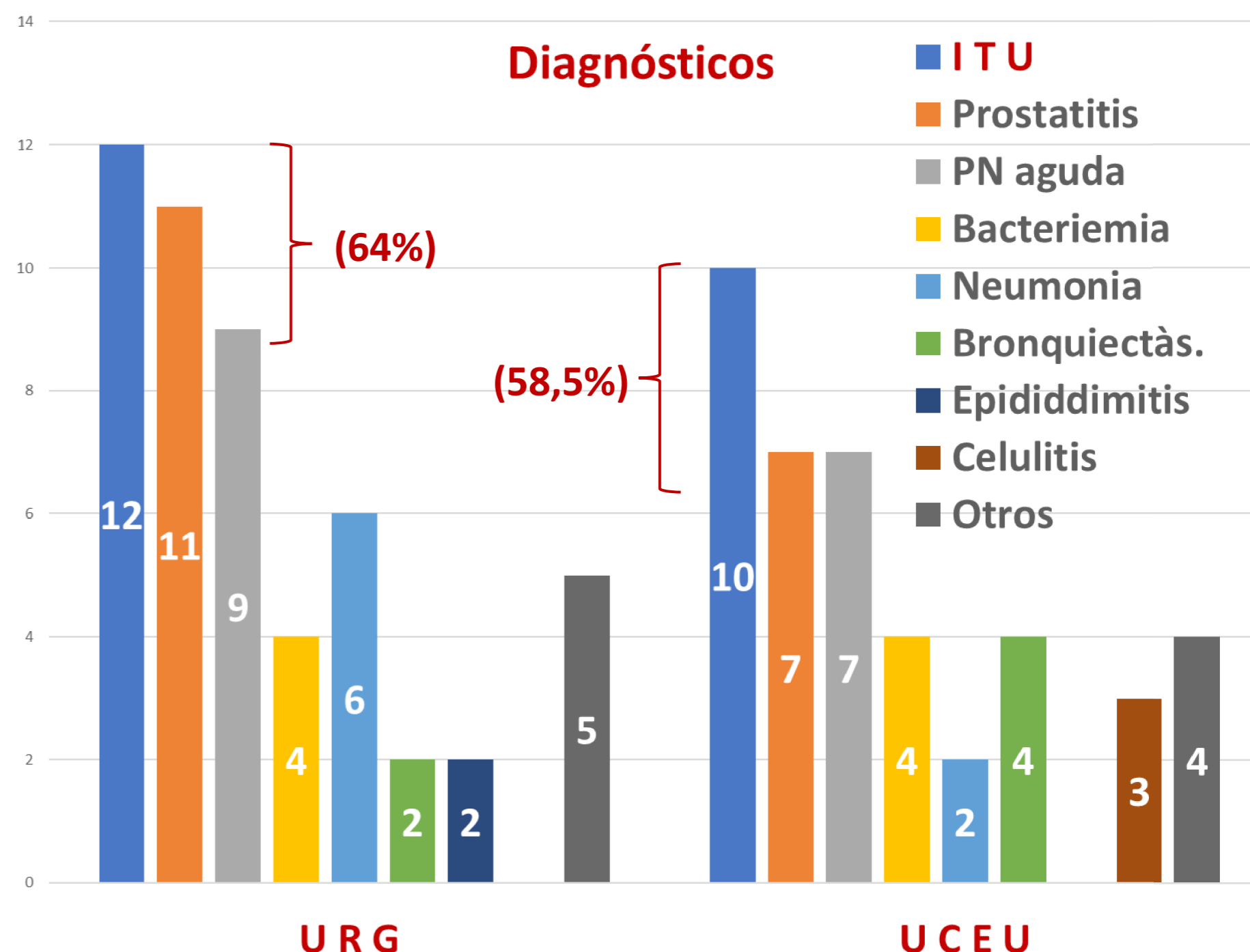
Antibióticos



Conclusiones:

1.El TADE ofrecido a pacientes de URG ha sido una buena alternativa para aquellos que cumplían criterios HaD. 2. La infección del **tracto genitourinario** ha sido la más prevalente (58-64%). 3. **E.coli BLEE** ha sido el más prevalente (38,5%) i **Ertapenem** el antibiótico mayormente administrado (68%). 3. La estancia media en HaD ha sido parecida para ambos grupos de pacientes URG/UCEU. 4. Casi un 90% de pacientes fueron dados de alta, y menos del 10% fueron derivados a URG por mala evolución.

Diagnósticos





ANTIBIOTERAPIA INTRAVENOSA DOMICILIARIA (TADE): PIPERACILINA - TAZOBACTAM (P/T) EN PERFUSIÓN CONTINUA INTRAVENOSA (PC).

e-mail Joan Guillamont Salvador: newhadhub2000@gmail.com

Joan Guillamont Salvador, Pilar Biada Canales, Eva Benavent Palomares, Anna Berenguer Blanco, Sònia Sarret Vila, Núria Navarro Llera, Susana González Calviño, Ainara Ferré Jorge, Montserrat Abandes Castillo, Laia Abenza Couselo, Laura García Bielsa, Rayhana Abdul Ahmed. Unitat d'Hospitalització a Domicili (HaD). Hospital Universitari de Bellvitge (HUB). L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción: Piperacilina-tazobactam (P/T) es un antibiótico betalactámico estable en perfusión continua de 24h mediante elastómero. Se consideran valores de concentración mínima inhibitoria teóricos para microorganismos más resistentes (piperacilina/tazobactam: 16 mg/l para *Pseudomonas aeruginosa* y 8 mg/l para *Enterobacteriaceae*).

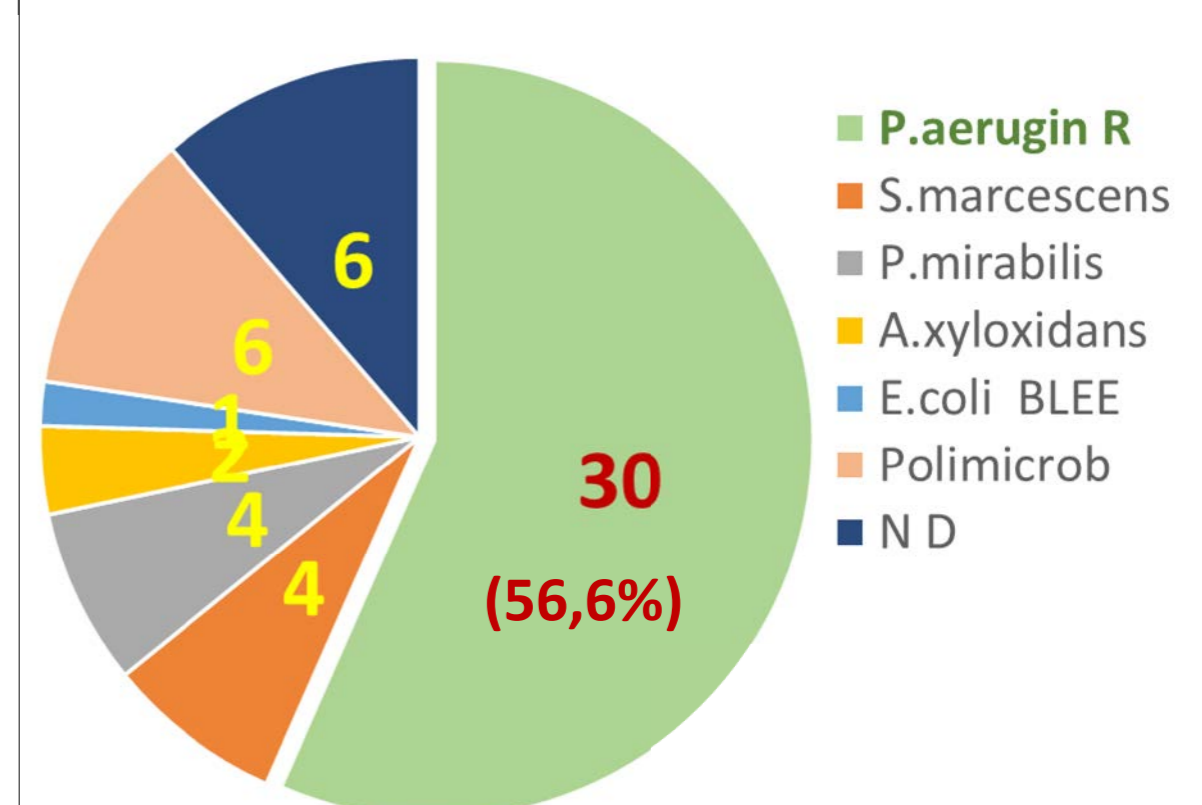
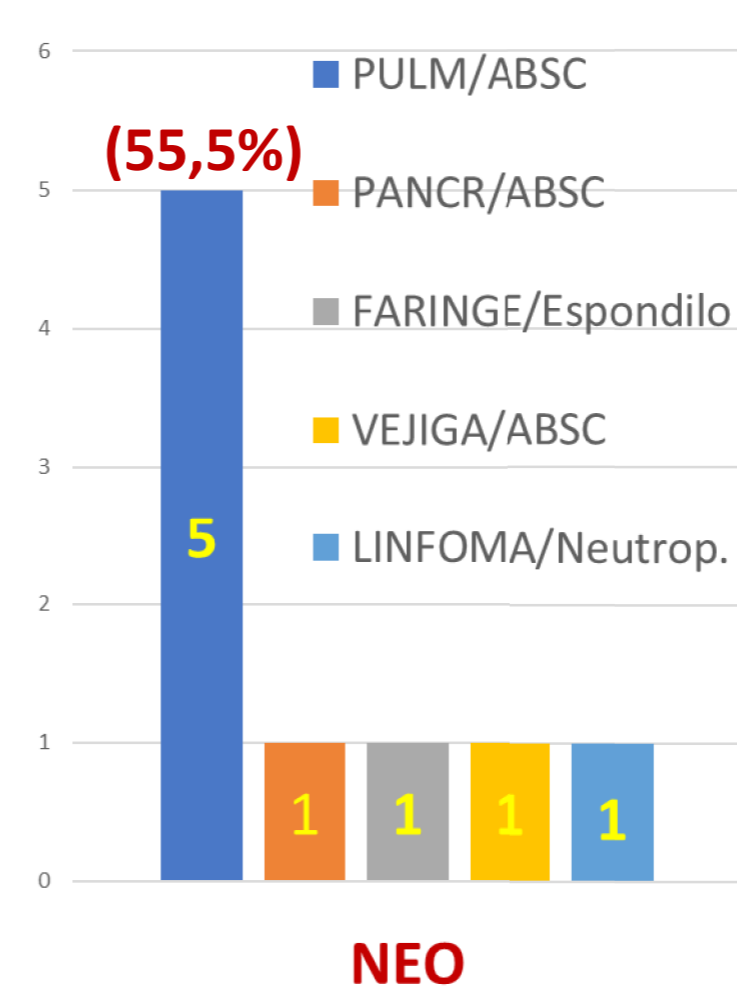
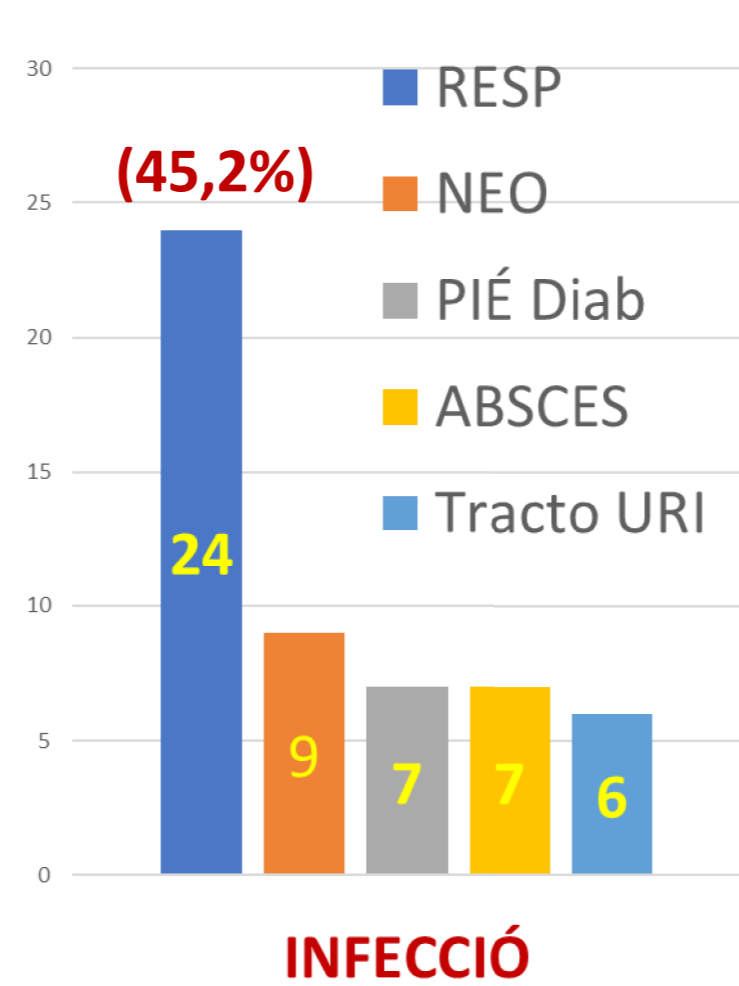
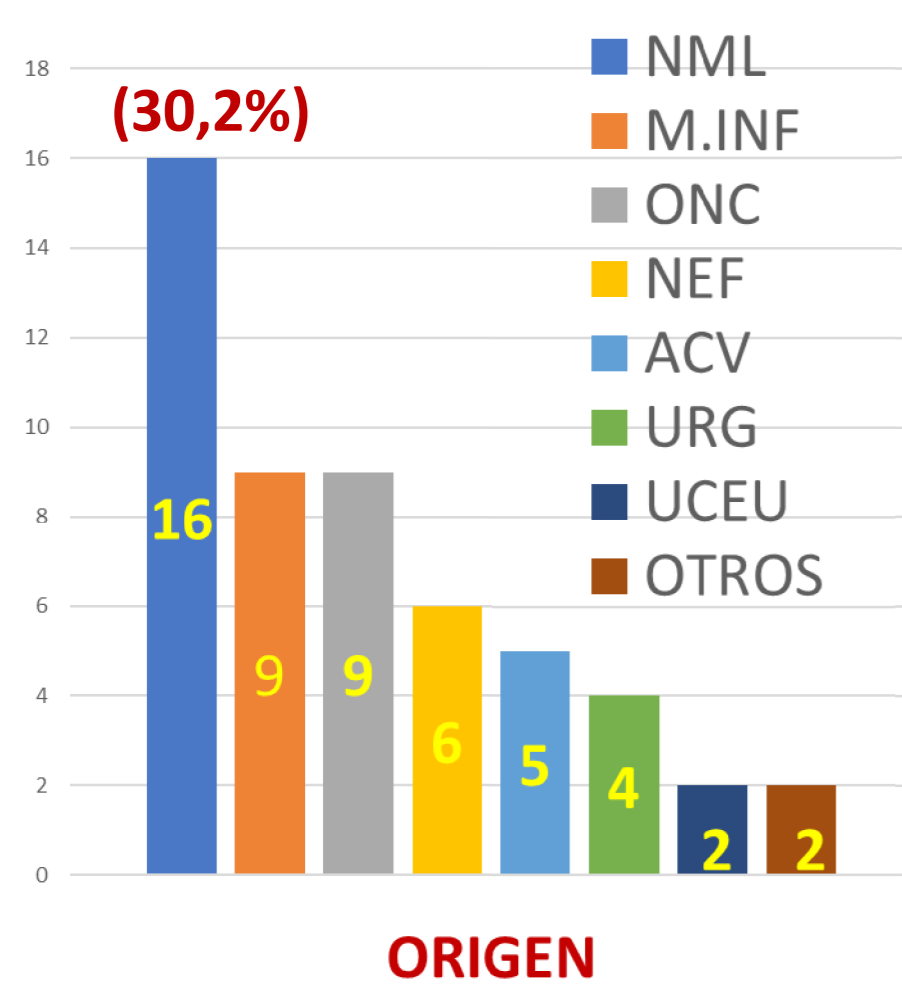
Objetivo: Evaluación de los resultados obtenidos, niveles plasmáticos por encima de la concentración mínima inhibitoria (CIM) y evolución clínica en los casos de TADE con P/T en perfusión continua (PC) atendidos en una Unidad HaD.

Material y métodos: Pacientes tratados con P/T en PC entre 2000 y 2022. Descripción de género, edad, diagnóstico, microbiología, función renal previa al inicio de la PC y durante la misma, niveles plasmáticos de piperacilina a las 24-48h de iniciar la PC, y destino al alta.

Grupo 1: Función renal normal ($FG \geq 60 \text{ml/min/m}^2$), P/T 12gr/24h. Grupo 2: función renal alterada ($FG < 60 \text{ml/min/m}^2$), P/T < 12gr/24h.

Los niveles terapéuticos deben estar 3-4 veces por encima de la CIM y valores $\geq 100 \text{mg/L}$ se consideran tóxicos. Se mantuvo estrecho contacto con el servicio de Farmacología para considerar la indicación de modificar dosis de P/T a perfundir.

Resultados: Entre los 581 casos de TADE atendidos, 73 correspondieron a P/T, y 53 (72,6%) se administraron en PC. Fueron 31 hombres y 22 mujeres. Edad media: 69,8 años (Rango: 38-91).



Microbiología: *P.aeruginosa* Resistente, 30 (57,7%); otras enterobacterias, 11 (20,7%); polimicrobianas, 6 (11,3%); no documentado, 6. Grupo 1: 38 casos, 35 con niveles medios de $23,6 \text{mg/L}$ y 3 con niveles medios iniciales de $88,6 \text{mg/L}$.

Grupo 2: 15 pacientes. F.renal alterada: FG medio de 42ml/min/m^2 ; 7 pacientes con niveles de $24,6 \text{mg/dl}$ (terapéuticos), otros 7 con niveles de $10-15 \text{mg/L}$ (infraterapéuticos) y 1 con niveles de 41mg/L . **Evolución:** 50 altas sin incidencias; 3 pacientes derivados a URG por mala evolución (1 oncológico, 1 de neumología y 1 de E.Infecciosas); 6 reingresaron antes de 30 días, 3 de Oncología (por nuevo episodio de fiebre, uno de ellos con criterios de sepsis) y 3 de E.Infecciosas

Conclusiones: 1.Un 92% con función renal preservada presentaron niveles plasmáticos terapéuticos y pudieron completar el tratamiento sin incidencias. 2. Los tres pacientes con función renal normal i niveles plasmáticos de piperacilina cercanos a la toxicidad presentaron una segunda determinación con niveles terapéuticos una vez se hubo reducido la perfusión a 10 gr/24h 3.Un 47% con función renal alterada alcanzaron niveles plasmáticos terapéuticos y otro 47% infraterapéuticos. 4. Un 94,3% de pacientes fue dado de alta sin incidencias y en relación al número de pacientes atendidos por servicios de origen, los pacientes oncológicos son los que tuvieron evolución más tórpida (44,4%)



EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD HaD EN ANTIBIOTERAPIA INTRAVENOSA (TADE)

e-mail Joan Guillamont Salvador: newhadhub2000@gmail.com

Joan Guillamont Salvador, Pilar Biada Canales, Eva Benavent Palomares, Anna Berenguer Blanco, Núria Navarro Llera, Sonia Sarret Vila, Ainara Ferré Jorge, Susana González Calviño, Montserrat Abandes Castillo, Laia Abenza Couselo, Laura Garcia Bielsa, Rayhana Abdul Ahmed. ¹Médico Adjunto e ²Infermeria de la Unidad HaD-H.U.Bellvitge

Objetivo: Evaluación de la experiencia de la Unidad HaD del *Hospital Universitari de Bellvitge* (HaD-HUB) en TADE y su progresión como actividad en la cartera de servicios de esa Unidad

Material y Métodos: Revisión de todos los casos de TADE desde 2000 a 2022. Descripción de género, edad, servicio de origen, diagnóstico clínico, microbiología documentada, antibiótico administrado, tipo de acceso venoso, administración por enfermería (EA) y autoadministración (AA), y destino al alta HaD.

Grupo A: 2000-2006. **Grupo B:** 2007-2014 (perfusión con bomba electrónica). **Grupo C:** 2015-2022 (perfusión con elastómero).

Los ATB administrados se basaron en el resultado del antibiograma, excepto aquellos casos sin microorganismo identificado en que se decidió antibiótico de amplio espectro o basado en resultados de cultivos previos de un mismo foco de infección al episodio en curso.

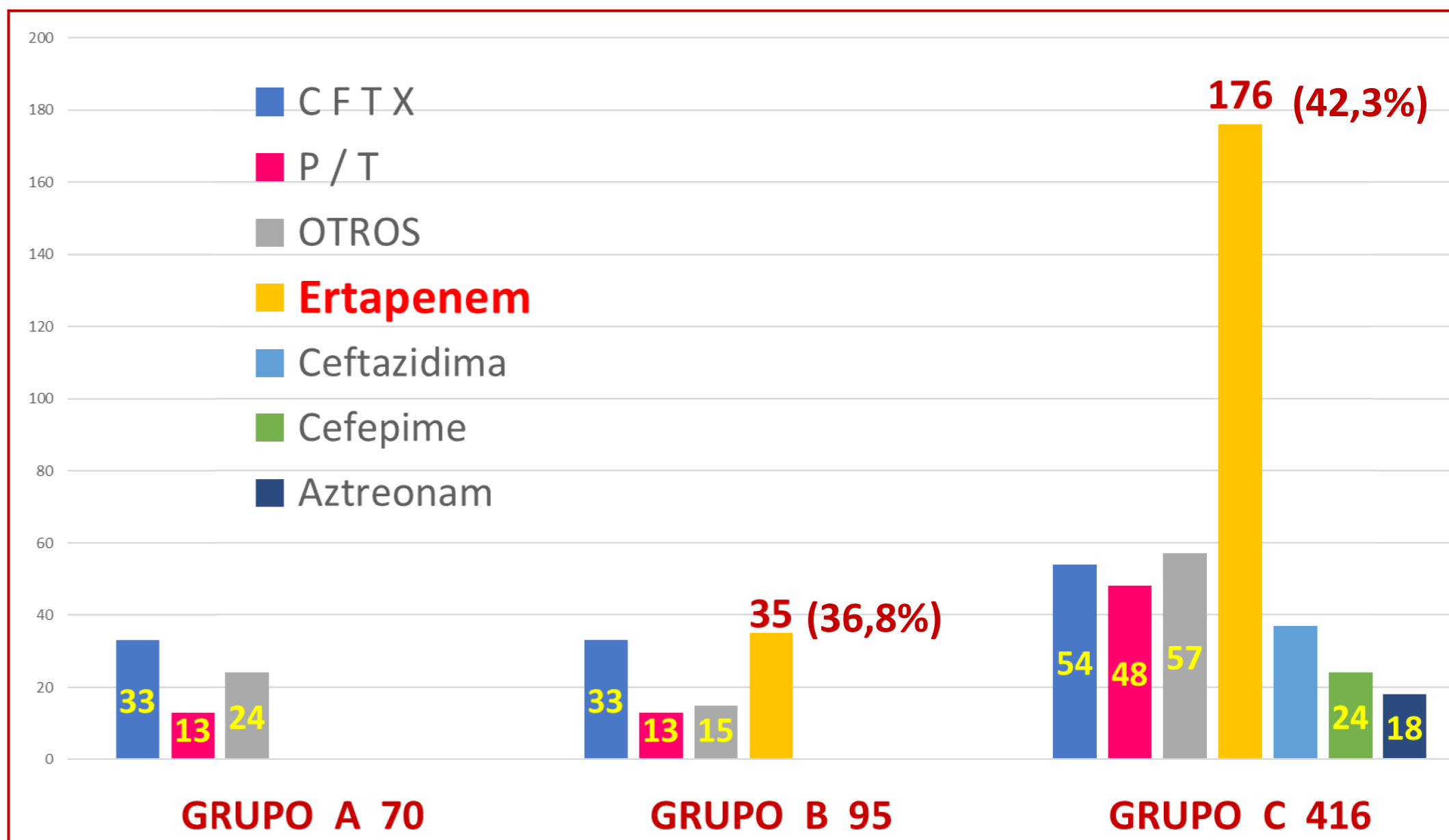
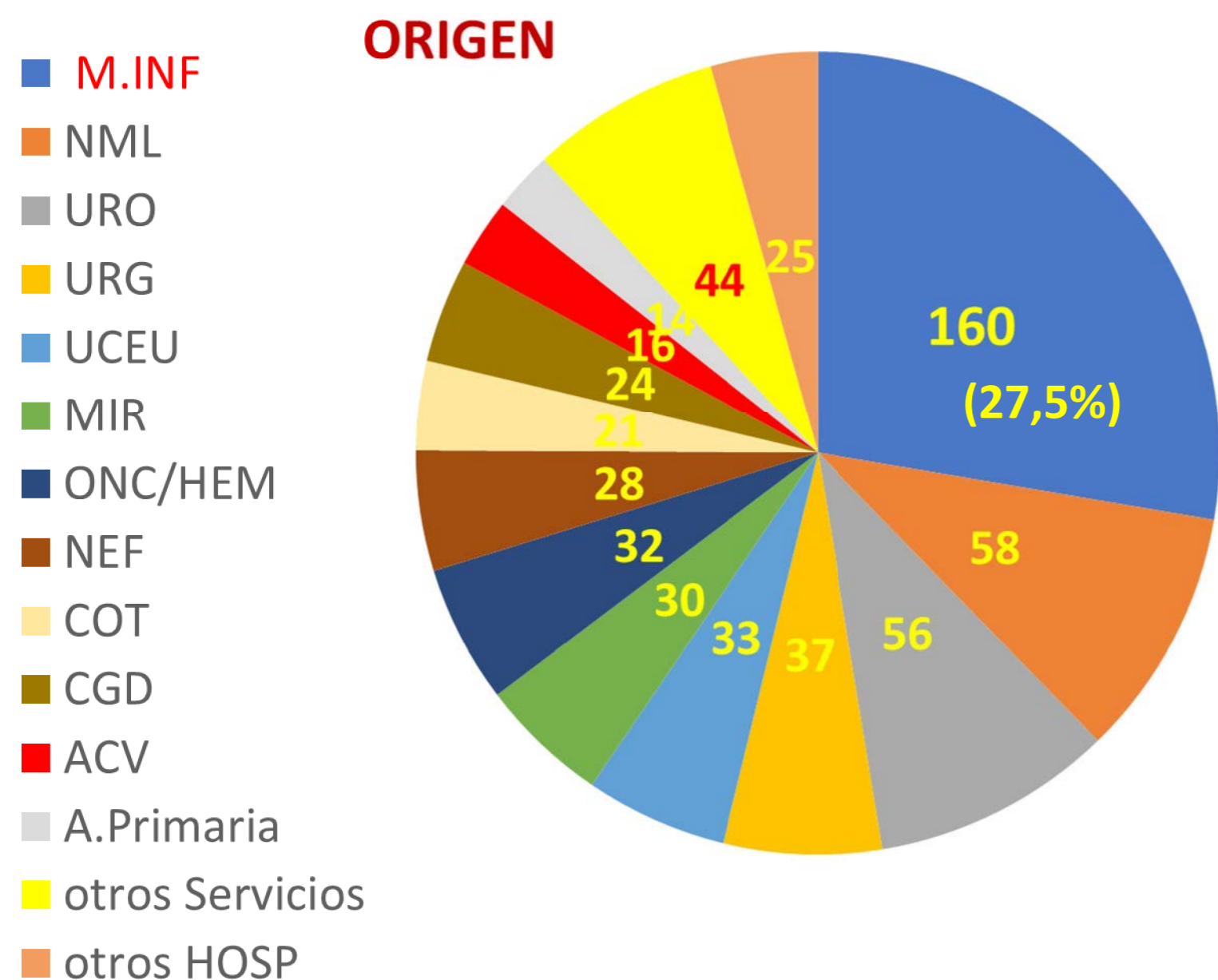
Resultados:

En los 22 años de actividad HaD, se han atendido un total de 581 casos de TADE, correspondientes a 530 pacientes, 434 hombres (74,7%) y 147 mujeres (25,3%). Edad media: 70,4 años (rango 24-98 a.)

Infección: tracto urinario, 202 (36,9%); tracto respiratorio, 119 (21,7%); endocarditis 78 (14,2%); bacteriemia 40 (7,3); Resto 142 (24,4%). **Microbiología:** 1. **BGN BLEE, 148** (25,5%): E.coli, 82(14,9); K.pneumoniae, 56 (10,2%); Proteus mirabilis 10 (1,7%); 2. P.aeruginosas R 92 (16,8%); 3. Otros BGN, 33 (6%); 4. **CGP:** Streptococcus, 62 (10,6%); Neumococo 24 (4,1%). Resto de microorganismos, 152 (26,1%). No documentados, 68 (11,7%). Catéter periférico en 57,8% de casos.

Autoadministración: Grupo A; NO. Grupo B: 34 casos. Grupo C: 88 casos.

Evolución: 528 casos (91%) fueron dados de alta sin incidencias; 46 pacientes (8,4%) reingresaron al hospital, 6 de ellos por pérdida del cuidador y 40 por mala evolución. Hubo 3 exitus.



Conclusiones:

1. La introducción de Ertapenem en 2007, juntamente con la mayor incidencia de infección por BGN BLEE, supuso un aumento del **35,7%** de actividad TADE en nuestra unidad, a pesar de mantener un porcentaje similar en relación al total de pacientes atendidos por todas las causas (Grupo B 19% frente a Grupo A 18,6%)
2. La introducción de bombas elastoméricas en 2014-15, supuso un aumento mayor de actividad TADE y un progresivo aumento de autoadministración por parte del paciente y/o cuidador, particularmente en los casos de antibióticos de una sola administración al día (Grupo B 34, frente a Grupo C, 88)
3. Los elastómeros de 12h y de 24h permitieron aumentar el número de casos atendidos con betalactámicos estables en ese medio para ser administrados en perfusión continua (Grupo B 20 (21%) frente a Grupo C (113, 29,6%))
4. La mayor parte de pacientes (**91%**) pudieron ser dados de alta sin incidencias ni fracaso terapéutico



EVALUACIÓN DEL MANEJO DE 78 CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA (E I) INFECCIOSA EN RÉGIMEN HaD

e-mail Joan Guillamont Salvador: newhadhub2000@gmail.com

Joan Guillamont Salvador^{1,3}, Anna V. Berenguer Blanco^{2,3}, Unitat d' Hospitalització a Domicili (HaD). Hospital Universitari de Bellvitge (HUB). L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ¹ Médico Adjunto Unidad HaD. ² Diplomada en Enfermería Unidad HaD. ³ Protocolo HaD de Endocarditis Infecciosa.

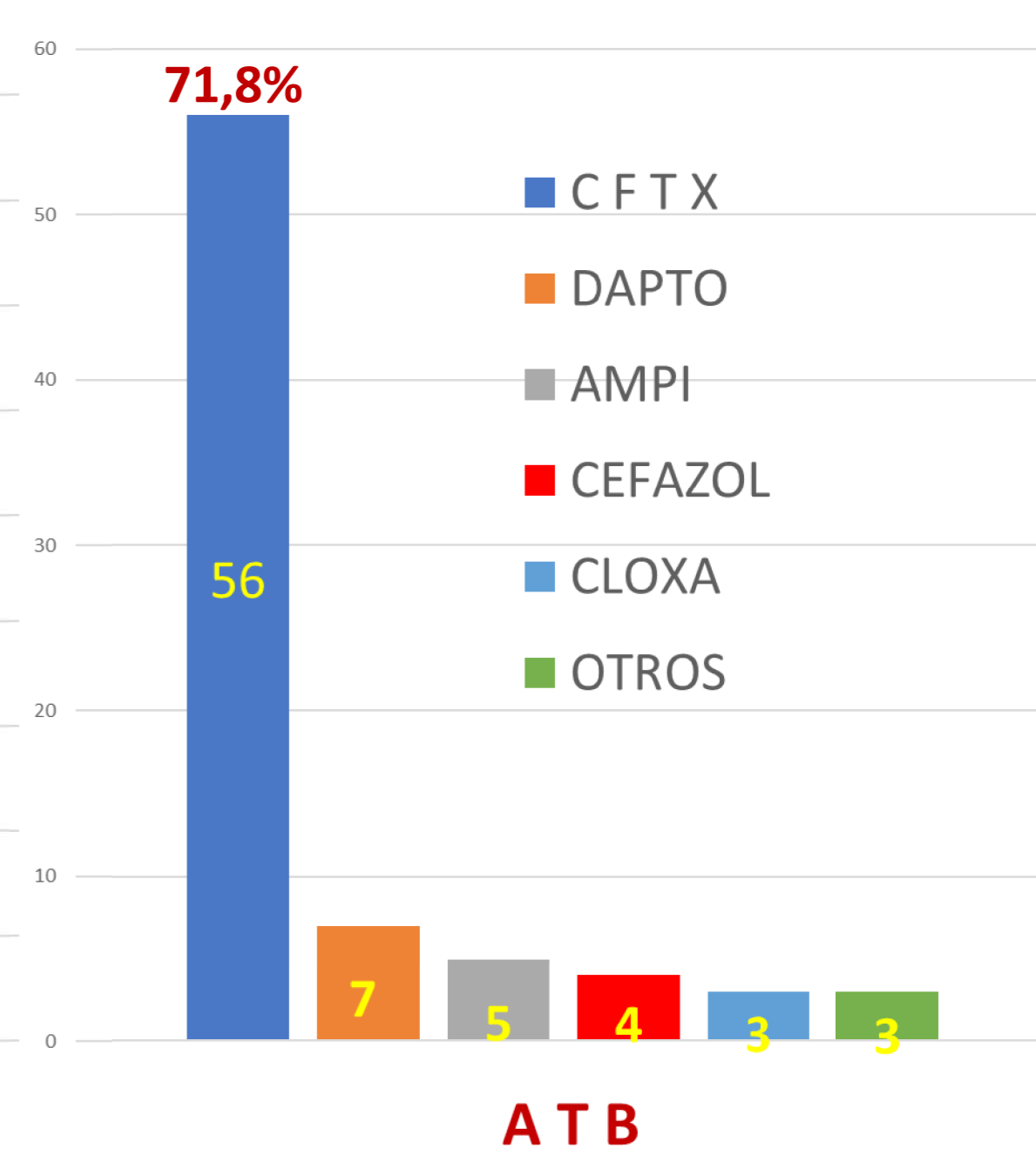
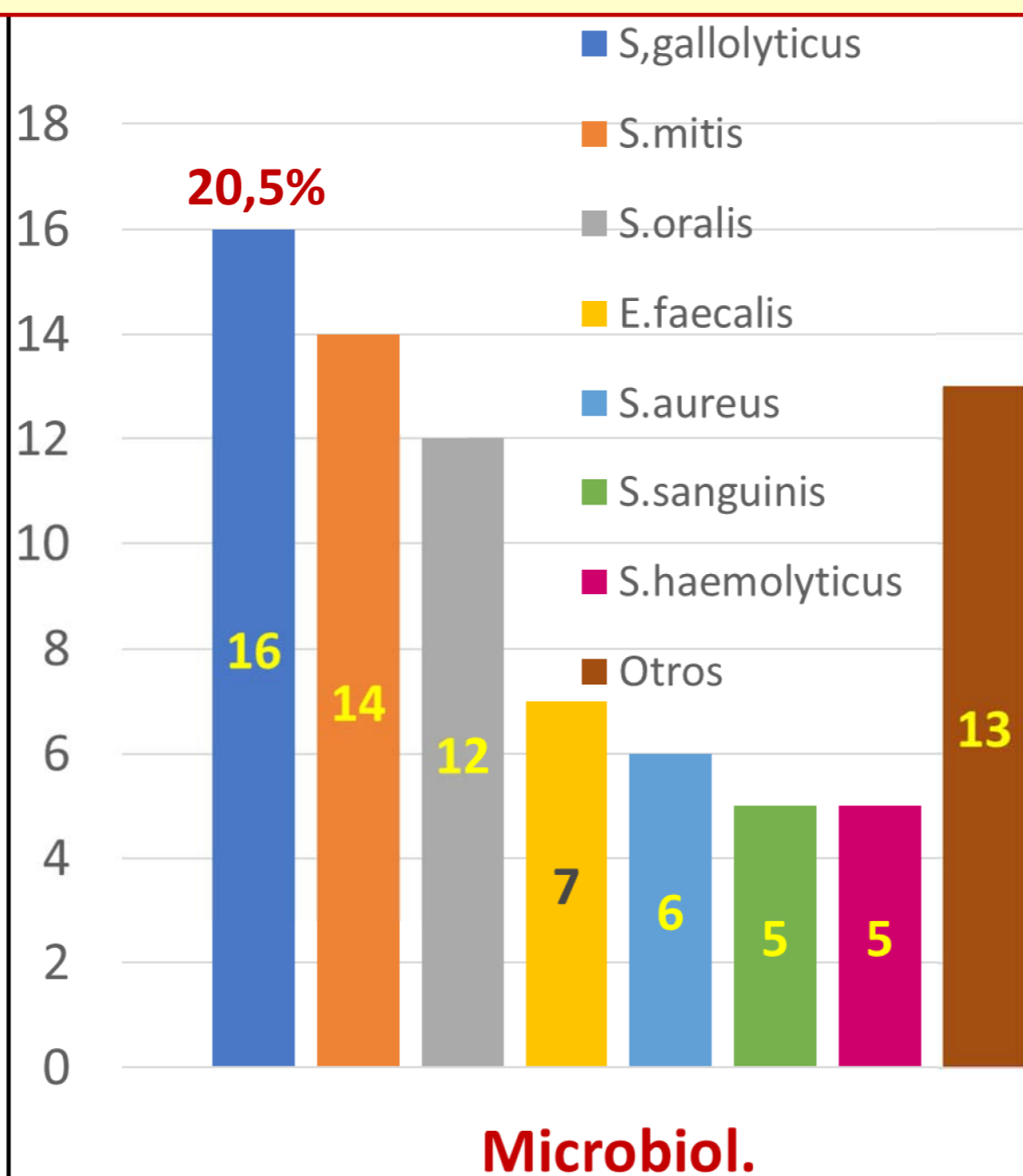
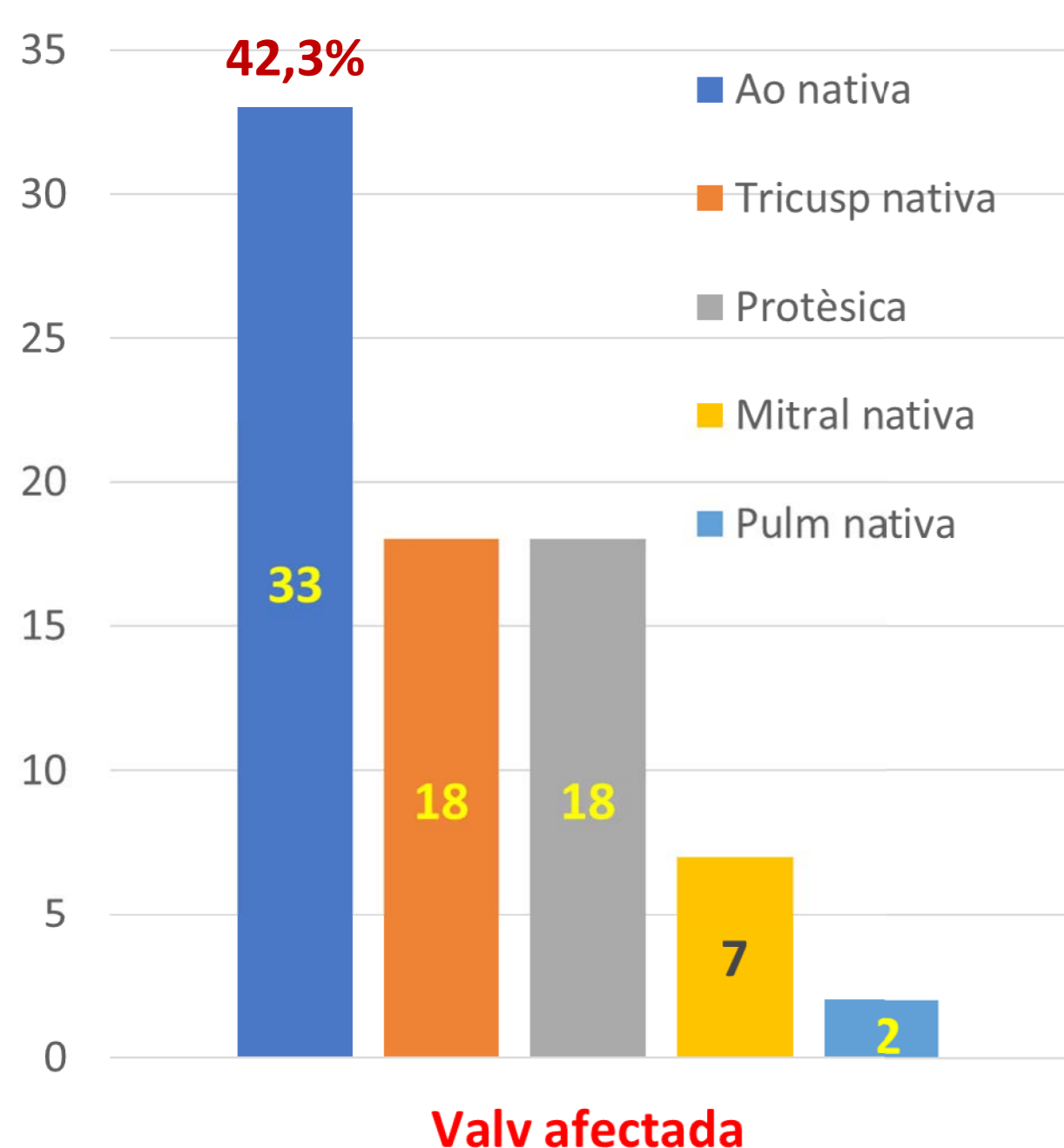
Objetivo: Evaluación de la experiencia de la Unidad HaD del Hospital Universitari de Bellvitge (HaD-HUB) en el tratamiento a domicilio de 78 casos de Endocarditis Infecciosa (EI), como entidad a tratar con antibioterapia a domicilio (TADE)

Material y Métodos: Revisión de todos los casos de EI atendidos por HaD-HUB en el período 2005-2022. Descripción de criterios HaD para EI y TADE, género, edad, servicio de origen, válvula afectada, microbiología documentada, complicaciones clínicas, antibiótico administrado, evolución en el domicilio, destino al alta HaD y reingresos a 30 y 90 días

Criterios HaD para E I:

- Cumplir criterios básicos para TADE
- No trasladar el paciente al domicilio durante la fase crítica (primeras 2 semanas de tratamiento), a excepción de EI por *S. viridans* sobre válvula natural no complicada, en la que se puede avanzar el traslado a los 7 o 10 días.
- Evaluación previa del caso por la Unidad de Endocarditis Infecciosa de HUB.
- Resolución completa de la fiebre.
- Negativización de los hemocultivos.
- Estabilidad hemodinámica.
- Estudios de imagen que descarten embolismos periféricos.

Resultados: Los 78 casos de EI afectaron a 14 mujeres (17,9%) y 64 hombres (82,1%). Edad media: 75,6 años. Estancia media en origen: 19 días. Estancia media en HaD: 19,7 días. Total estancia: en origen: 1482 días (49,6%); en HaD: 1506 días (50,4%). Servicio origen; 1) UMI 61 casos (78,2%); 2) MIR, 9 casos (11,5%); Otros: 8 (10,3%).



Destino al alta: 72 pacientes (92,3%) completaron TADE-E I sin incidencias ni reingreso posterior a 30 y 90 días. Hubo 2 exitus, un hombre de 75 años por causa ajena a la E I y una mujer de 91 años con deterioro cognitivo, por fallo multiorgánico relacionado con la E I. Un paciente reingresó por TEP a los 21 días. Un paciente reingresó a los 28 días por 2º episodio de E I sobre TAVI, (microorganismo distinto al del primer episodio). Un paciente reingresó a los 24 días debido a EPOC exacerbada, por h. influenzae. Finalmente, otro paciente reingresó a los 44 días debido a síndrome febril causado por neoformación digestiva a nivel del ciego.

Conclusiones: 1. El manejo domiciliario de pacientes con EI, a partir de una fase clínica estable, se ha mostrado una buena alternativa a la hospitalización convencional durante el episodio de E I completo, con más del 50% de la estancia total de los episodios atendida en el domicilio. 2. Más de la quinta parte de casos se han debido a *S.gallolyticus* y Ceftriaxona el ATB mayormente administrado. 3. Hubo un único caso de mala evolución y exitus final, relacionado con la EI, en contexto de persona anciana y deterioro cognitivo severo. 4. El número de reingresos a 30 y 90 días, estrictamente relacionados con la EI, ha sido ínfimo.



INDEPENDENCIA Y REHABILITACIÓN FUNCIONAL: INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA GERIÁTRICA INTEGRAL

Robles C¹, Monsó A¹, Cano C¹, Bautista V¹, Martí R¹, Crespo N¹, Sánchez I¹, López JA¹, Pérez LM^{1,2}, Inzitari M^{1,2}

1. Hospital de Atención Intermedia Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España.

2. Grupo de Investigación RE-FIT Barcelona. Instituto de Investigación Vall d'Hebrón y Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España

OBJETIVOS

- Recuperar la independencia para el desempeño ocupacional de las actividades de la vida diaria (AVDs), de una paciente ingresada en hospitalización domiciliaria geriátrica integral (HDGI), que presenta metástasis cerebrales.
- Mejorar la calidad de vida de una paciente ingresada en la unidad de HDGI, dentro del entorno propio y con el soporte de un equipo multidisciplinar.

MATERIALES Y MÉTODOS



65 años

Dx: Adenocarcinoma de pulmón

Motivo de ingreso: Hemiparesia facio-braquio-crural derecha



Occupational
Therapy

Plan de tratamiento

- **Entorno domiciliario:** entrenamiento del vestido inferior, uso del W.C. y ducha.
- **Entorno intra y extra domiciliario:** tareas del hogar, tarea implícita a la salida al exterior (desplazamiento por el portal y uso del ascensor - escaleras), desempeño de compras y manejo del dinero.
- **Rehabilitación funcional:**
 - Extremidad superior derecha (ESD).
 - Trabajo sensorio-motriz, presas manuales-digitales, reentrenamiento de la motricidad fina, fuerza y coordinación bilateral.
- **Asesoramiento:** productos de apoyo y adaptaciones en domicilio.
- **Educación sanitaria:** automanejo seguro e independiente y prevención de caídas.

- **Intervención:** Abordaje multidisciplinar, enfoque holístico y centrado en la persona.
- **Metodología:** Establecimiento de objetivos de tratamiento consensuados con la paciente y familiares.
- **Objetivos establecidos:**
 - Reeducación de transferencias (TRF) cama, silla - sofá, W.C. y ducha.
 - Reeducación de actividades básicas (ABVDs) e instrumentales de la vida diaria.(AIVDs).
- **Intensidad:** Inicialmente, visitas diarias. Después, a medida que se asumen los objetivos, 2-3 veces/sem

RESULTADOS

- ✓ Independencia para ABVDs, AIVDs y TRFs.
- ✓ Participación activa en AIVDs intra domicilio.
- ✓ Desempeño ocupacional de AIVDs extra domicilio acompañada de una persona
- ✓ Integración de la ESD en el conjunto de AVD

CONCLUSIONES

- La **atención integral y abordaje multidisciplinar**, con el objetivo de **favorecer la recuperación de la independencia funcional** de personas que han sufrido un daño cerebral, **en domicilio**, es **factible** mediante la incorporación de **terapeutas ocupacionales**.
- La **HDGI** ofrece la posibilidad de atender a personas que requieren una **recuperación funcional en su entorno**, ofreciendo herramientas terapéuticas que favorecen y agilizan el proceso de recuperación.





¿Es posible acortar la duración del tratamiento antibiótico endovenoso de las diverticulitis agudas? Experiencia de un año tras la implantación de un protocolo

• J. Isasi Otaolea¹, J.M. Gil Belda², A. Landa Fuentes¹, A. Larrazabal Arbaiza¹, C.I Moreno González¹,

C. Castillo Maza¹, M.J. Santiago Ayarza¹, B. Vázquez Vizcaino¹, S.I Retolaza Lorenzo¹, A.Basterretxea Ozamiz¹

¹Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Bizkaia ² Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

Introducción

En marzo 2021, en el contexto de los Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos, juntamente con el Servicio de Cirugía, proponemos en las diverticulitis agudas (DA) Hinchey IA y IB procedentes de Urgencias con buena evolución y previa monitorización con analítica, **acortar a 5 días la duración del tratamiento antibiótico (ATB) endovenoso.**

Objetivo

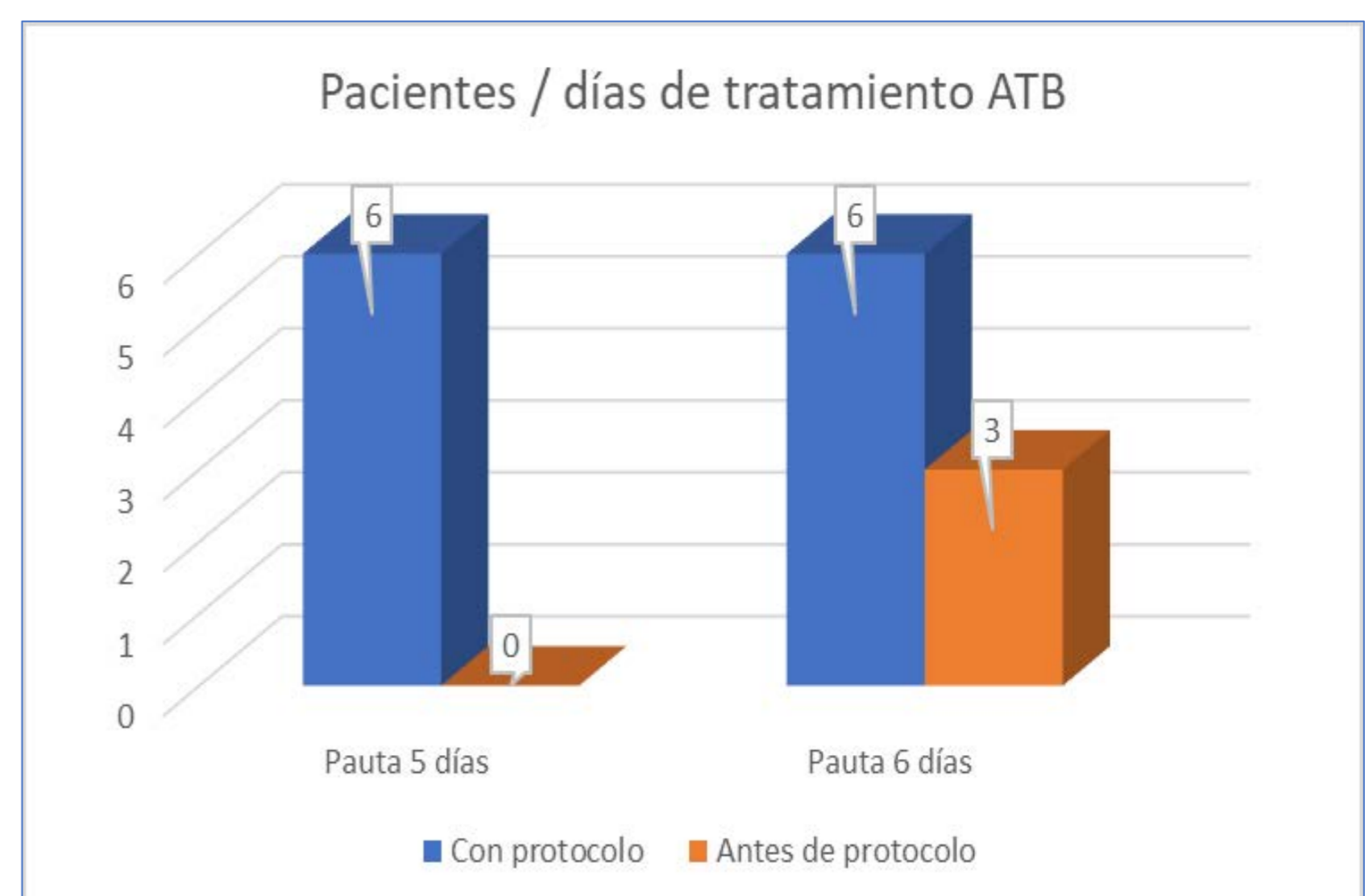
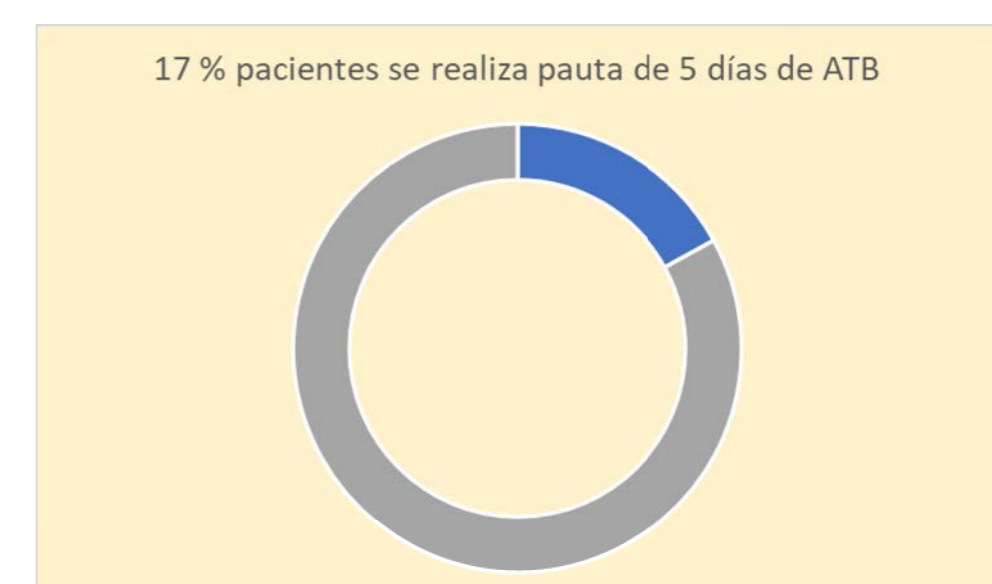
Analizar la experiencia y grado de cumplimentación del protocolo en Hospitalización a Domicilio del H.U.Cruces tras el primer año de implantación del protocolo. Se comparan los datos con el año previo.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo del primer año del protocolo, desde 24/03/21 al 24/04/22 comparando los resultados con el año previo a la instauración del protocolo, esto es, del 24/03/20 a 23/03/21.

Resultados

Al 84% de los pacientes con DA procedentes de Urgencias se les realizó una analítica al 5º día. De los 12 pacientes con criterios para acortar el ATB, se hizo la pauta de 5 días en 2 (17%), en otros 4 se acortó el tratamiento por indicaciones fuera de protocolo. 6 pacientes recibieron pauta de 6 días (frente a 3 del año anterior al protocolo). Al 21% de las DA tras el protocolo se les administro ATB durante menos de 7 días. La duración total de tratamiento es de 7.1 días tras protocolo Vs 7.26 previo al mismo. No se observó mayor reingreso en las pautas cortas.



Conclusión

Se aprecia una baja adherencia al protocolo. No obstante, existe una tendencia a acortar la duración del antibiótico tras el protocolo, sin una mayor tasa de reingreso. Sería interesante valorar a largo plazo si esta tendencia se confirma en los próximos años.



ANÁLISIS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL AÑO 2021 EN UN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO.



Ana Charlot Fernández ,Eneko Madrigal Madero, Martín Santiago Ayarza , Dra Irati Santamaría Ibirika ,Ana Belen Conde Del Pozo,Ana Maria Castañares Perez de Heredia,Janire Escalera Lana ,Cristian Alabort Ugidos, Josu Gotzon Irurzun Zuazabal, Andima Basterretxea Ozamiz.

Hospitalización a Domicilio.OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.Hospital universitario Cruces,Bizkaia.

• INTRODUCCION:

Los pacientes con necesidades de cuidados paliativos precisan de un enfoque multidisciplinar, para ello contamos con herramientas que nos ayudan a ofrecer una mejor calidad asistencial.

• OBJETIVO :

El objetivo de este estudio es conocer las características de los pacientes paliativos que ingresaron en el año 2021 en nuestro servicio de hospitalización a domicilio ,ver el grado de su complejidad y valorar la cumplimentación por nuestra parte de los formularios y escalas con los que contamos .

• MATERIAL Y METODOS:

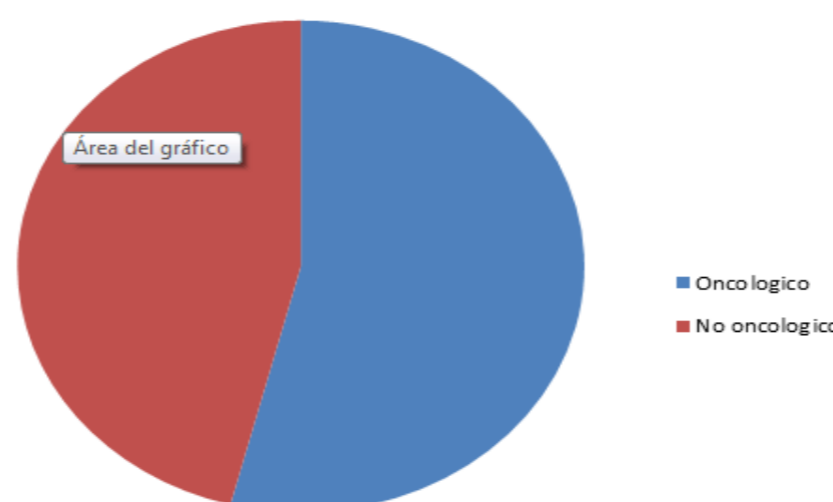
Se trata de un análisis descriptivo prospectivo de nuestra base de datos ,extrayendo datos demográficos,días de estancia media, si se trata de patología oncológica a o no ,activación alerta de paciente cuidados paliativos,registro CIE-Z51.5,si se ha realizado cuestionario NECPAL,si se ha completado plan individualizado de atención (PIA),así como registrado el grado de complejidad IDC-pal.

• RESULTADOS:

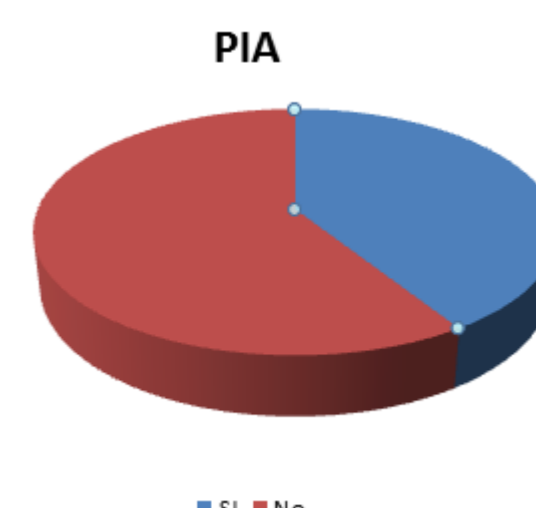
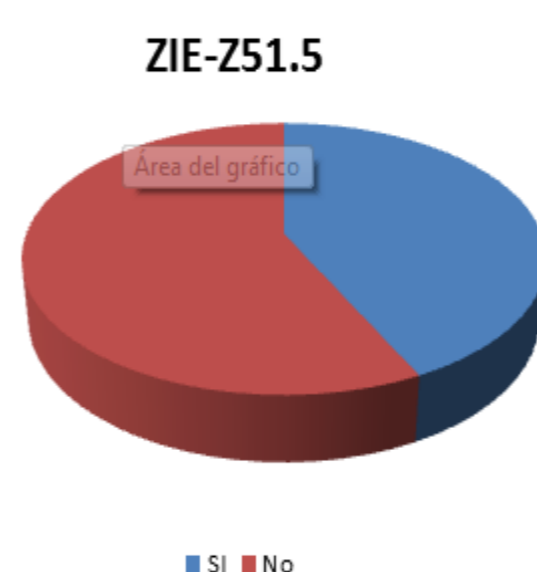
En el año 2021 se atendió en nuestro servicio 350 pacientes paliativos, que generaron 498 episodios.El 70,2% presentó 1 episodio de ingreso y el 29,7% más de 1 episodio . 60% eran varones.La estancia media fue de 7 días.

Se evitaron 4439 días de ingreso hospitalario.

El 56% se trataba de patología oncológica .



La alerta en la historia clínica de paciente con necesidades paliativas estaba registrada en el 74,3%.El 60,9% había sido HaD la que lo había registrado.En el 42,8% figuraba el CIE-Z51.5 El plan individualizado de atención al paciente (PIA) se había completado en el 41%.La cumplimentación del formulario NECPAL era del 15,1%. La escala para valoración complejidad IDC-pal figuraba en el 69,2%



• CONCLUSIONES:

Los pacientes con necesidades de cuidados paliativos suponen un porcentaje importantes de nuestros pacientes,siendo la hospitalización a domicilio un recurso adecuado , habiéndose evitado 4439 días de estancia de ingreso. Como área de mejora debemos de aumentar el uso de las herramientas con las que contamos .



REHABILITACIÓN EN FISIOTERAPIA DE PACIENTE AMPUTADO DE LA EXTREMIDAD INFERIOR EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO INTEGRAL

Martí R¹, Crespo N¹, Bautista V¹, Cano C¹, Monsó A¹, Sánchez I¹, Pérez LM^{1,2}, López JA¹, Inzitari M^{1,2}

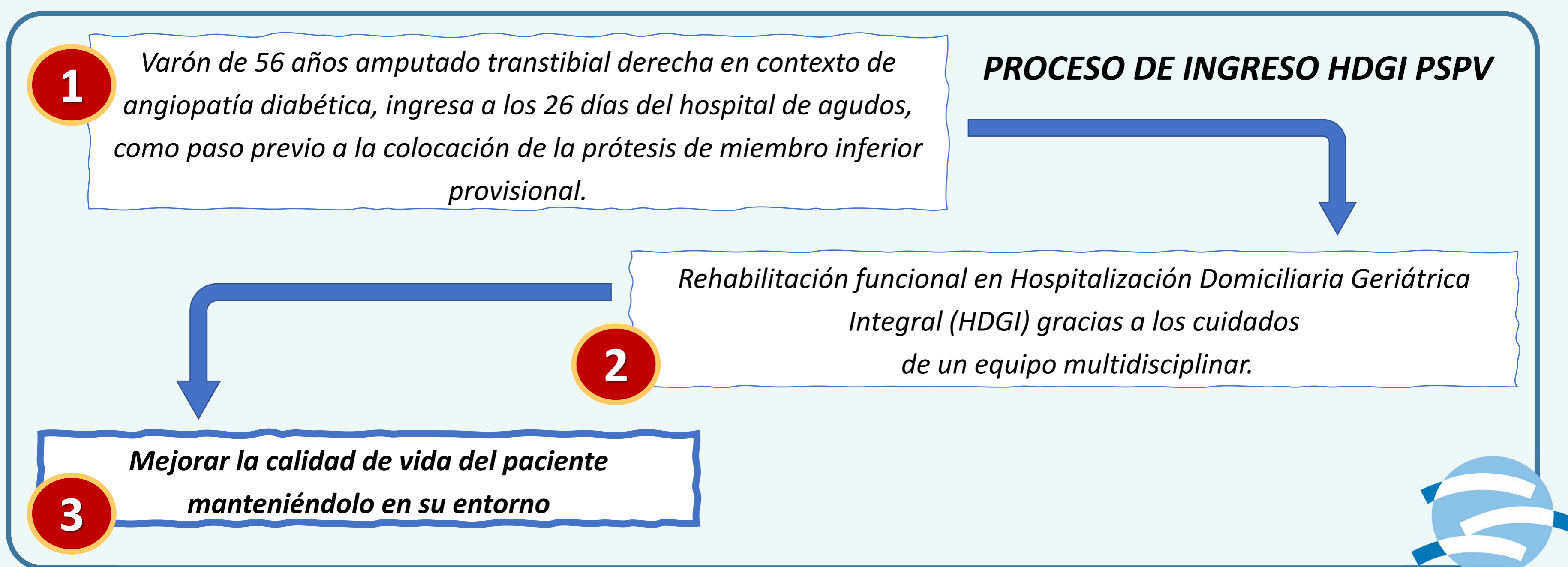
¹ Hospital de Atención Intermedia Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España. ²

2. Grupo de Investigación RE-FIT Barcelona. Instituto de Investigación Vall d'Hebrón y Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España

OBJETIVOS

- Ayudar en el proceso de protetización de m. inferior, desde la unidad de Hospitalización Domiciliaria Geriátrica Integral (HDGI)
- Mejorar la calidad de vida y la capacidad funcional dentro del entorno propio y con el soporte de un equipo multidisciplinar.

MATERIALES Y MÉTODOS



Plan de tratamiento

Durante TODO el ingreso

↑ concienciación corporal

↑ CORE

↑ ms. extensora de cadera y de rodilla

Educación sanitaria

Primeros 20 días

- Potenciar modelado del muñón (venda de crepe)
- Prevenir retracciones del psoas-ilíaco e isquiotibiales: Estiramientos, Correcta colocación del miembro inferior, Activación ms. antagonistas

Retirada de las grapas

Terapia manual en la cicatriz evitando adherencias.

A partir del 17º día

- Reeducación de la marcha con caminador articulado.
- Trabajo en máxima eficiencia energética

RESULTADOS

- Alta hospitalaria: 50 días
- Objetivos alcanzados:
 - Modelado del muñón correcto.
 - Grados de movimiento completos y posición de la EI conservada.
 - Deambulaci3n intradomiciliaria autónoma con caminador articulado (FAC 4).

CONCLUSIONES

- La atención de pacientes que han sufrido una amputación supracondílea, mediante ejercicio terapéutico y potenciación muscular es factible de realizar en la unidad de HDGI.
- La educación sanitaria es una parte importante en este tipo de paciente.
- El tratamiento en un entorno conocido ofrece una mayor sensación de bienestar.

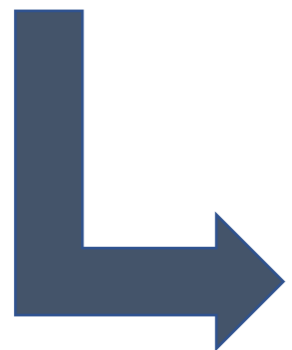


HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO, UNA ALTERNATIVA AL INGRESO CONVENCIONAL

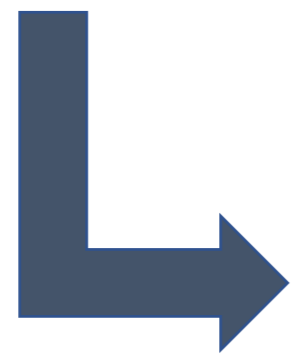
Engel Matas C¹, Mosquera Brea M¹, Romero Ruperto S¹, Llaneras Artigues J¹, Parra Rojas A¹, Vázquez Suárez A¹, Soriano Sánchez T¹, Alias Petralanda R¹, López Márquez M¹, Jiménez Moreno F¹

¹ Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona España

Hospitalización a Domicilio (HaD): Opción asistencial que proporciona en domicilio niveles de **diagnóstico, cuidados** y **tratamiento** equiparables a la hospitalización convencional.



Objetivo: Describir el perfil clínico del paciente que ingresa a la HaD desde urgencias y valorar la eficacia y seguridad en términos de evolución clínica.



Material y métodos:

- Estudio unicéntrico retrospectivo.
- Ingreso desde urgencias a HaD
- De enero a diciembre 2021
- Variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas.

RESULTADOS:

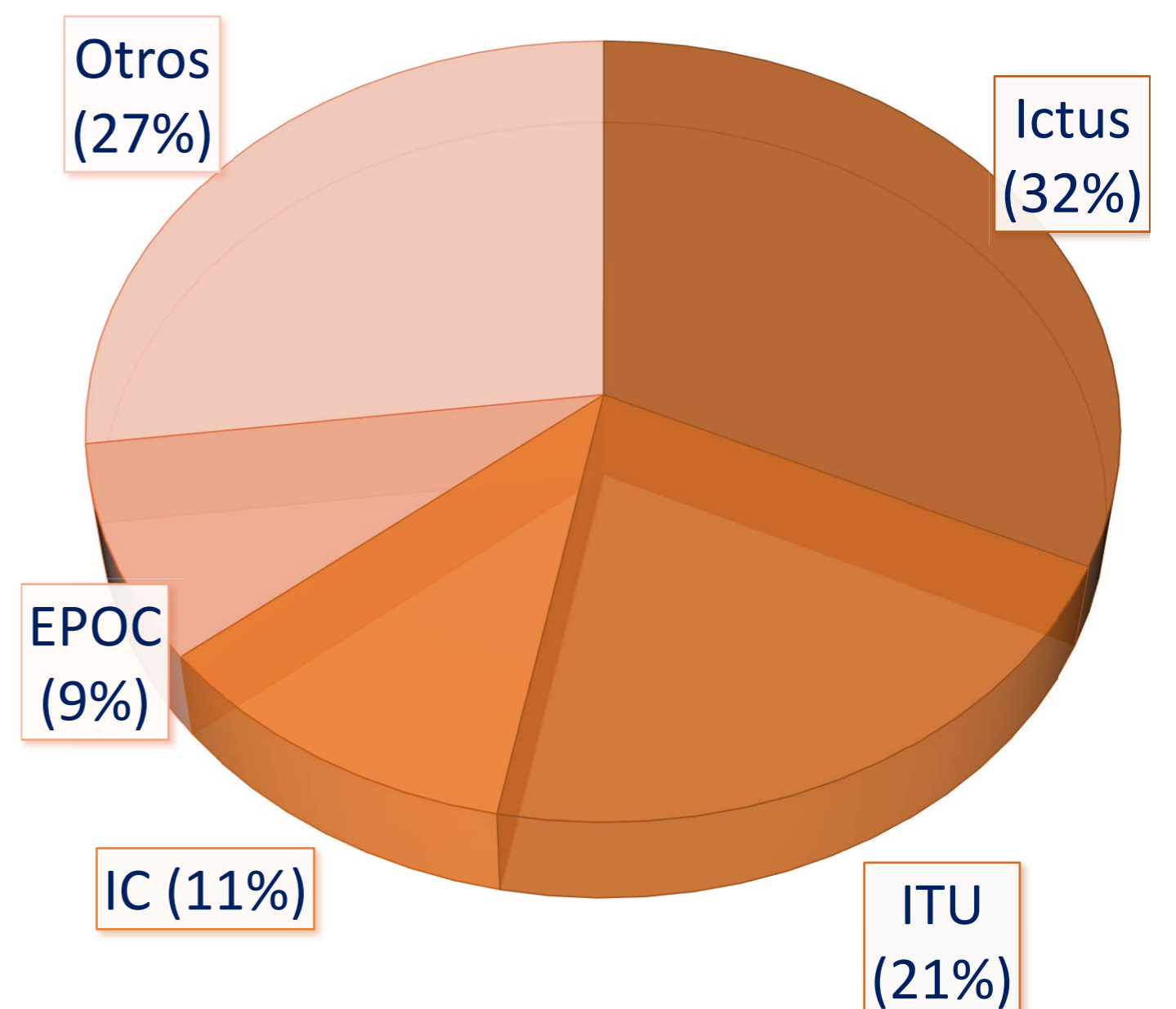
364 pacientes

Edad mediana: 80 años (IQR 69-87)

Género: 51% hombres, 49% mujeres

Estancia media: 8 días (6-13)

Estancia media según patología:
infecciosa (10 días) > respiratoria (9 días) > cardiológica (8 días)



Clasificación según patologías:

- 115 - Ictus
- 101 - Otros (patología abdominal, otras infecciones, anemia, final de vida...)
- 75 - Infecciones del tracto urinario (ITU)
- 40 - Descompensación insuficiencia cardíaca (IC)
- 33 - Agudización de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Reingreso: 19 pacientes (5%)



14 (3.8%) requiriendo ingreso hospitalario

Conclusiones: La HaD es una opción eficaz y segura, para aquel **paciente anciano frágil**, como alternativa a la hospitalización convencional, permitiendo un **manejo integral** de la **patología infecciosa, neurológica, cardíaca o respiratoria** en su hogar.



Hospitalización a domicilio

Osakidetza

! " # \$ % & ' () * + , - . : ; < = > ? @ A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z [\] ^ _ ` { | } ~ ¡ ¢ £ ¤ ¥ ¦ § ¨ © ª « ¬ ® ¯ ° ± ² ³ ´ µ ¶ · ¸ ¹ º » ¼ ½ ¾ ¿

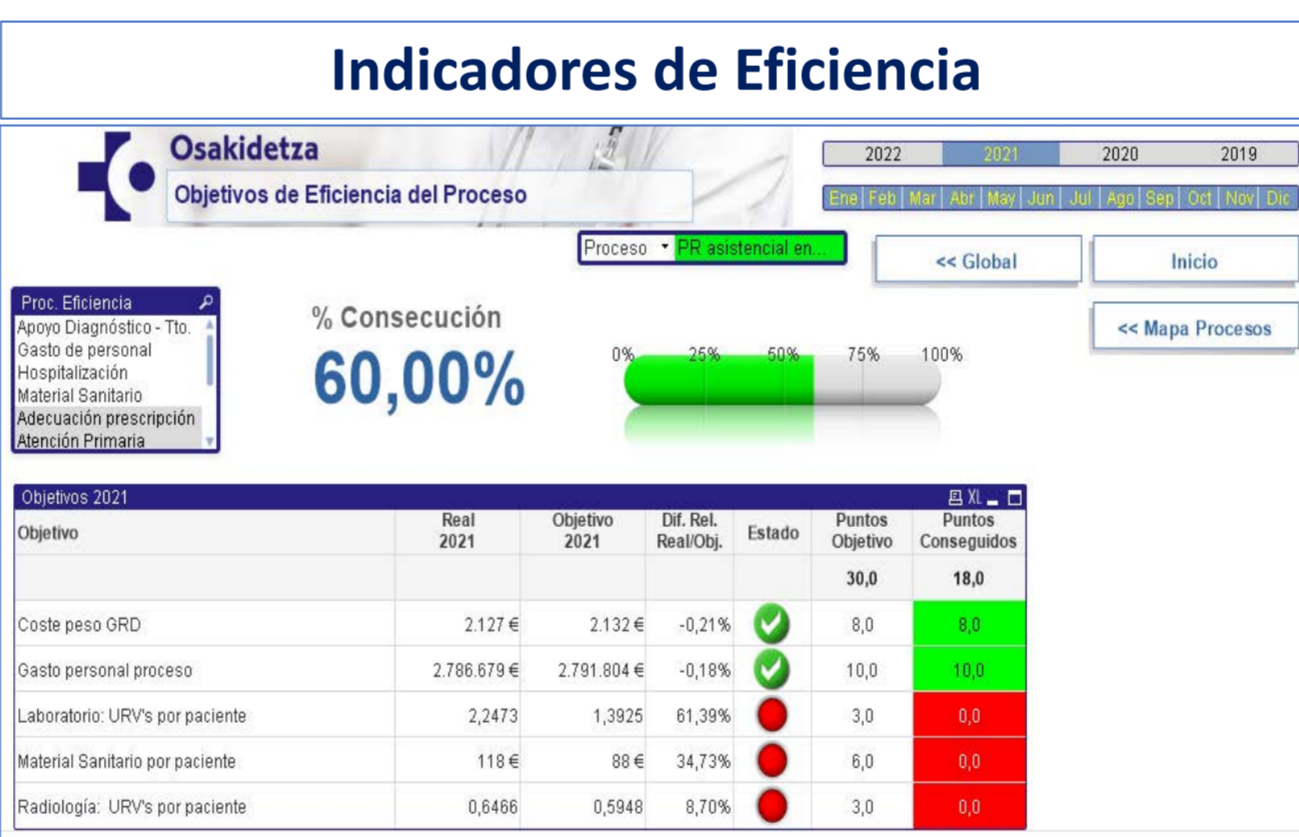
Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Bizkaia. OSI EEC

! " # \$ % & ' () * + , - . : ; < = > ? @ A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z [\] ^ _ ` { | } ~ ¡ ¢ £ ¤ ¥ ¦ § ¨ © ª « ¬ ® ¯ ° ± ² ³ ´ µ ¶ · ¸ ¹ º » ¼ ½ ¾ ¿

! " # \$ % & ' () * + , - . : ; < = > ? @ A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z [\] ^ _ ` { | } ~ ¡ ¢ £ ¤ ¥ ¦ § ¨ © ª « ¬ ® ¯ ° ± ² ³ ´ µ ¶ · ¸ ¹ º » ¼ ½ ¾ ¿

! " # \$ % & ' () * + , - . : ; < = > ? @ A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z [\] ^ _ ` { | } ~ ¡ ¢ £ ¤ ¥ ¦ § ¨ © ª « ¬ ® ¯ ° ± ² ³ ´ µ ¶ · ¸ ¹ º » ¼ ½ ¾ ¿

* \$ + , - % ! +



! " # \$ % & ' () * + , - . : ; < = > ? @ A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z [\] ^ _ ` { | } ~ ¡ ¢ £ ¤ ¥ ¦ § ¨ © ª « ¬ ® ¯ ° ± ² ³ ´ µ ¶ · ¸ ¹ º » ¼ ½ ¾ ¿



ENCUESTA TELEFÓNICA CON ÍNDICE NPS COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA Y DE MEJORA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO.

Rapela Freire A*, Segado Soriano A, Gómez García T, Toledo Samaniego N, Gallego Alonso-Colmenares M, Somoza Fernández G, Martín Higuera E, Ordieres Ortega L, Marcelo Ayala A, González Ramallo VJ.
Unidad de Hospitalización a Domicilio. *Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción:

Tradicionalmente se considera que la Hospitalización a Domicilio (HaD) es bien valorada por los pacientes y cuidadores. Sin embargo los estudios publicados no son muy numerosos y emplean diversas herramientas, la mayoría de ellas no validadas.

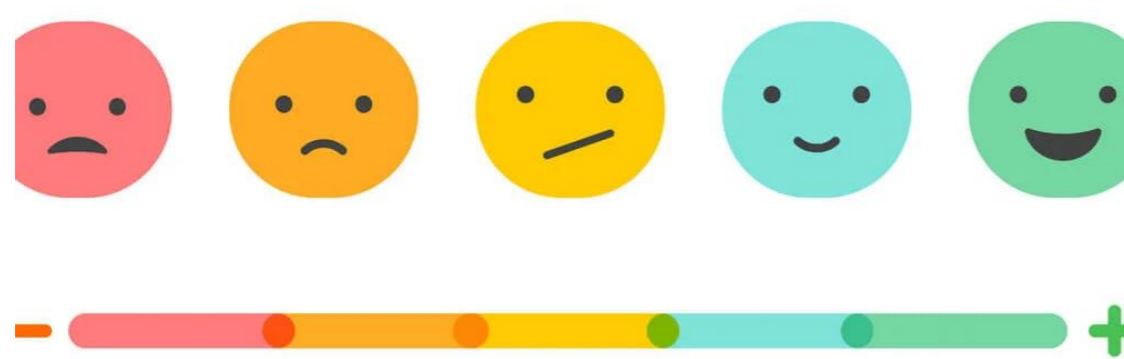
El índice Net Promoter Score (NPS) es un indicador de experiencia del cliente ampliamente utilizado para valorar un servicio en función de cociente entre los usuarios que lo recomendarían y los que no lo harían.

Objetivos:

Describir la calidad percibida por los pacientes atendidos en Hospitalización a Domicilio (HaD) en nuestro centro mediante una encuesta telefónica. Compararla con la calidad percibida en el global de hospitalización convencional.

Detectar posibles áreas de mejora en HaD.

Escala de Likert



Resultados:

Se obtuvieron 4.163 respuestas en hospitalización y 226 en HaD (tasa de respuesta 28,5%).

El 93,3% de las personas ingresadas en la UHD que respondieron se encontraban satisfechas o muy satisfechas.

El 69,1% valoraron la amabilidad y trato del personal con la máxima puntuación.

El NPS en HaD fue de 71,9. Este resultado supera significativamente al de hospitalización convencional global (64).

En las preguntas de respuesta abierta se detectaron dos áreas de mejora: la información recibida y la participación en la toma de decisiones.

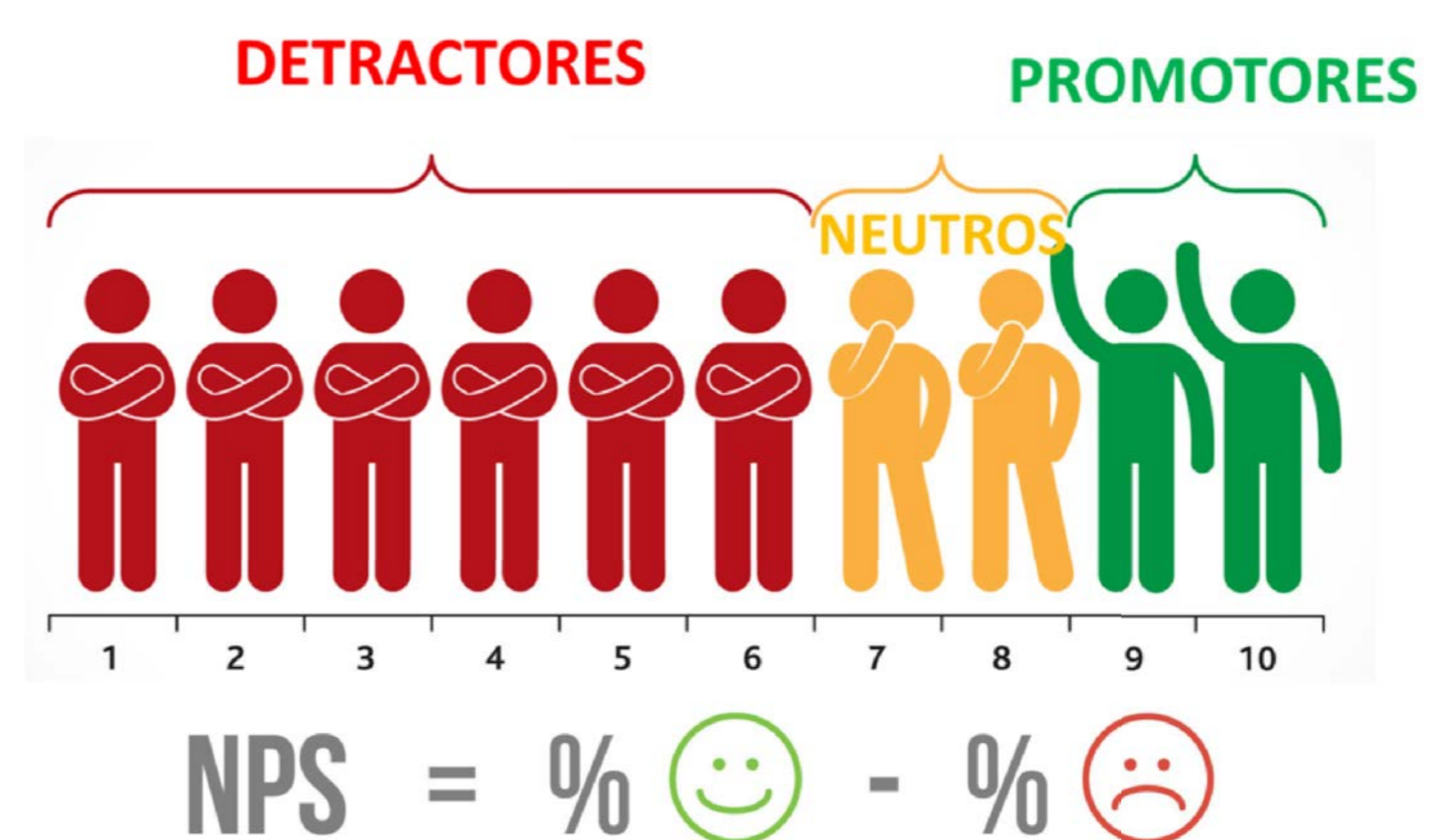
Material y métodos:

Estudio prospectivo comparativo realizado en pacientes atendidos en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón durante cinco meses (mayo- septiembre 2021).

Se envió un enlace SMS 24 horas tras cada episodio.

La encuesta utiliza preguntas de carácter cualitativo mediante un sistema de caras (escala de Likert). En ellas, el paciente puede expresar su opinión sobre diferentes aspectos relacionados con el episodio.

Algunas preguntas permiten una respuesta abierta.



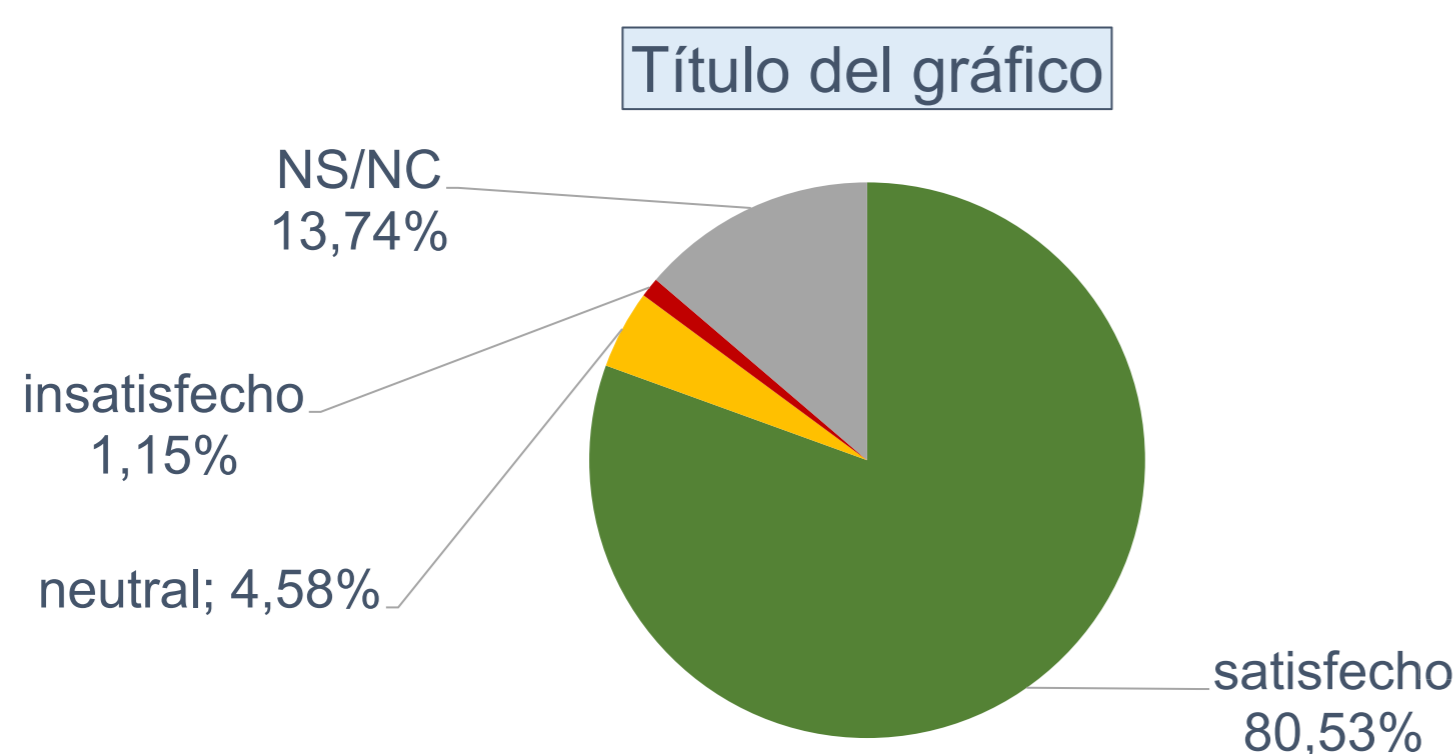
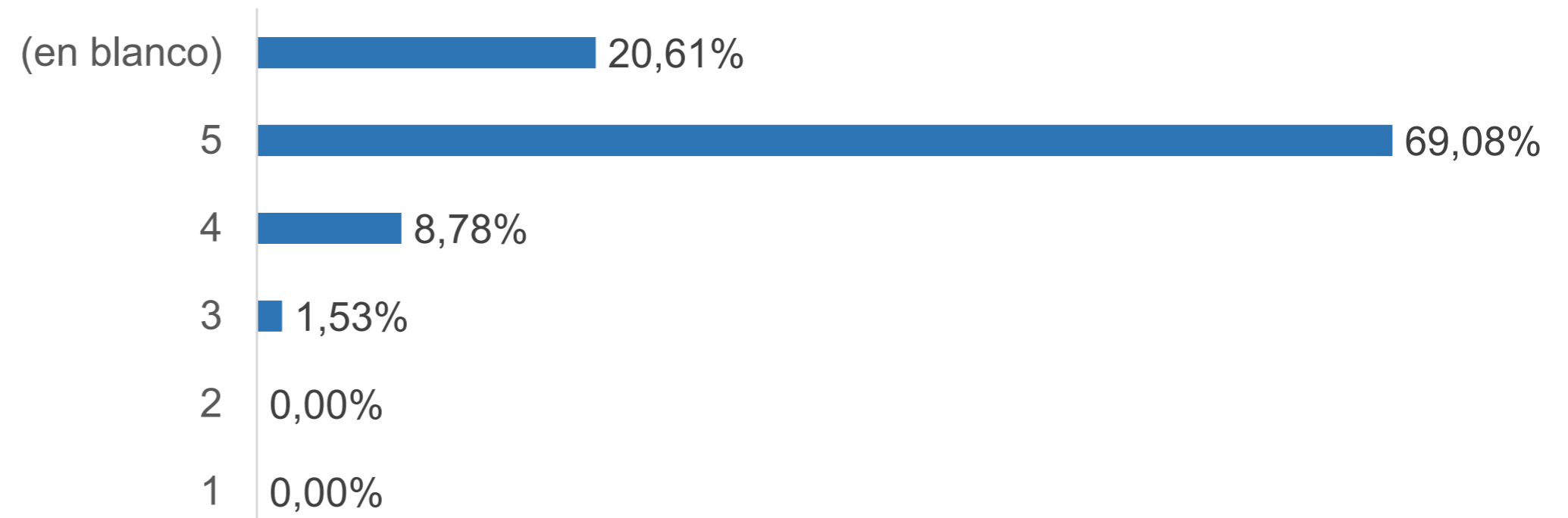
La pregunta que permite obtener el resultado NPS (Net Promoter Score) es: "En caso de necesitarlo, ¿con qué probabilidad nos recomendaría a un amigo o familiar?".

Su rango va de 1 a 10. Quienes responden 9 o 10 son considerados promotores; 7 u 8 neutros; igual o menor que 6, detractores.

El índice NPS es la diferencia entre promotores y detractores.

En nuestro centro consideramos: < 30 negativos; 30-49,9 mejorables; 50-79,9 positivos; ≥ 80 excelentes.

Valore el trato y la amabilidad del personal que le ha atendido



	n	NPS	Experiencia positiva
Hospitalización a Domicilio	226	71,9	93,3%
Hospitalización global	4.163	64	89,1%
Hospitalización adultos	2.211	56,6	86,3%
HGUGM global*	38.107	51,4	80,8%

* Incluye hospitalización, HaD, Urgencias y consultas externas

Conclusiones:

La HaD es una modalidad asistencial muy bien valorada por los pacientes y/o sus cuidadores.

Las encuestas telefónicas tras el alta de un episodio son una herramienta que permiten establecer comparaciones con otras modalidades de hospitalización en cuanto a la satisfacción de los usuarios.

Este análisis ha permitido a la Unidad identificar y llevar a cabo acciones de mejora que permiten seguir avanzando en el camino de la excelencia.



ATENCIÓN ESPECIALIZADA CONJUNTA EN UN ACTO ÚNICO EN PACIENTES REMITIDOS DESDE CIRUGÍA VASCULAR (CV) A HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD)



Autores: Ainara Larrazabal Arbaiza, Martín José Santiago Ayarza, Andima Basterretxea Ozamiz, Elena Pérez Zabala, Jon Isasi Otaolea, Begoña Vázquez Vizcaíno, Violeta Paniagua Moreno, Irune Bascones Minguez, Mainer Ruiz Barrio.

Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes con isquemia en las extremidades inferiores (EEII) con frecuencia se someten a procedimientos quirúrgicos de complejidad reseñable. Tras el alta hospitalaria desde Cirugía Vascular (CV), precisan de una atención especializada multidisciplinar, provocando ello múltiples visitas al hospital para ser valorados por diferentes especialistas. La atención conjunta en un acto único puede modificar la forma habitual de seguimiento en estos pacientes.

OBJETIVOS:

- 1- Reducir visitas al hospital tras el alta hospitalaria
- 2- Toma de decisiones conjunta en una misma visita entre todos los profesionales responsables del seguimiento

MATERIAL Y MÉTODO:

El año 2021 se inició la atención de estos pacientes en dos salas de curas de HAD, a las cuales acudían los especialistas correspondientes junto con el equipo de HAD, realizándose valoración conjunta del paciente, tomando así decisiones de forma multidisciplinar en función de la evolución.

RESULTADOS:



Número de pacientes: 35

♀ 14.28%

♂ 85.72%

Media Índice de Charlson: 3.31

Media edad: 66,65 años

Total de visitas:: 412

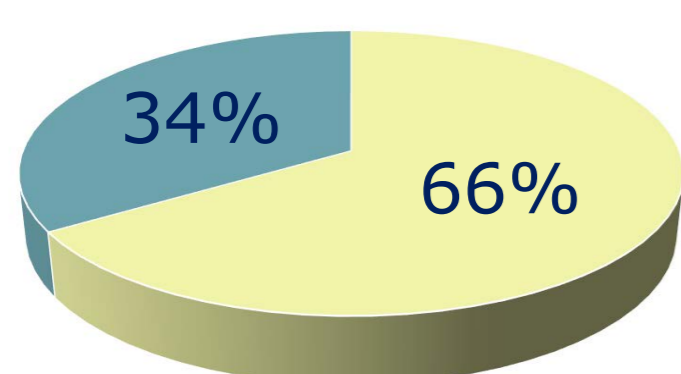
Diagnósticos principales	Número
Postoperatorio de revascularización de EEII	19
Postoperatorio de amputación	11
Isquemia crónica de EEII	4
Pie diabético	1

Tipo de cura	Número
Apósito antioxidante	30
Sistema de presión negativa tópica	1
Cura en ambiente húmedo	4

Seguimiento conjunto	Número
CV+HAD	22
CV+Enf. Infecciosas+HAD	8
CV+Cir.plástica+HAD	3
Enf. Infecciosas+HAD	1
CV+Cir.plástica+Enf. Infecciosas+HAD	1



Motivos de alta:



66%: alta a Consultas Externas de CV

34%: reingreso en el hospital

↳ 58.3%: reingresos programados

CONCLUSIONES:

La atención especializada en nuestras salas de curas en un acto único por diferentes especialistas de pacientes remitidos desde CV, ha permitido la toma de decisiones conjunta, reduciendo el número de traslados del paciente al hospital, quedando pendiente contabilizar el impacto económico y en la calidad de vida del paciente.



IMPLICACIÓN DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES PALIATIVOS

Iglesias Gallego M. ⁽¹⁾, Irurzun Zuazábal J. ⁽²⁾, García Martínez A. ⁽³⁾, Cereijo Quinteiro MJ ⁽³⁾, Arancibia Freixa I. ⁽⁴⁾

Hospital da Barbanza. Ribeira. A Coruña⁽¹⁾, Hospital de Cruces, Barakaldo- Bizkaia⁽²⁾, Hospital Universitario Lucus Augusti Lugo⁽³⁾

Hospital Universitari Mútua Terrassa, Barcelona⁽⁴⁾

En representación del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de la SEHAD

INTRODUCCIÓN: la cartera de servicios de HAD incluye la atención a pacientes paliativos complejos desde hace más de 30 años, aunque no de manera uniforme en todas las unidades (U).

OBJETIVO: conocer la implicación de los equipos de HAD en el seguimiento de los pacientes paliativos

MATERIAL Y MÉTODOS: encuesta online elaborada por el Grupo de Trabajo de Cuidados paliativos de la SEHAD, realizada durante el primer trimestre de 2021

RESULTADOS

Respondieron 48 hospitales; 44 atienden paliativos, de éstos, 28 respondieron a las preguntas adicionales.

-Años de antigüedad: 0-10 25%; 11-20 50%; 21-30 18%; > de 30 7% (Fig. 1).

-Media de enfermeras/Unidad: 8.04 (2-31); médicos/Unidad: 4.5 (1-12).

-Pacientes paliativos/año (p.p/año): 0-100: 7 Unidades. 101-500: 16 Unidades. >500: 5 Unidades (Fig. 2).

-% de pacientes paliativos (p.p) no oncológicos/ total pacientes paliativos (p.p) año: 0-10% 3 Unidades. 10-30% 8 Unidades. 30-50% 4 Unidades. > 50% 9 Unidades. Sin respuesta: 4 Unidades (Fig. 3).

-22(50%) Unidades coexisten con equipos específicos de CP.

-Reingresan en el hospital 11.2% de los pacientes. Fallecen en domicilio el 80,8%

-Cuentan con psicólogo en el equipo solo 8 unidades (18%)

Ante la entonces próxima aprobación de la ley de eutanasia:

- 23/28 (82.1%) opinaron que HAD va a tener un papel destacable.

- Es unánime la necesidad de formación en todos los aspectos de la implantación de la ley

Fig. 1. Antigüedad de las Unidades (años)

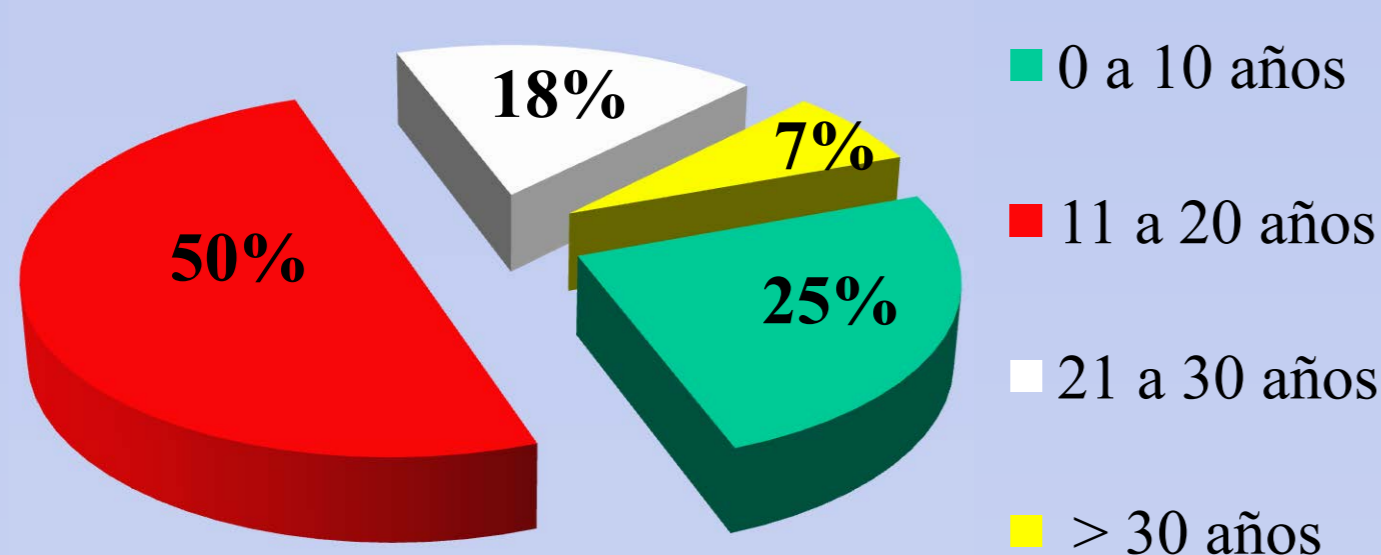


Fig. 2. P.p/año atendidos por las Unidades

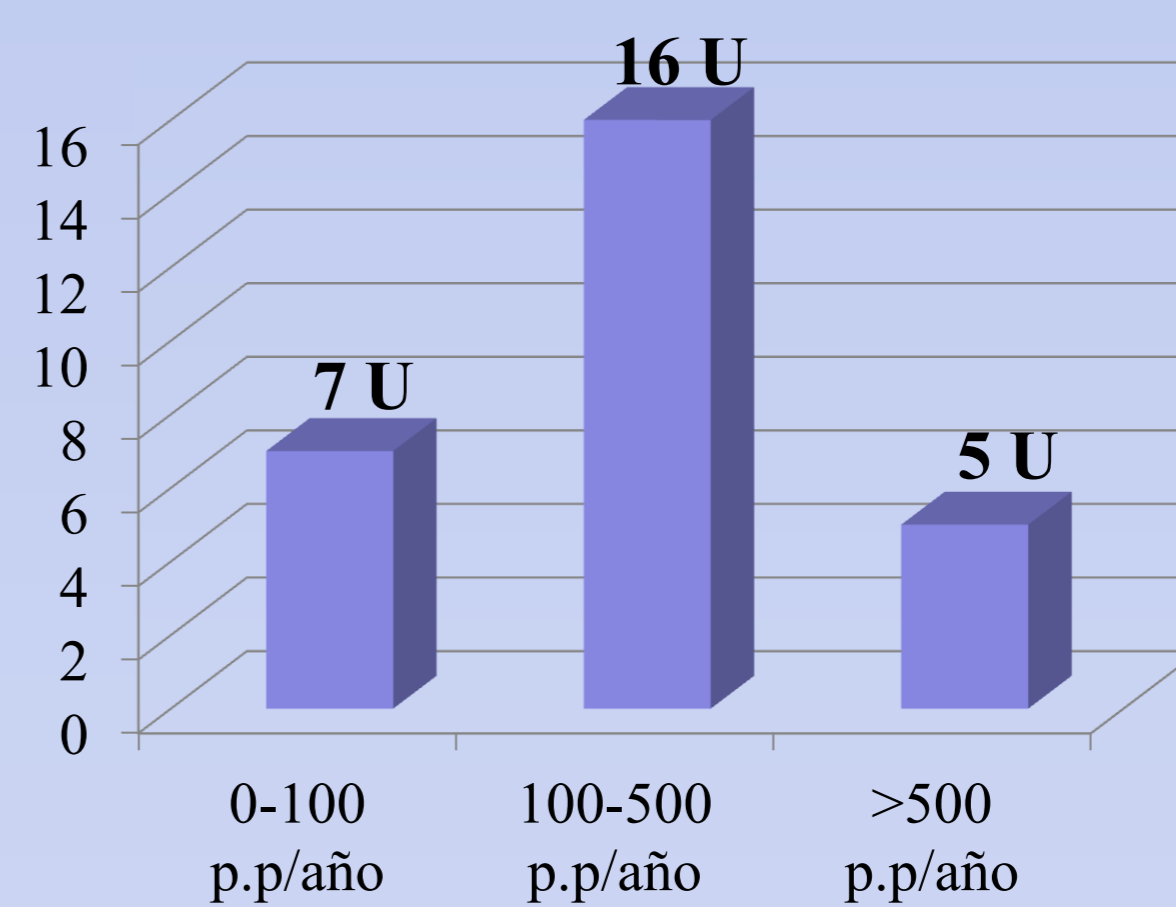
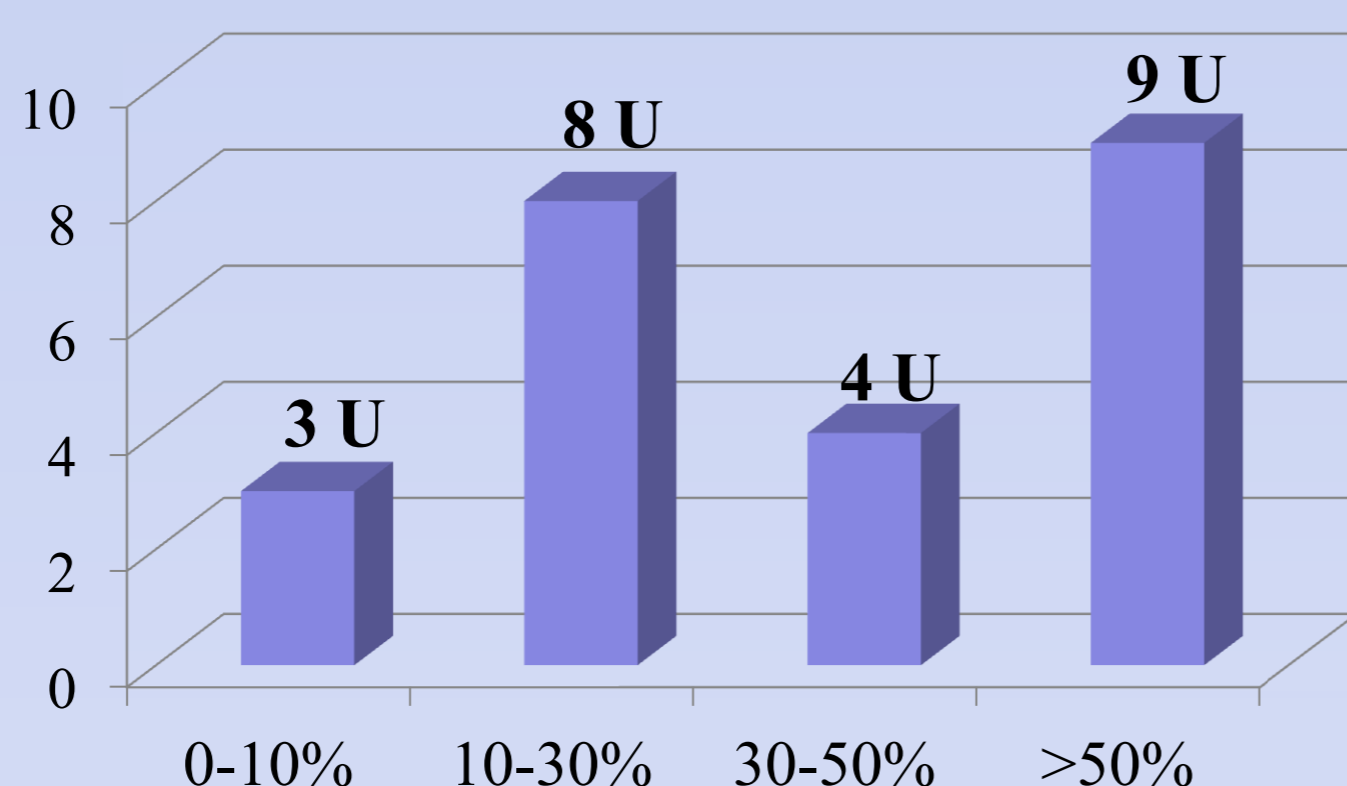


Fig. 3. % p.p. no oncológicos/total de p.p. año



CONCLUSIONES:

-La atención a pacientes paliativos complejos se presta en Unidades de todas las dimensiones, y puede coexistir con equipos específicos de Cuidados Paliativos

-Un elevado porcentaje de las unidades atiende a más de 100 pacientes paliativos/año

-Los pacientes no oncológicos suponen una parte importante de los que requieren atención paliativa

-La mayoría de los pacientes paliativos atendidos por HAD fallecen en su domicilio

-Pocas unidades cuentan con apoyo psicológico especializado

-La ley de Eutanasia supone incertidumbre respecto al papel de HAD y se requiere formación



ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DURANTE LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA POR COVID-19. Dres. R. Pinuaga, J.L. Fraile, L. Cano, V. de la Cuesta, V. Vilchez, Z. Jimenez, F. Ferrere, C. Bibiano, M. Mir

Introducción: La Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD) del Hospital infanta Leonor de Madrid atendió al inicio de la primera ola de la pandemia por el SARS-COV2 a pacientes con coronavirus. Para ello se elaboraron criterios de selección específicos para dicha patología.

Objetivos: Describir las características de los pacientes con COVID ingresados en la UHAD y valorar si ésta se plantea como alternativa segura a la hospitalización convencional en estos pacientes

Material y Métodos: Pacientes hospitalizados en la Unidad de Hospitalización a Domicilio con diagnóstico de sospecha o confirmado de COVID-19 entre el 01 de Marzo de 2020 al 15 de Mayo de 2020.

Dx SOSPECHA
Infección respiratoria
+ Patrón radiológico compatible y/o datos de laboratorio de respuesta inflamatoria

Dx CONFIRMADO
Resultado positivo en la RT-PCR para SARS-CoV-2

Criterios Generales: De acuerdo con los niveles de gravedad establecidos, solo serán susceptibles de traslado los pacientes con enfermedad no complicada o neumonía leve al ingreso. El resto de pacientes clasificados como graves habrán de ser reevaluados para confirmar la mejoría del proceso inicial y descartar situaciones de potencial gravedad. No será excluyente que el paciente tenga una comorbilidad asociada grave siempre y cuando está bien controlada. El tratamiento con nebulizaciones será un criterio de exclusión. El tratamiento con fluidoterapia será un criterio de exclusión

- Diagnóstico de infección por COVID-19 con clínica compatible (infección respiratoria con o sin insuficiencia respiratoria o neumonía)
- Diagnóstico radiológico: patrón radiológico compatible (neumonía bilateral, neumonía intersticial o infiltrados parcheados).
- Comorbilidad controlable en el domicilio.
- Necesidad de cuidados de rango hospitalario por su complejidad o intensidad.
- Ausencia de contraindicaciones: patología psiquiátrica descompensada, alcoholismo activo o inestabilidad hemodinámica

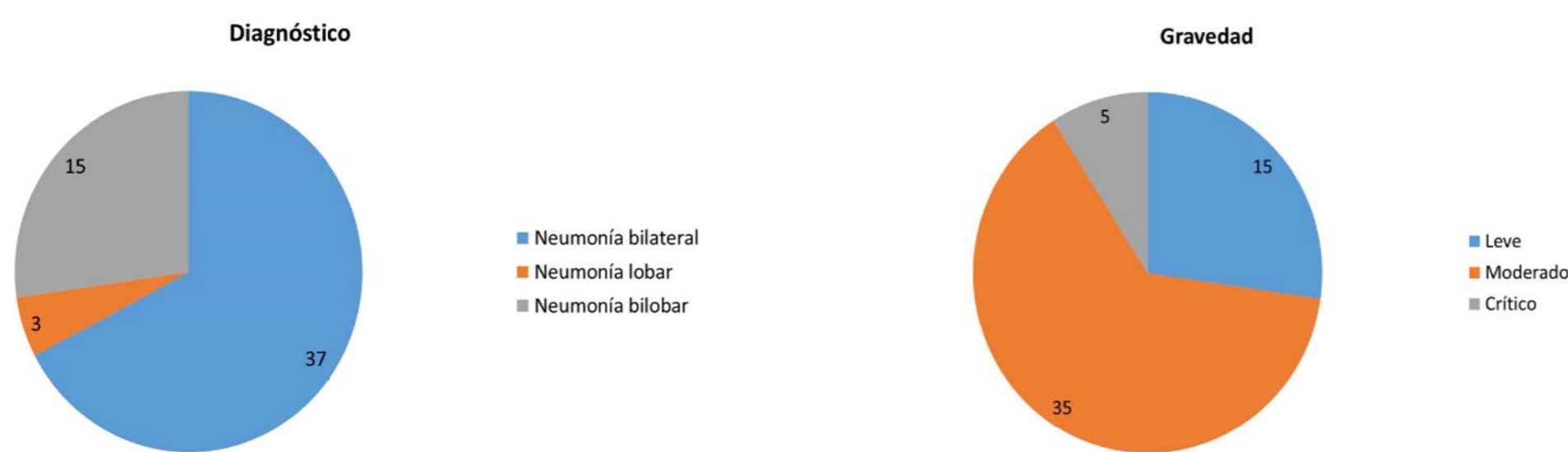
Estabilidad clínica: Se precisan al menos 5 días de ingreso con buena evolución y sin complicaciones para considerar el traslado en condiciones de seguridad. Se han de cumplir los siguientes criterios clínicos

- Sensación subjetiva de mejoría
- Mejoría de la sensación de disnea
- Ausencia de vómitos o diarrea
- Ausencia de fiebre ($T^a < 37^a$ en las últimas 48h)
- Ausencia de inestabilidad hemodinámica (TA > 100/60, FC 60-90lpm, FR < 20rpm)
- $pO_2 \geq 65$ o sat $O_2 > 94\%$ con O_2 a un flujo ≤ 3 lpm con GN
- $pCO_2 < 55$
- pCO_2 55-65 sin datos de encefalopatía
- $pH \geq 7,35$
- Buen nivel de conciencia

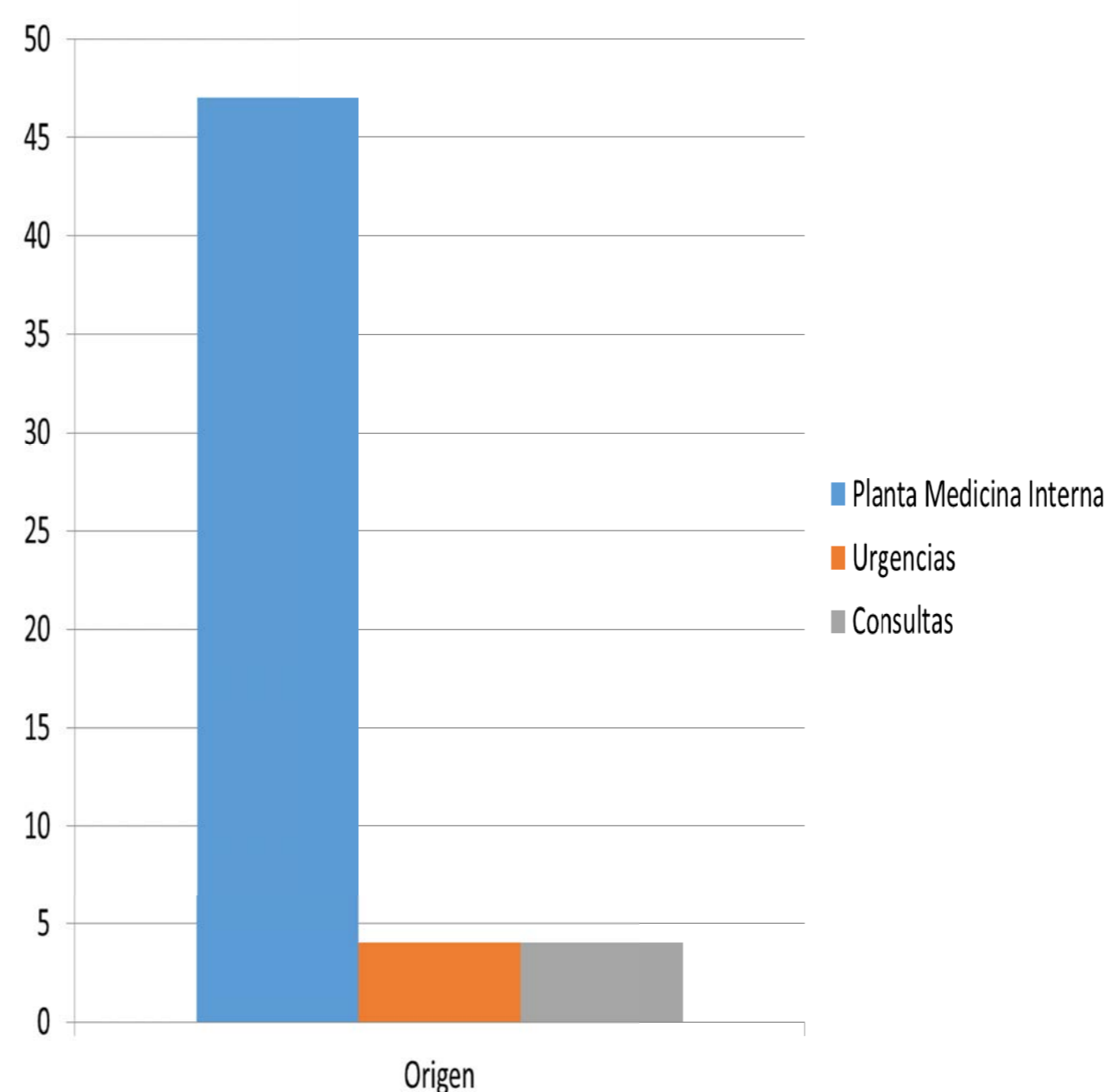
Evolución radiológica: Se requiere de al menos un control radiológico respecto a la placa de ingreso que cumpla los siguientes aspectos

- No empeoramiento radiológico
- Ausencia de derrame pleural significativo

RESULTADOS



EDAD	n=55
<50 años	16.4 % (9)
50-59	20 % (11)
60-69	25.4 % (14)
70-79	9.1 % (5)
80-89	25.4 % (14)
>90	3.7 % (2)
Charlson	n=55
0-2	47.3% (26)
3-4	20 % (11)
5-6	18.2 % (10)
>6	14.5 % (8)
Síntomas al inicio	n=55
Tos	73.6 % (30)
Fiebre	79.2 % (32)
Disnea	54.7 % (23)
SintGI	22.6 % (9)
Mialgias	13.8 % (6)
Astenia	17.8 % (7)
Odinofagia	10.3 % (5)
Anosmia/ageusia	7.5 % (3)



Necesidad O2	n=55
No	38.2% (21)
GN ≤ 2 litros	43.6% (24)
GN > 2 litros	18.2% (10)
Linfopenia	
<500	3.6% (2)
500-1000	36.4% (20)
1000-1500	29.1% (16)
No consta	30.9% (17)
D-Dímero	
<1000	60.5% (26)
>1000	39.5% (17)
No consta	21.8% (12)
PCR	
<50	76,4% (42)
50-100	18,2% (10)
>100	5.4% (3)

Los pacientes que ingresaron desde la planta o desde urgencias permanecieron una mediana de 8 días (RIQ 1-37) en el hospital antes del ingreso en la UHAD. Durante el ingreso en HAD hubo que trasladar de nuevo al hospital para ingreso convencional a 5 (9.1%) de los 55 pacientes ingresados por empeoramiento clínico

Conclusiones: En casos bien seleccionados mediante criterios de ingreso establecidos, la UHAD se plantea como alternativa segura a la hospitalización convencional. Es clave garantizar una adecuada selección de estos pacientes y disponer de un equipo experimentado.



CASO CLÍNICO. TRATAMIENTO DE LA HERIDA COMPLEJA TRAS AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA CON APÓSITO ANTIOXIDANTE Reoxcare®

I. Bernaola Sagardui, A. Oregui Apraiz, M. Acauso Fernández, I. Ocio García, N. Blanco Gómez, O. Gómez Fernández, E. Soto Nieto, C. Souto Castro, A. Basterretxea Ozamiz, J. Vigiola Toña.

Hospitalización a Domicilio. OSI Ezkerraldea-Enkarterri Cruces. Hospital Universitario Cruces, Bizkaia.

Introducción y objetivos:

El cuidado de la herida compleja tras una amputación quirúrgica en la extremidad inferior supone un reto para la enfermería, tanto por su complejidad como por la carga de trabajo que ello supone. La patología vascular de estos pacientes conlleva una vigilancia estrecha de la lesión y las extremidades por la fragilidad asociada a la problemática vascular. El objetivo es mostrar la efectividad de la cura de la herida compleja con apósito antioxidante Reoxcare®.

Material y métodos:

Descripción de dos casos clínicos: varones con patología vascular que precisan amputación a diferentes niveles de la extremidad inferior. En ambos casos se les realiza una amputación menor que complica el cierre por primera intención, presentando ambos casos, heridas complejas sin solución de continuidad que se curan con apósito antioxidante Reoxcare®. Se revisa la historia clínica y se valora su evolución.

Paciente 1.



Foto 1. 16/02/2022. A Oregui



Foto 2. 23/03/2022. A Oregui



Foto 3. 27/07/2022. S. Brizuela

Resultados:

El uso del apósito antioxidante Reoxcare® demostró la favorable evolución clínica de las heridas no presentando complicaciones.

Paciente 2.



Foto 1. 14/06/2022. A. Herbosa



Foto 2. 16/09/2022. I Bernaola



Foto 3. 13/10/2022. A. Herbosa

Conclusiones:

El tratamiento con apósito antioxidante Reoxcare® de las heridas complejas en pacientes con amputación quirúrgica y patología vascular asociada, es un procedimiento que ha demostrado ser seguro y adecuado para la curación de dichas lesiones. Este tipo de cura favorece y acelera la creación de nuevo tejido.



CASO CLÍNICO.

DÍA A DÍA EN EL DOMICILIO CON CURA DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

Autoras: L. Castillo, M. Puig, MJ. Navarro, M. Carbonell, M. Torrens, A. Navarro. Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD) de Althaia. Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, FP. Manresa (Barcelona)

Introducción

Nuestra UHaD, pertenece al Hospital San Juan de Dios, Fundación Althaia. Ubicado en Manresa, Barcelona.

Tratamos pacientes agudos y crónicos de los cuales muchos necesitan curas complejas y especializadas. Es sabido que tratar las heridas mediante cura en ambiente húmedo (CAH) presenta numerosas ventajas frente a la cura seca, entre ellas mejorar el proceso de cicatrización.

En los últimos años, la aplicación de terapias avanzadas como la terapia de presión negativa (TPN) han supuesto un antes y un después en la cura de heridas complejas.

Se presenta el caso clínico de un paciente ingresado en UHaD que precisa curas especializadas con TPN.

Objetivos:

- Demostrar que la UHaD es una modalidad de hospitalización segura y eficiente.
- Capacitar al paciente para un buen control del dolor en su domicilio.
- Analizar el grado de satisfacción respecto a la recuperación y calidad de vida.

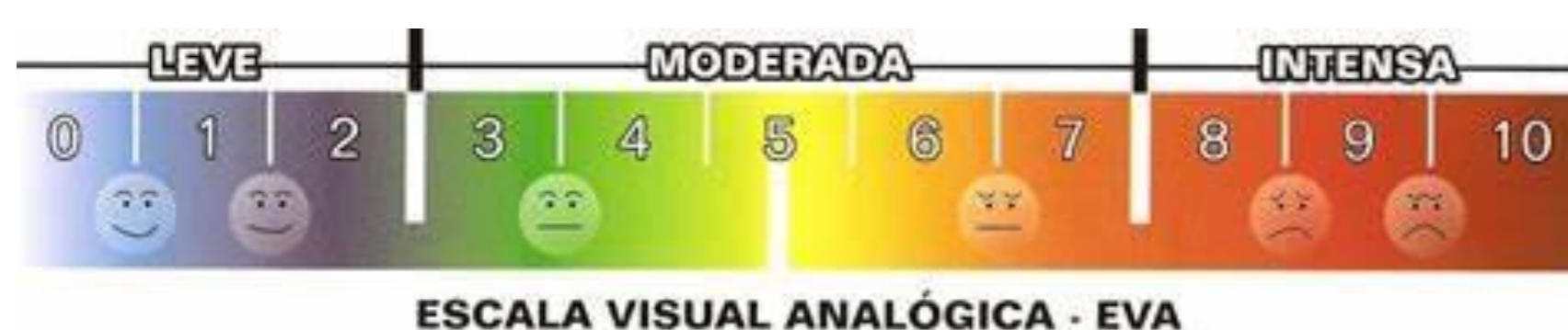
Material y métodos

- Visitas a domicilio para realizar las curas con TPN por el equipo de UHaD.
- Aplicación de herramientas para el control y seguimiento de la evolución como fotografías de la herida, Escala Visual Analógica, citaciones con equipo experto en curas y encuesta de satisfacción.

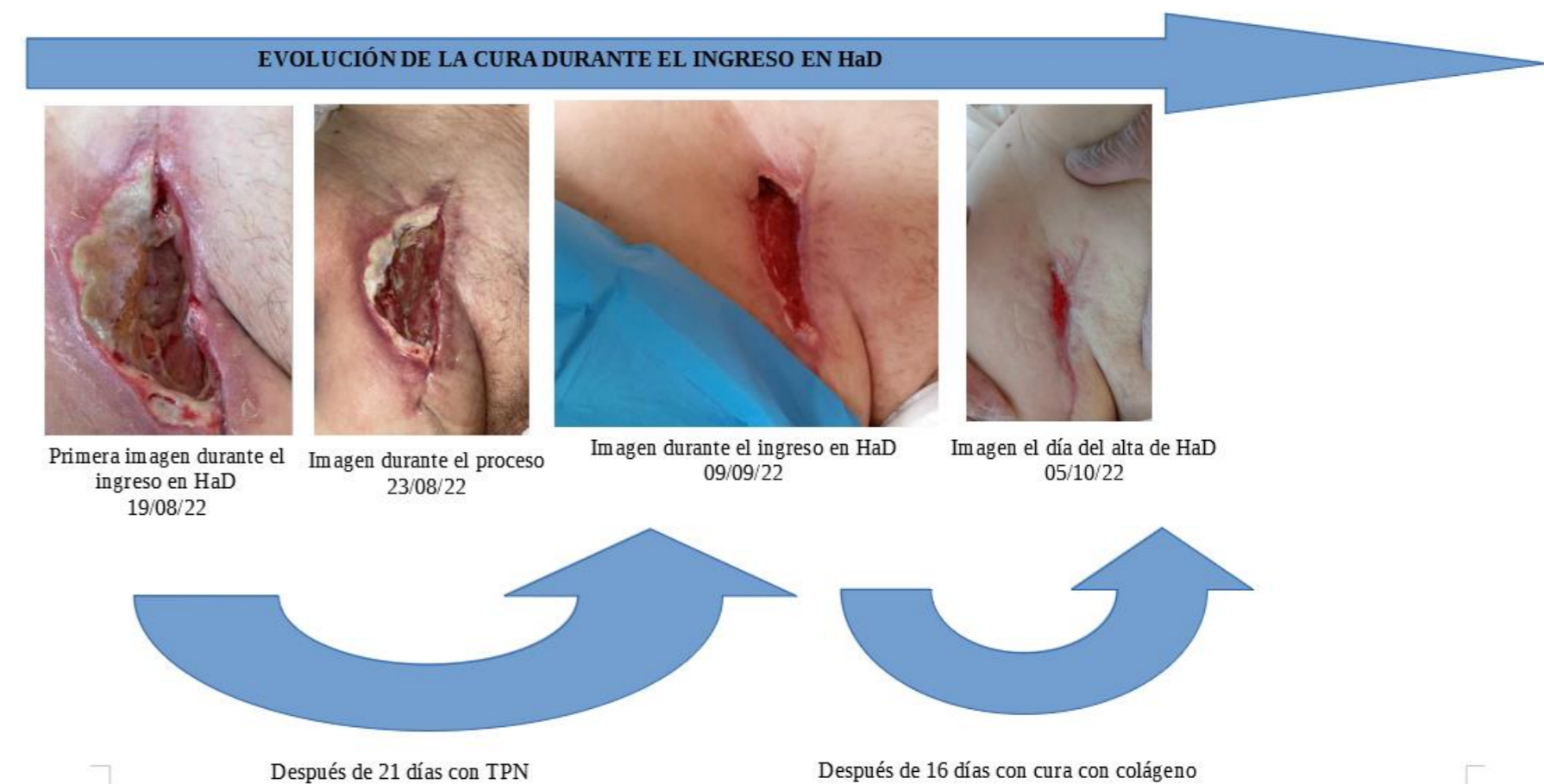
Resultados

El ingreso a domicilio ha sido seguro no habiendo presentado el paciente ninguna complicación ni efecto adverso.

El paciente presentó buen control del dolor con EVA < a 3 en las determinaciones que se le hacían en las visitas.

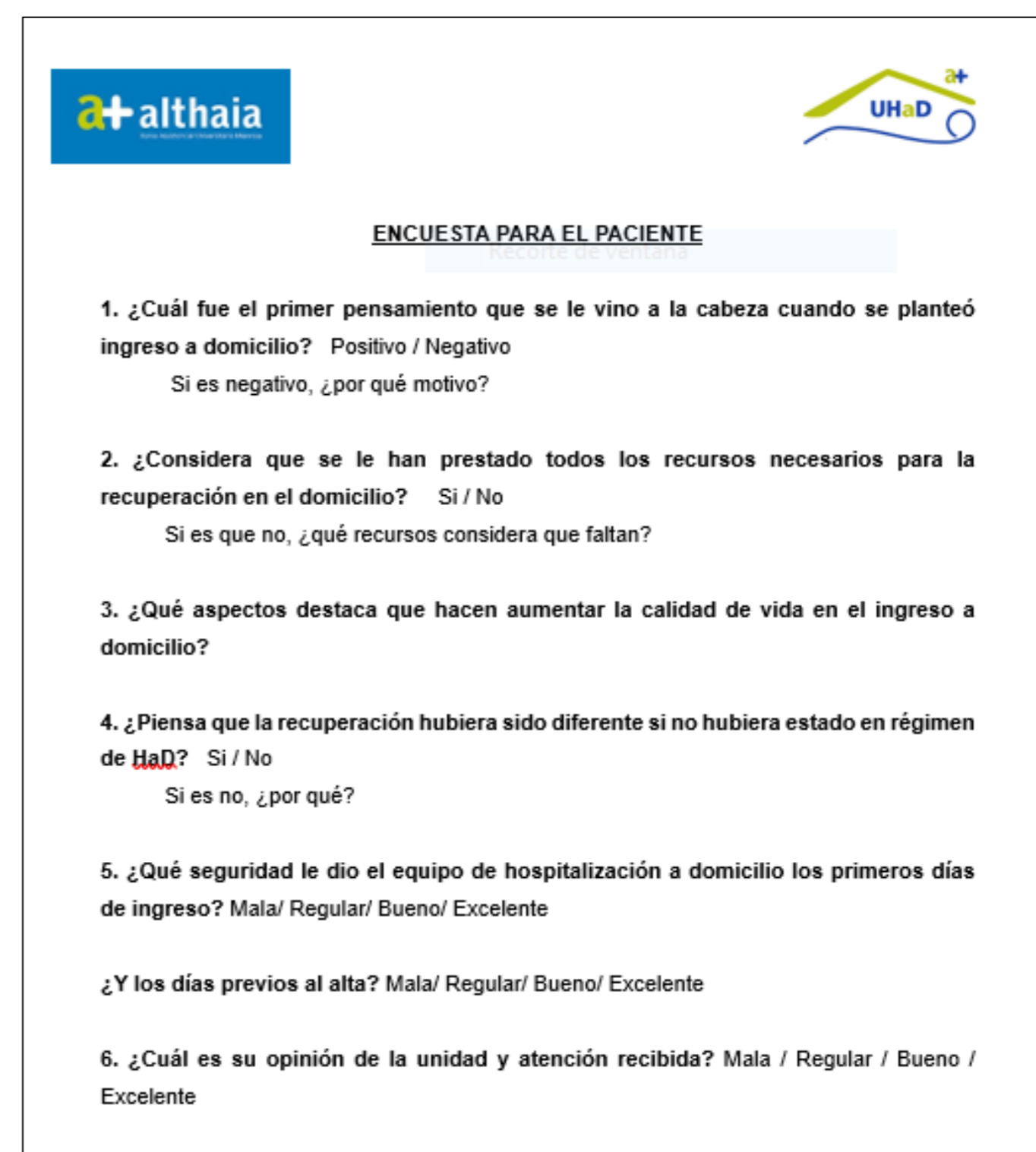


Evolución favorable de la herida constatada con soporte fotográfico reflejando la eficiencia de las curas aplicadas.



En la encuesta de satisfacción que se le realizó al paciente días previos a alta, se obtuvieron resultados favorables. El paciente volvería a ingresar en nuestra unidad si fuera necesario ya que todos los ítems de la encuesta los valoró en el más alto rango.

Además, hizo llegar una nota de agradecimiento a la unidad de atención al usuario.



ENCUESTA PARA EL PACIENTE

1. ¿Cuál fue el primer pensamiento que se le vino a la cabeza cuando se planteó ingreso a domicilio? Positivo / Negativo
Si es negativo, ¿por qué motivo?
2. ¿Considera que se le han prestado todos los recursos necesarios para la recuperación en el domicilio? Si / No
Si es que no, ¿qué recursos considera que faltan?
3. ¿Qué aspectos destaca que hacen aumentar la calidad de vida en el ingreso a domicilio?
4. ¿Piensa que la recuperación hubiera sido diferente si no hubiera estado en régimen de HaD? Si / No
Si es no, ¿por qué?
5. ¿Qué seguridad le dio el equipo de hospitalización a domicilio los primeros días de ingreso? Mala/ Regular/ Bueno/ Excelente
¿Y los días previos al alta? Mala/ Regular/ Bueno/ Excelente
6. ¿Cuál es su opinión de la unidad y atención recibida? Mala / Regular / Bueno / Excelente

Conclusiones

UHAD es eficaz y segura respecto a una hospitalización convencional evitando riesgos de la hospitalización como infecciones nosocomiales, deterioro nutricional, desorientación, etc.

La evolución favorable del paciente se basa en el trabajo multidisciplinar y el empoderamiento de éste en su proceso.

La TPN a contribuido a acelerar el proceso de cicatrización.



MANEJO DE PACIENTES NEUROMUSCULARES Y VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN DOMICILIO

C. Sánchez Fernández, A. Marcelo Ayala, E. Martín Higuera, G. Somoza Fernández, M. Carrasco González, V. González Ramallo, D.E. López-Padilla, T. Gómez García.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción

La debilidad de los músculos respiratorios es común en pacientes con enfermedades neuromusculares (ENM), conllevando al desarrollo de insuficiencia respiratoria crónica. La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) ha demostrado prolongar su supervivencia y calidad de vida. La Hospitalización a Domicilio (HaD), tras la pandemia del SARS CoV2, ha asumido en parte la adaptación y revisión de estas terapias.

Objetivos

Describir y analizar la actividad del servicio de HaD en el año 2021 en el manejo de pacientes con ENM y VMNI.

Material y métodos

Registramos datos clínicos, características de ingreso, pruebas complementarias y ajustes requeridos.

Resultados

Se recogieron diversos datos clínicos de 17 pacientes con ENM y VMNI, con un total de 28 episodios clínicos. 13 de estos pacientes tenían diagnóstico de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), 2 de distrofia de Duchenne y 2 de Enfermedad de Steinert. En estos:

Se realizaron tres tipos de ingreso en nuestras unidades:

- Inicio de VMNI: en 4 de ellos dada afectación clínica y debido a criterios funcionales (FVC (capacidad vital forzada) <50% o caída FVC en decúbito).
 - Duración de ingreso medio de 6,7 días.
- Seguimiento tras ingreso en Unidad de cuidados intermedios respiratorios: 10 pacientes
 - Duración de ingreso medio de 9,6 días.
- Revisiones programadas: 14 revisiones en grandes dependientes con imposible movilización.
 - Ingreso medio 2,25 días.

En 4 de ellos HaD permitió el enlace con paliativos de área tras adiestrar al cuidador en distintos dispositivos.

Durante dichos ingresos:

- Se realizaron diversas intervenciones: cambio de interfaz, cambio de ventilador, ajuste de aerosolterapia, aspiración de secreciones, decisión de realización de PEG, inicio/ajuste de asistente de la tos.
- No se detectaron problemas de tolerancia, con cumplimiento mayor a 8 horas.
- Destaca hipercapnia residual (pCO₂ de 45-50mmHg) en 3 pacientes.
- La descarga de software muestra de media:

IPAP	EPAP	Frecuencia respiratoria	Fuga	Volumen corriente
14 cmH ₂ O	6 cmH ₂ O	18 rpm	28ml	400ml

- La poligrafía bajo ventilación resulta compleja, realizándose en 3 pacientes.
- En el 35% se requirieron ajuste de parámetros en la VMNI.
- 9 pacientes reingresaron en un promedio tras el alta de 6,14 meses, mayoritariamente por neumonía broncoaspirativa.

Conclusión

La HaD permite iniciar y revisar pacientes en VMNI de forma segura así como enlazar con servicios de paliativos tras el adiestramiento.



FISIOTERAPIA



Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

www.congreso-sehad.com



ADMINISTRACIÓN DE CEFIDEROCOL EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Delgado Mejía, Elena¹; Torres del Pliego, Elisa¹; Asensio Rodríguez, Javier¹; Acosta Jiménez, Isabel; ¹ Fiol Durán, Blanca Dulce¹; Company Tormo, Maria José¹; Sánchez García, Justo¹; del Río Vizoso, Manuel¹.

1. Unidad de Hospitalización a domicilio, Hospital Universitari Son Espases, Palma.

Objetivos: Describir la logística de la unidad de HAD del Hospital Son Espases y Son Llätzer en relación al tratamiento con cefiderocol.



Material y método: El cefiderocol es una cefalosporina siderófora indicada para el tratamiento de infecciones debidas a microorganismos gramnegativos aerobios en adultos con opciones terapéuticas limitadas. Se administra mediante perfusión endovenosa durante 3 horas. Se ha demostrado la estabilidad química, microbiológica y física durante el uso tras la dilución durante 6 horas a 25°C y durante 24 horas a entre 2 y 8°C protegida de la luz, más 6 horas a 25°C. Esta estabilidad clínica condiciona la organización habitual de la unidad de HAD; para poder llevarlo a cabo ha sido necesario realizar docencia de administración del fármaco al familiar.

Antes de las visitas domiciliarias se preparan 3 perfusiones iguales de Cefiderocol 2gr en 100cc de suero fisiológico y posteriormente se transportan en nevera sin romper cadena de frío, introduciéndolas en la nevera del domicilio al llegar. Treinta minutos antes de la administración del fármaco el familiar saca la medicación correspondiente de la nevera para atemperar, conectándola en la bomba de infusión electrónica (CADD Solis®) a la hora programada, repitiendo el procedimiento cada 8 horas.

Resultados: La paciente se ha podido beneficiar del ingreso en HAD recibiendo tratamiento adecuado a su patología gracias a la modificación de la logística habitual en HAD y a la realización de docencia del familiar para su administración, con el objetivo de no romper la cadena de frío del fármaco. Si no se hubiese realizado docencia al familiar y adecuado la logística de la unidad de HAD, la paciente hubiese permanecido ingresada en el hospital la duración del tratamiento (8 semanas).

Conclusión: En determinados casos en los que los fármacos no son estables 24 horas y hay un adecuado soporte social es posible plantear realizar docencia al familiar para la administración del fármaco a fin de que el paciente pueda ingresar en HAD.



TELEMONITORIZACIÓN DEL PACIENTE EN VENTILACIÓN MECÁNICA

Katia Vanessa Cantarini; Heloisa Amaral Gaspar; Cláudio Flauzino de Oliveira; Rosineide Pereira Sanches; Ruy de Camargo Pires Neto - Home Doctor, Brasil

Introducción

El tratamiento domiciliario es una opción creciente en Brasil, con alrededor de 300.000 pacientes en tratamiento, el 6% de ellos con ventilación mecánica domiciliaria (VMD). La demanda de ventilación mecánica domiciliaria (VMD) está aumentando, pero todavía existen varias barreras para admitir a estos pacientes, incluida la logística operativa, la seguridad del paciente en el entorno del hogar, la sobrecarga de trabajo en equipo, el conocimiento clínico para optimizar la ventilación según las necesidades del paciente, etc. Todos estos factores, sumados a la falta de un estándar de atención basado en la evidencia, hacen que tratar a los pacientes con HMV sea una tarea desafiante.

Objetivos

Analizar si la telemonitorización de pacientes en ventilación mecánica domiciliaria puede reducir los atendimientos de urgencias y los ingresos hospitalarios, y si se asocia a una mejor evolución clínica del paciente.

Metodología

Del abril/21 al marzo/22, los pacientes con VMD tuvieron monitorizada su ventilación mecánica (muestra de conveniencia). Datos evaluados: horas de uso de VMD, parámetros de ventilación, volumen corriente (Vt), frecuencia respiratoria (FR), porcentaje de disparos espontáneos, fugas y alarmas. Los ventiladores fueron acoplados al módem para transmitir datos diariamente y bajo demanda, estos datos fueron evaluados en reuniones periódicas para definir las acciones.



Las intervenciones basadas en la monitorización se clasificaron en: 1) Optimización de los parámetros ventilatorios (presión inspiratoria, presión espiratoria, FR y Vt); 2) Ajustes relacionados con el soporte ventilatorio, como inflado del *cuff*, fijación de la máscara, frecuencia de aspiración o soporte de inhalación; 3) Necesidad de ajustes de alarma; 4) Configuración de la terapia de oxígeno; 5) Ajustes de equipos (adaptación del modelo para atender la demanda clínica); 6) Identificación temprana de deterioro clínico y 7) Identificación de manipulación no autorizada de equipos por parte de familiares.

Resultados

Se monitorearon un total de 34 pacientes, la edad promedio fue de 33,4 años (0 a 91), predominó el sexo femenino (60%), enfermedad neurológica/neuromuscular (59%) y ventilación mecánica invasiva (70%).

Tabla 1. Ajustes realizados

AJUSTES	NÚMERO DE PACIENTES
Ajustes relacionados con el soporte ventilatorio	19 (56)
Número de horas/día	06 (32)
Interfaz de ventilación no invasiva	05 (26)
Adecuación de la terapia de inhalación	04 (21)
Adecuación del cuff	02 (10)
Ajuste en el número de succión de la traqueotomía	02 (10)
Optimización de los parámetros de ventilación	16 (47)
Modo de ventilación	01 (06)
Parámetros de ventilación	15 (94)
Ajustes de alarma	07 (21)
Identificación temprana del deterioro clínico	05 (15)
Adecuación del equipo	04 (12)
Detección de manipulación por parte de la familia	02 (06)
Adecuación de la oxigenoterapia	01 (03)

Una comparación del período de pre-telemonitorización (PRET) y post-telemonitorización (POST) del grupo de 28 pacientes mostró:

- Reducción de visitas clínicas extra para manejo de ventilación mecánica (PRET = 5, POST = 2)
- Reemplazo reducido de equipos (PRET = 6, POST = 1)

*6 pacientes no participaron en este análisis por tratarse de nuevos ingresos.

Conclusión

La efectividad de VMD depende del soporte ventilatorio personalizado para cada paciente. La telemonitorización de pacientes con VMD está asociada al acceso a los datos ventilatorios de forma ágil, permitiendo una mejor optimización de la ventilación y un mejor manejo clínico. Reportamos una disminución en la necesidad de visitas clínicas extra, menor necesidad de cambio de equipo, mejor adaptación del modelo de equipo a la demanda clínica y reducción de la oxigenoterapia.

Referencias

Yang L, Nonoyama M, Pizzuti R, Bwititi P, John G. Home mechanical ventilation: A retrospective review of safety incidents using the World Health Organization International Patient Safety Event classification. *Can J Respir Ther.* 2016;52(3):85-91. PMID: 30123023. PMCID: PMC6073515.

[Ackrivo j.](#), [Elman L](#), [Hansen-Flaschen J](#). *Telemonitoring for Home-assisted Ventilation: A Narrative Review Ann Am Thorac Soc* 2021 Nov;18(11):1761-1772..

[Current issues in home mechanical ventilation.](#) Lewarski JS, Gay PC. *Chest.* 2007 Aug;132(2):671-6. doi: 10.1378/chest.07-0558.



PREVALENCIA DE INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Fabiana Schimidt Cezar; Daniela Nunes; Thaynara Pontes Silva; Adriana Santiago; Sabrina Akemi Minomiya dos Santos; Heloísa Amaral Gaspar; Claudio Flauzino – Home Doctor, Brazil

INTRODUCCIÓN

La infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS) es un tema de gran relevancia en el ámbito hospitalario, prolongando la estancia, empeorando la evolución clínica y aumentando los costes asistenciales. Las acciones preventivas para reducir las IRAS deben estar presentes en la atención, en todos los servicios de salud. Los datos epidemiológicos hospitalarios sobre IRAS son extensos, pero en Atención Domiciliaria la literatura es aún escasa.

OBJETIVO

Evaluar la prevalencia de IRAS y medir la densidad de incidencia en pacientes en Atención Domiciliaria.

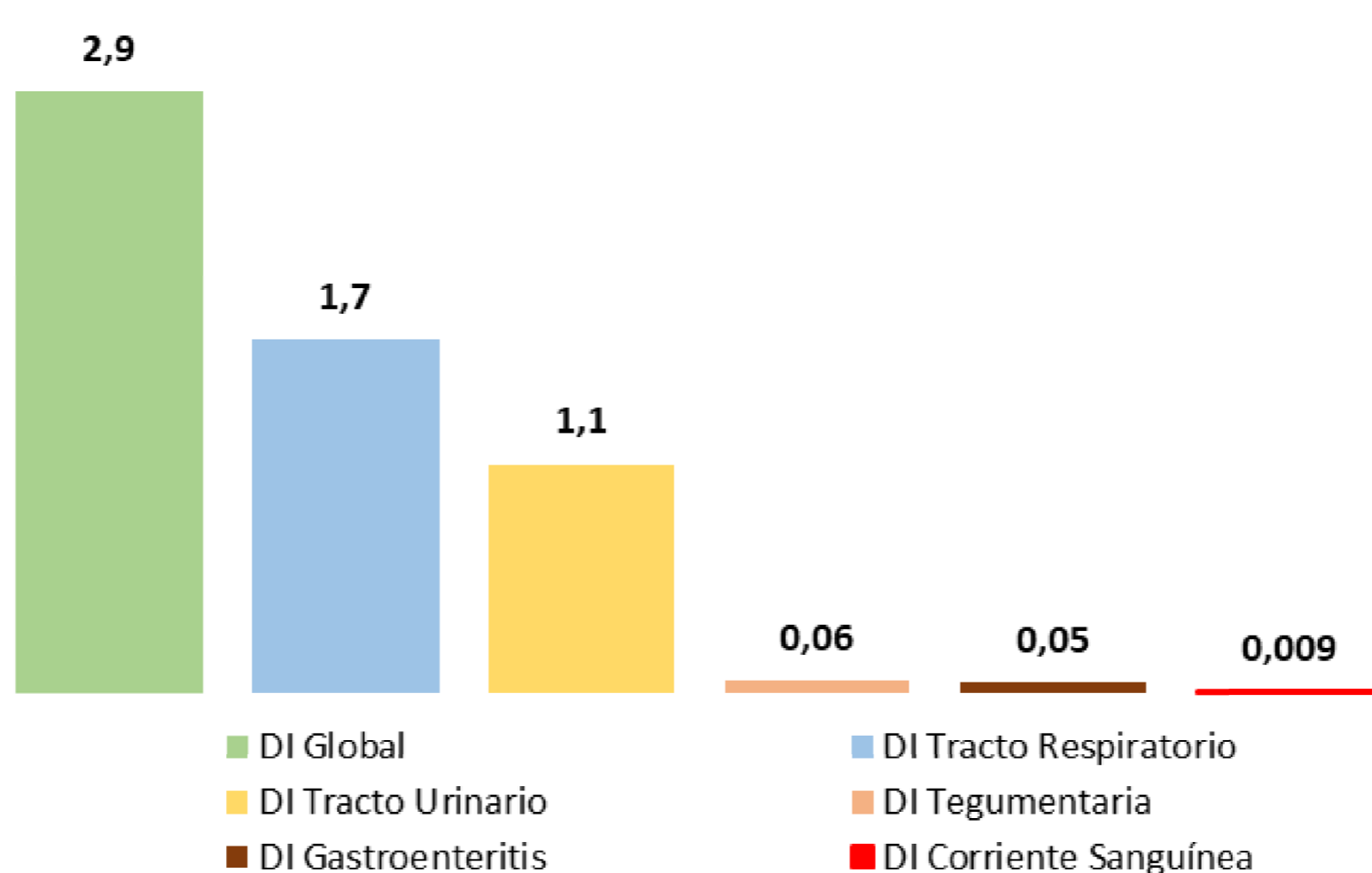
METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de casos de infección con criterios epidemiológicos entre julio de 2021 y junio de 2022 y análisis de la densidad de incidencia global y topografía de una empresa privada de atención domiciliaria.

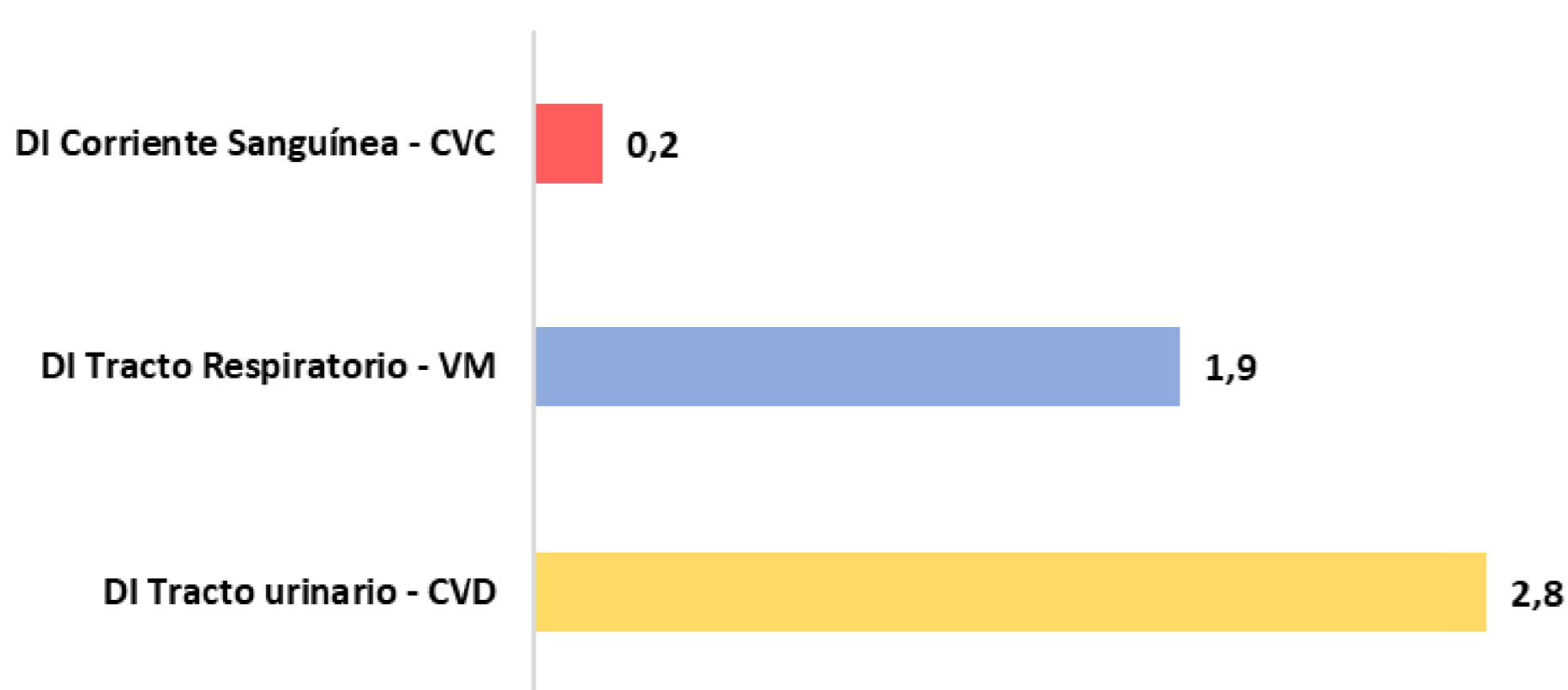
RESULTADOS

Mediante el análisis de cada nuevo antimicrobiano prescrito, se evidenciaron 934 episodios con criterio epidemiológico.

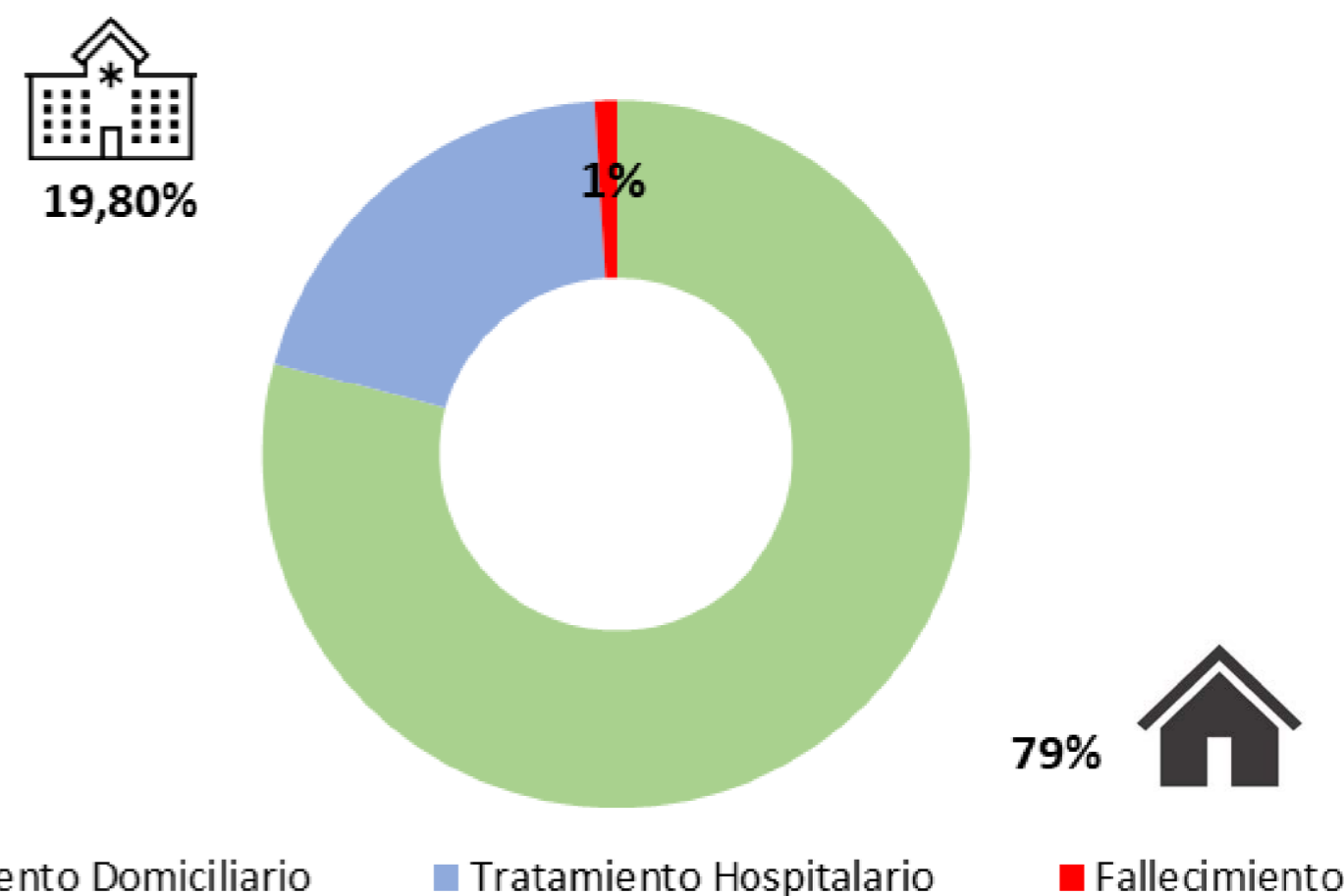
Densidad de incidencia por topografía



Densidad de incidencia por topografía asociada a dispositivos



Resultados de las IRAS



CONCLUSIÓN

La topografía más relevante de las IRAS es la vía respiratoria, seguida de la vía urinaria. En las infecciones asociadas a dispositivos, el tracto urinario tiene la mayor incidencia, lo que refuerza la necesidad de revisar la indicación y manejo de los dispositivos. En cuanto a los resultados, casi el 80% de los pacientes fueron atendidos en el domicilio, demostrando adecuación en el momento de inicio y elección del antimicrobiano por parte del equipo asistencial.

REFERENCIAS

- Centers for Disease Control and Prevention. Disponible em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/7/2/70-0208_article
- Agência Nacional Vigilância Sanitária. Disponible em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view>



TRABAJO SOCIAL



Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

www.congreso-sehad.com



PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE REAHABILITACIÓN MULTIMODAL EN EL DOMICILIO

B. Vázquez Vizcaíno, S. Retolaza Lorenzo, J. Isasi Otaolea, J. Arancón Vaquero, I. Serna Díez, I. Santamaría Ibirika, R. Marinas Sanz, A. Herbosa López, A. Oregui Apraiz, A. Basterretxea Ozamiz.
Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Bizkaia.

Introducción:

La crisis sanitaria por SARS-COVID 19 ha articulado en nuestro hospital dinámicas de trabajo no existentes previamente, posibilitando rehabilitación precoz en unidades de críticos y creación de una planta en la que el trabajo multidisciplinar con toma de decisiones conjunta han puesto al paciente en el centro.

Algunos pacientes continuaron su proceso de recuperación en el domicilio con alto grado de satisfacción de ellos y su entorno familiar.

Ante estos resultados, aplicamos un programa de recuperación multimodal en el domicilio a otros grupos patológicos

Objetivo:

Analizar primeros resultados de un programa de recuperación multimodal en el domicilio en un grupo de pacientes con pérdida funcional y/o desnutrición relacionada con enfermedad tras ingreso hospitalario.

Material y Métodos:

Recopilar datos del registro del grupo de trabajo de rehabilitación multimodal de HAD entre Marzo y Julio del 2022, tras aplicar un programa de recuperación multimodal en el domicilio, previamente definido para paciente post intensivo Car Syndrome (PICS), al paciente posquirúrgico complejo incluyendo paciente vascular, pluripatológico y paciente frágil, con objeto de prevenir y/o revertir grado de dependencia, consecuencia de un ingreso hospitalario.

Resultados

13 pacientes: 4 mujeres - 9 hombres

14-88 años, Estancia Media en HAD 9-62 días

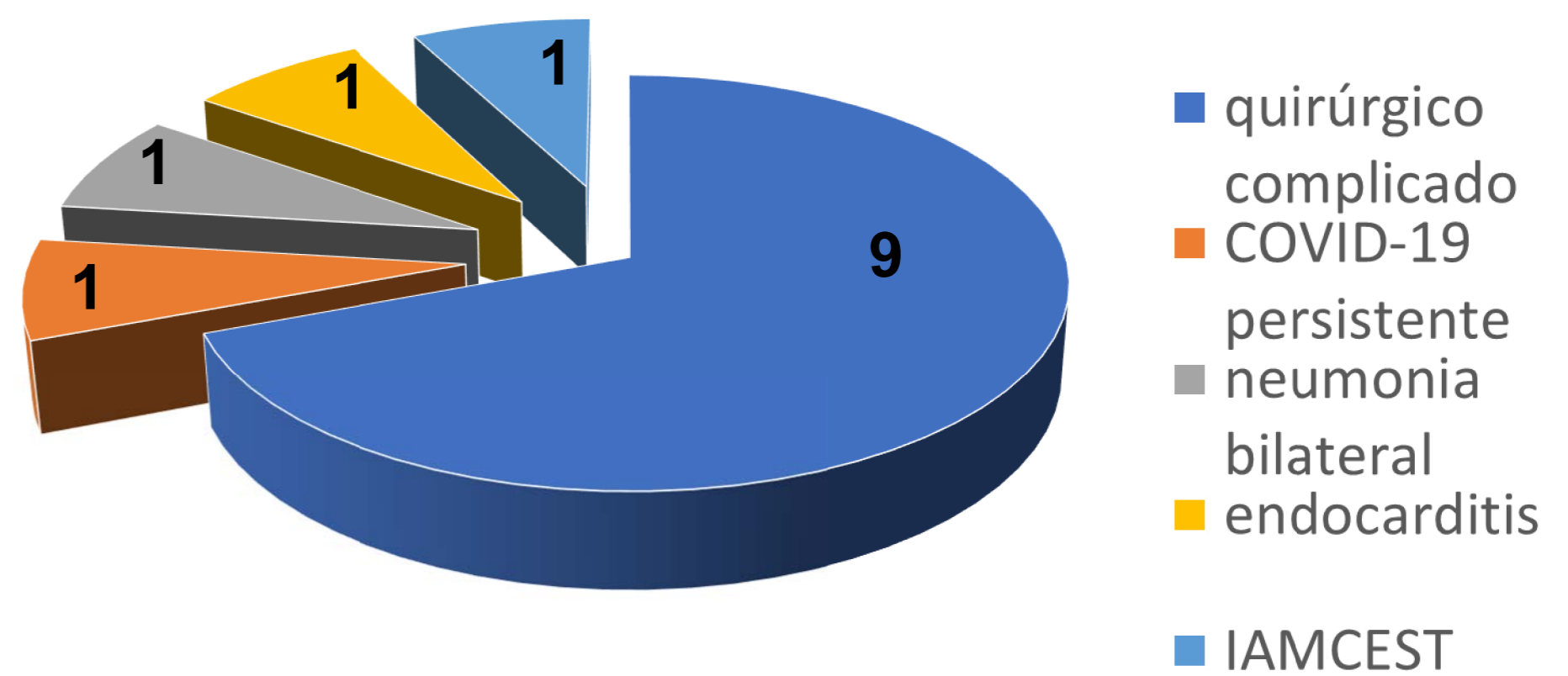
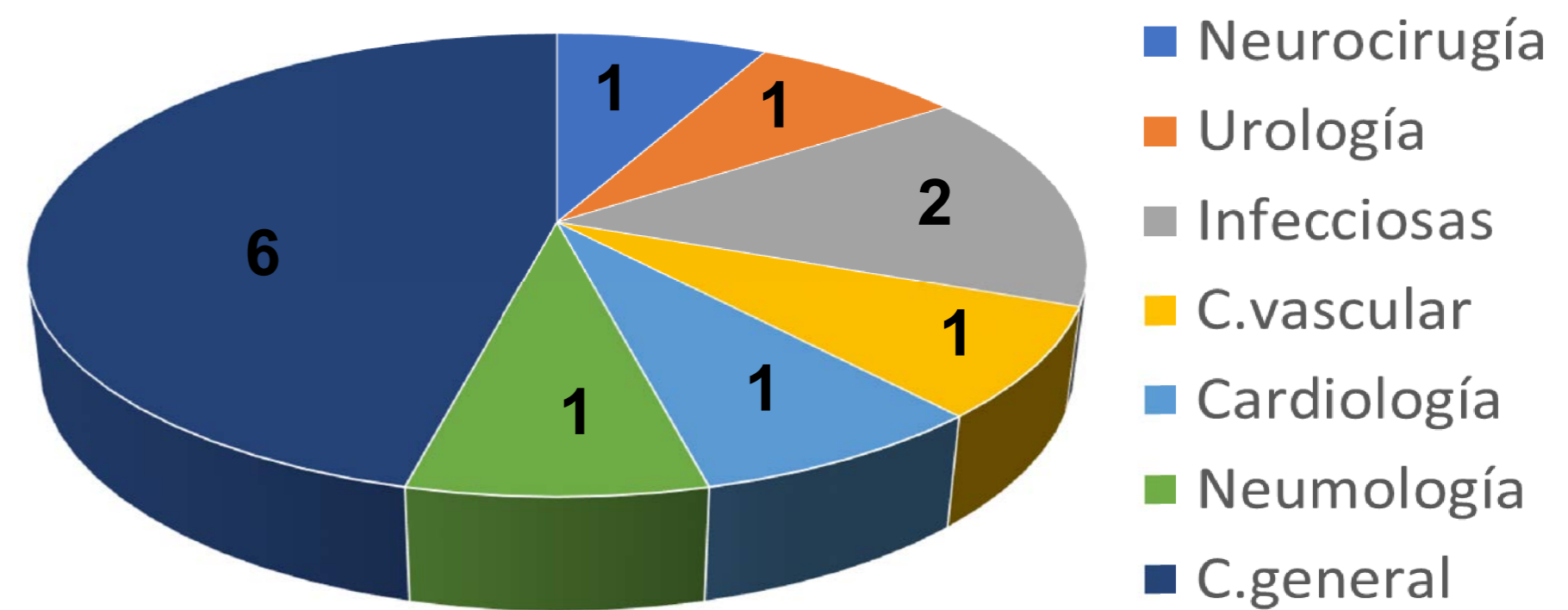
Procedencia: Patología:

1 Neurocirugía	9 quirúrgicos complicados
1 Urología	1 COVID-19 persistente
2 Infecciosas	1 neumonía bilateral
1 C.Vascular	1 endocarditis
1 Cardiología	1 IAMCEST
1 Neumología	
6 C.General	

Índice de Charlson: 3-6 en 12 pacientes

Se registraron:

IMC, Barthel modificado, Berg balance scale, Dinamometría y Ecoescopia de recto anterior miembro dominante



Conclusiones:

Casi la totalidad de los pacientes tienen comorbilidad alta.

Al alta de HAD mejoraron todos los parámetros funcionales y nutricionales registrados.

Las altas fueron por cura o mejoría. No hubo reingresos.

Se evitaron estancias y costes de desplazamientos con liberación de agendas en el gimnasio.



HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA GERIÁTRICA INTEGRAL EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BARCELONA

M. Colominas¹⁻², M. Bisquert¹, S. Pérez¹, A. Annaouas¹, A. Gómez¹, R. Salazar¹, N. Crespo¹, E. Hoyos¹⁻², S. Roca¹⁻², M. Inzitari¹⁻²

1. Hospital de Atención Intermedia Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España.

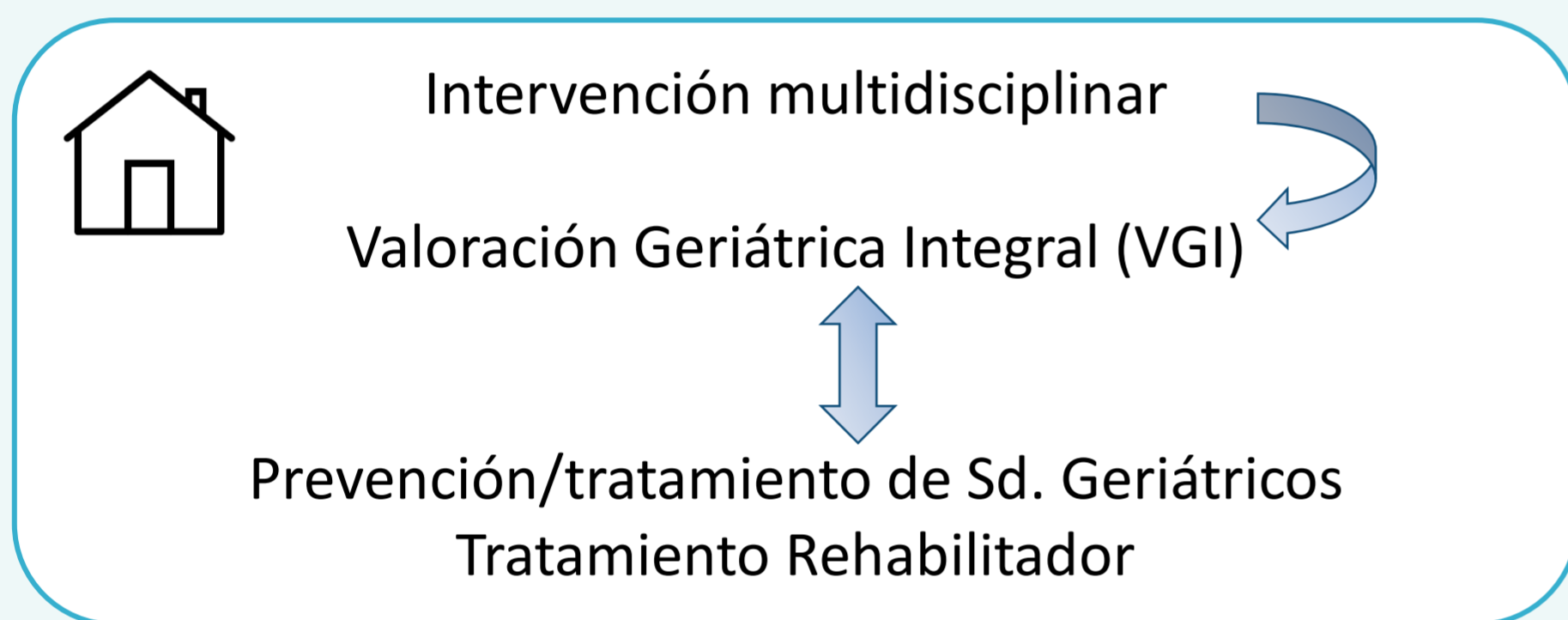
2. Grupo de Investigación RE-FIT Barcelona. Instituto de Investigación Vall d'Hebrón y Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, España

OBJETIVO

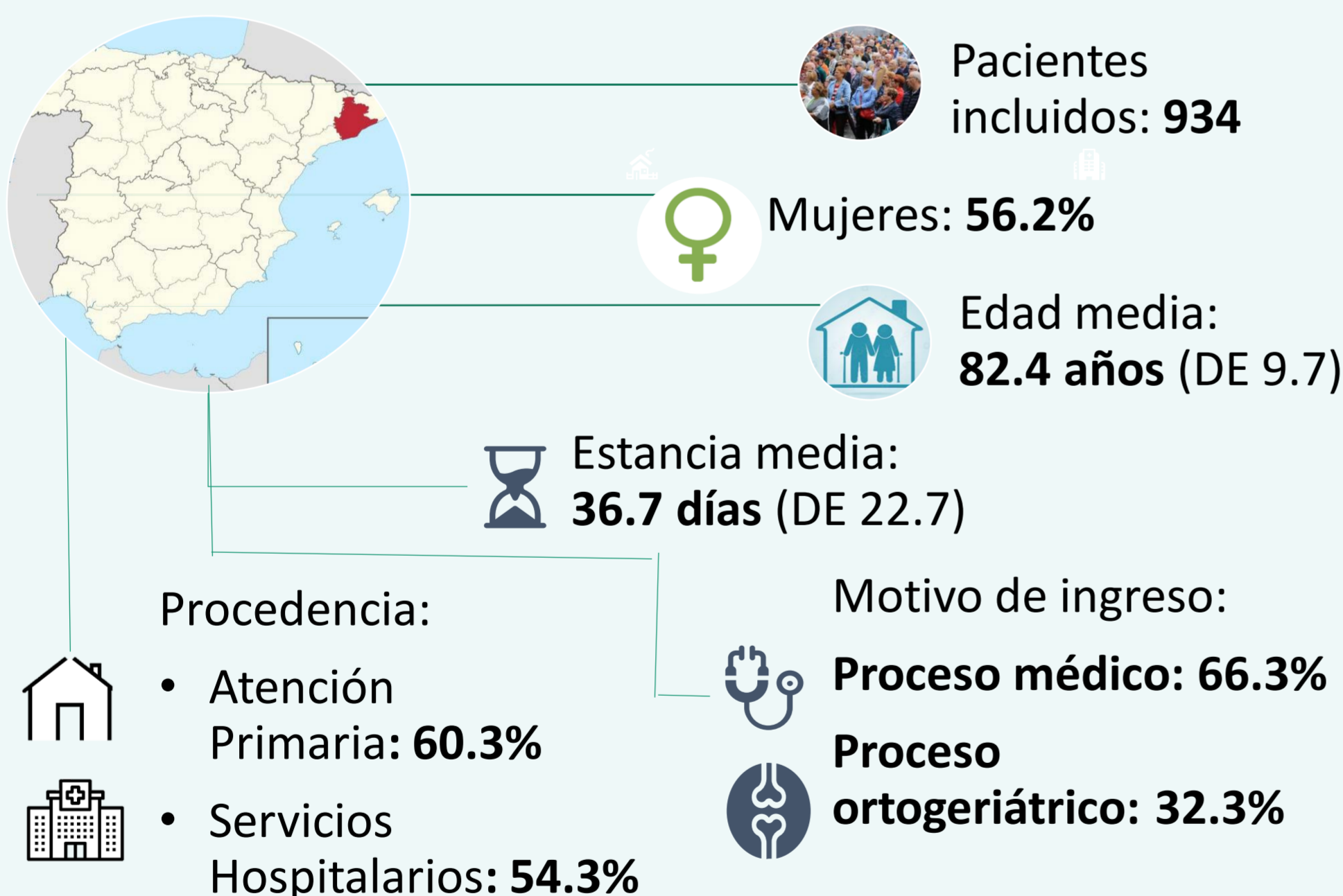
- Describir el perfil de pacientes ingresados en una unidad de hospitalización domiciliaria geriátrica integral (HDGI) fundamentada en la intervención de equipos multidisciplinares, desarrollado en un hospital de atención intermedia de Barcelona.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **Tipo de estudio:** observacional
- **Población:** Admisiones Dic 2017-Agost 2022.
- **Variable recogidas:**
 - Datos socio-demográficos (edad, sexo)
 - Motivo de ingreso
 - Procedencia (Atención Primaria [AP]- Servicios de hospitalización [SH])
 - Comorbilidad
 - Síndromes geriátricos
 - Estado funcional (Índice de Barthel previo, al ingreso y al alta)
 - Estancia media
 - Mortalidad



RESULTADOS



Prevalencia de Comorbilidades

- Hiper tensión arterial 72.8%
- Insuficiencia cardiaca 35.7%
- Insuficiencia renal crónica 29.4%
- Fibrilación auricular 29.1%
- Diabetes mellitus 28.6%
- Demencia 15.4%

Prevalencia de Síndromes Geriátricos

- Polifarmacia 63.9%
- Caídas previas 50.2%
- Estreñimiento 49.1%
- Trastorno de la marcha 43.7%

Situación funcional: Barthel previo: **75.6** [DE 25.2], al ingreso: **52.9** [DE 24.0], al alta: **60.9** [DE 27.8]

CONCLUSIONES

- ✓ Nuestra unidad de HDGI ofrecen una atención domiciliaria integral, multidisciplinar, centrada en las personas y es capaz de adaptarse a las necesidad terapéutica de las personas.
- ✓ Se considera de gran importancia el desarrollo de unidades de hospitalización domiciliaria similares, orientadas a un abordaje multidisciplinar