



DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v7i1.182>

# Hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos ante una pandemia por SARS-CoV-2: nuestra experiencia

## Hospitalization at home for surgical patients in the face of a SARS-CoV-2 pandemic: our experience

Maria Carmen Mias Carballal<sup>1,2,3</sup>  0000-0002-3138-3652

Rafael Villalobos Morí<sup>1,2,3</sup>

Alfredo Escartín Arias<sup>1,2,3</sup>

Yolanda Maestre González<sup>1,2,3</sup>

Frank Fulthon Vela Polanco<sup>1,3</sup>

Ramón Ribalta Reñé<sup>4</sup>

María Rufas Acín<sup>1,2,3</sup>

Jorge Juan Olsina Kissler<sup>1,3</sup>

1. Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Servicio de Cirugía General, Lleida, España.

2. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Lleida, España.

3. Instituto de Investigación Biomédica de Lleida (IRBLleida), Lleida, España.

4. Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Hospitalización Domiciliaria, Lleida, España.

### Correspondencia/Correspondence

Maria Carmen Mias Carballal  
[mcmias.lleida.ics@gencat.cat](mailto:mcmias.lleida.ics@gencat.cat)

### Recibido/Received

28.12.2022

### Aceptado/Accepted

28.12.2022

### Conflicto de Intereses/Competing interest

Sin conflicto de interés

### Financiación/Funding

Este trabajo no ha tenido financiación.

### Contribuciones de autoría/Author contributions

Todos/as los autores/as han contribuido por igual.

---

### CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Mias MC, Villalobos R, Escartín A, Maestre Y, Fulthon F, Ribalta R, et al. Hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos ante una pandemia por SARS-CoV-2: nuestra experiencia. *Hosp Domic.* 2023;7(1):11-24.

---

## RESUMEN

**Introducción:** La hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos (HaDQ) es una alternativa a la hospitalización convencional para pacientes quirúrgicos estables clínicamente, que precisen procedimientos de enfermería complejos por intensidad, frecuencia o características, y control por especialista quirúrgico en el domicilio.

**Método:** Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo de la actividad de la HADQ de nuestro hospital durante los primeros seis meses del 2020, para analizar la repercusión de la pandemia por SARS-CoV-2 en la unidad. Se distinguen tres periodos: prepandemia (enero-febrero), confinamiento (marzo-abril), posconfinamiento (mayo-junio). Se diferencian dos grupos: A (HaD convencional) y B (despistaje preoperatorio COVID19). Se recogieron diversas variables: mes, tipo, estancia (HaD y hospital), procedimientos, reingresos, domicilio, tipo visitas, COVID+. Se realizó un análisis estadístico descriptivo cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos

**Resultados:** Ingresaron 345 pacientes, 225 en el grupo A (fase Pre (34%), fase C (40%), y fase Pos (25%)), y 120 en el B (fase C (75%), fase Pos (25%)). El confinamiento (fase C) fue el período más activo de la HADQ, tanto por número de ingresos (53%), como por la complejidad del grupo A que requería más procedimientos (71%) y más visitas domiciliarias (52%). También aumentaron los pacientes de zona de no cobertura (42%), que implicaron visitas médicas y de enfermería en Hospital de Día (HD) (21%), y aumento de consultas telefónicas médicas (36%). En la fase Pos disminuyeron un 37% los ingresos del grupo A.

**Conclusiones:** La HaDQ se reorganizó por la pandemia para atender a más pacientes quirúrgicos, siendo un recurso asistencial esencial, especialmente durante el confinamiento.

**Palabras clave:** Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios; Virus del SRAS; SARS-CoV-2; Capacidad de Camas en Hospitales; Ocupación de Camas; Alta del Paciente; Hospitalización.

## ABSTRACT

**Introduction:** The HaDQ is an alternative to conventional hospitalization for clinically stable surgical patients who require complex nursing procedures due to intensity, frequency or characteristics, and control by a surgical specialist at home.

**Method:** Cross-sectional, descriptive and retrospective study of the HADQ activity of our hospital during the first six months of 2020, to analyze the impact of the SARSCov2 pandemic in the unit. Three periods are distinguished: pre-pandemic (Jan-Feb), lockdown (Mar-Apr), post-lockdown (May-Jun). Two groups are differentiated: A (conventional HaD) and B (COVID19 preoperative screening). Various variables were collected: month, type, stay (HaD and hospital), procedures, readmissions, address, type of visits, covid+. A quantitative and qualitative descriptive statistical analysis of the results obtained was carried out.

**Results:** 345 patients were admitted, 225 in group A (phase Pre (34%), Phase C (40%), and phase Post (25%)), and 120 in group B (Phase C (75%), phase Post (25%)). The confinement (phase C) was the most active period of the HADQ, both due to the number of admissions (53%), and the complexity of group A, which required more procedures (71%) and more home visits (52%). There was also an increase in patients from the non-coverage area (42%), which involved medical and nursing visits at the Day Hospital (HD) (21%), and an increase in medical telephone consultations (36%). In the phase Post, the income of group A decreased by 37%.

**Conclusions:** The HaDQ was reorganized due to the pandemic to care for more surgical patients, being an essential care resource, especially during confinement.

**Keywords:** Home Care Services, Hospital-Based; Home Care Services; Ambulatory Surgical Procedures; SARS Virus; Infecciones por Coronavirus; Coronavirus Infections; SARS-CoV-2; Hospital Bed Capacity; Bed Occupancy; Patient Discharge; Hospitalization.

## INTRODUCCIÓN

La hospitalización a domicilio (HaD) es una alternativa a la hospitalización convencional que permite atender en el domicilio pacientes que precisan atención de rango hospitalario<sup>(1)</sup>, por un equipo experto en atención especializada. Es necesario que el paciente se encuentre clínicamente estable, tenga un cuidador de referencia, resida en zona de cobertura de HaD, y que voluntariamente acepte la opción de HaD<sup>(2)</sup>.

La HaD nació para dar respuesta a las necesidades sanitarias del siglo XX, debido a la congestión de los hospitales y a la escasez de camas hospitalarias<sup>(3)</sup>, adaptándose a las necesidades sanitarias, hasta llegar al momento actual con la llegada de la pandemia por SARS-CoV-2<sup>(4)</sup>.

La HaD permite liberar camas hospitalarias, ya sea mediante la modalidad alta precoz, acortando las estancias hospitalarias<sup>(5)</sup>, o la modalidad evitación de ingreso<sup>(5)</sup>.

Las carteras de servicios de las unidades de HaD incluyen atención a pacientes médicos agudos y crónicos agudizados, pacientes quirúrgicos, o pacientes paliativos, dependiendo de la infraestructura de las distintas unidades y de las políticas sanitarias de las diferentes comunidades<sup>(6)</sup>.

La rápida expansión de la pandemia por el SARS-CoV-2 en marzo del 2020 conllevó una reorganización de todos los recursos sanitarios para dar respuesta a la elevada demanda asistencial de camas hospitalarias<sup>(7)</sup>.

Así, las unidades de HaD se potenciaron y adaptaron para poder atender pacientes con COVID-19 en el domicilio<sup>(4)</sup>, participando también, en otras modalidades asistenciales como el hotel de pacientes para COVID-19<sup>(8-10)</sup>, que se crearon en ese momento<sup>(8,11,12)</sup>.

Las HaDs también asumieron el resto de pacientes médicos o quirúrgicos, dados de alta precoz desde los hospitales para liberar camas desde el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2<sup>(4)</sup>, definiendo los protocolos a seguir.

Los pacientes quirúrgicos, fueron evacuados precozmente de los hospitales, paralizándose además toda la actividad quirúrgica programada para conseguir camas hospitalarias para pacientes con SARS-CoV-2. La HaD fue en ese momento un recurso asistencial para pacientes quirúrgicos con alta precoz del hospital por la gran cantidad de cargas de trabajo de enfermería que precisaban en un momento que la Atención Primaria (AP) estaba totalmente colapsada<sup>(13)</sup>.

El reinicio de la actividad quirúrgica, tras la fase de emergencia sanitaria por SARS-CoV-2, comportó potenciar la cirugía programada sin ingreso, las altas precoces, y la introducción del despistaje preoperatorio de COVID-19<sup>(14)</sup>, en el que las HaDs también se vieron implicadas.

En nuestro hospital existe desde hace años, una unidad de HaD para pacientes quirúrgicos (HaDQ) con cirujano responsable<sup>(15)</sup> que durante la pandemia potenció su actividad buscando nuevas fórmulas asistenciales para poder dar atención a todos los pacientes quirúrgicos que precisaron alta precoz, o que pudieron evitar el ingreso hospitalario para tratar su problema de salud quirúrgico.

Analizamos el funcionamiento de nuestra HaDQ para pacientes quirúrgicos durante la primera ola de la pandemia por SarsCov19, revisando la actividad de la misma desde enero del 2020 hasta finales de junio del 2020, distinguiendo tres etapas diferenciadas: prepandemia (enero-febrero); confinamiento (marzo-abril); posconfinamiento (mayo-junio)

## MÉTODOS

Estudio unicéntrico, transversal, descriptivo y retrospectivo de la actividad realizada en la HaDQ de nuestro hospital, que consta de cirujano responsable y equipo de enfermería de HaD desde

enero 2020 hasta finales de junio del 2020, para valorar el impacto de la pandemia por SarsCov2 en el funcionamiento de la misma.

Se analizaron todos los pacientes que ingresaron en la HADQ procedentes del servicio de cirugía general, desde enero a junio del 2020, diferenciando tres periodos relacionados con la repercusión de la pandemia en el funcionamiento de la actividad quirúrgica del hospital: fase de prepandemia (Pre) de enero a febrero; fase de confinamiento (C) de marzo a abril, y fase posconfinamiento (Post) de mayo a junio.

Se distinguieron dos tipos de ingresos: grupo A (HaD convencional), grupo B (despistaje preoperatorio), con cargas de trabajo diferentes.

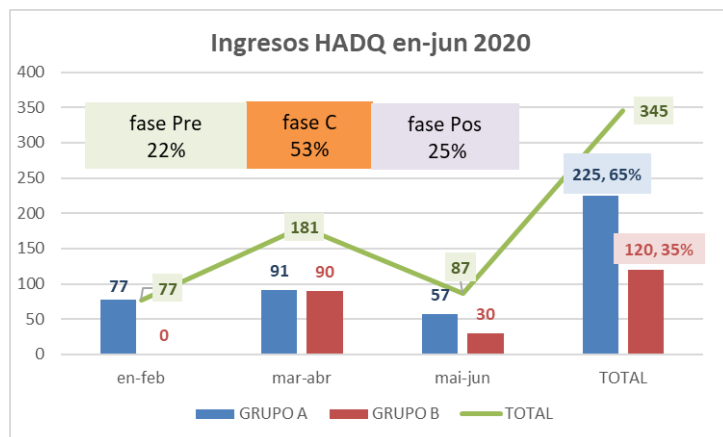
Se recogieron las siguientes variables: grupo A: mes-ingreso, tipo paciente (postoperatorio no complicado (grupo1), complicaciones postoperatorias (grupo2), otra patología quirúrgica (grupo3), días estancia, procedimientos (pruebas, analíticas, PCRCOVID19, medicación endovenosa, antibioterapia (ev, oral), NAD (NED, NPD), curas (complejas, TPN), drenajes), reingresos (urgentes, programados), domicilio (zonaHaD, no zonaHaD), procedencia (hospitalización, urgencias, consultas, AP), visitas (domiciliarias, hospital de día, telefónicas, consultas externas, atención primaria), COVID+; grupo B: PCRCOVID19, visitas.

Se realizó un estudio estadístico descriptivo cuantitativo (frecuencias, porcentajes, medias, medianas, desviación típica y rango), de las variables recogidas para los dos grupos. En el grupo A se realizó además un estudio comparativo cualitativo entre los tres periodos revisados.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Desde el 1 de enero hasta el 30 de junio del 2020 se atendieron en la HaDQ de nuestro hospital 345 pacientes procedentes del servicio de Cirugía General, de los cuales el 65% fueron pertenecían al grupo A (HaD convencional) y el 35% del grupo B (despistaje preoperatorio SARS-CoV-2) (Figura 1).

Los pacientes del grupo A fueron 225, 77 (34%) lo hicieron durante la fase Pre (prepandemia), 91 (40%) durante la fase C (confinamiento) y 57 (25%) en la fase Pos (posconfinamiento) (Figura 1).



**Figura 1.** Ingresos en hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos (HaDQ) entre enero y junio de 2020

La edad media fue de 65,2 años con un rango entre 10-96 años, siendo de 64 años en la fase Pre, de 65,3 en la fase C, y de 66 años en la fase Pos, teniendo el rango más bajo la fase Pos y el más alto la fase C. El porcentaje medio global de hombres y mujeres fue del 53 y 47% respectivamente, existiendo un discreto predominio de hombres en la fase Pre (58%) y de mujeres en la fase Pos (53%). La estancia media total fue de  $5,9 \pm 0,5$  días, siendo la más alta durante la fase C ( $6,5 \pm 0,1$ d) coincidiendo con la estancia más larga en HaD (43d). En total reingresaron un 17% de pacientes, el 10% programados (pruebas con ingreso (86%), IQ programadas (14%), y el 7% reingresos urgentes. Los reingresos urgentes durante la fase C representaron el 3% de todos los reingresos mientras que en la fase Pos fue del 14%. (tabla 1). Sólo tuvimos un reingreso por COVID durante la fase C.

**Tabla 1.** Actividad en hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos (HaDQ) entre enero y junio de 2020

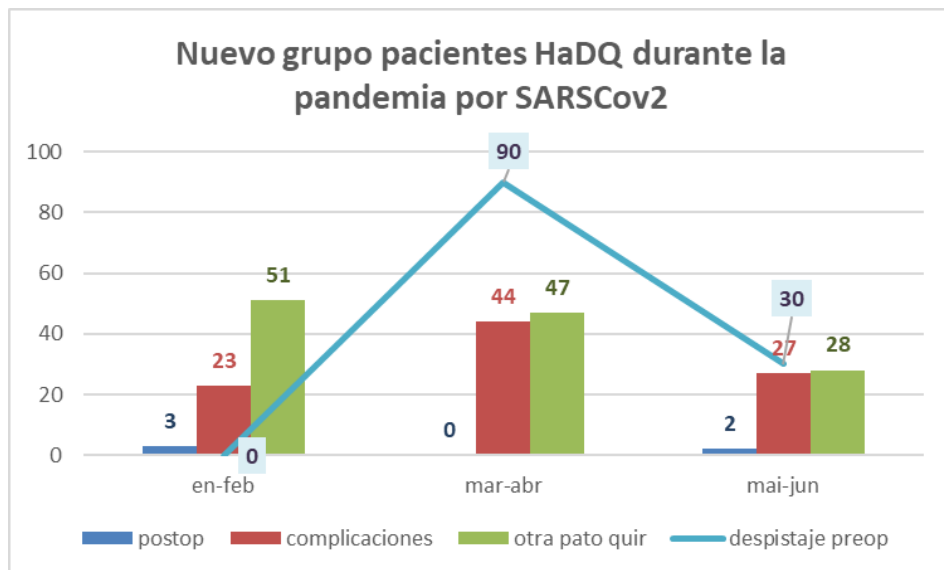
ACTIVIDAD	EN-FEB	MAR-ABR	MAY-JUN	TOTAL
Ingresos HaD convencional	77 (34%)	91 (40%)	57(25%)	225 (65%)
ingresos preop COVID19*	0	90 (75%)	30 (25%)	120 (35%)
ingresos totales	77 (22%)	181 (53%)	87 (25%)	345
ingresos covid+	0	2	2	4 (1,8%)
ACTIVIDAD GRUPO A	EN-FEB	MAR-ABR	MAY-JUN	TOTAL
grupo 1	3 (3,9%)	0	2 (3,5%)	5 (2%)
grupo 2	23 (29,9%)	44 (48,4%)	27 (47,4%)	94 (42%)
grupo 3	51 (66,2%)	47 (51,6%)	28 (49,1%)	126 (56%)
hombres	45 (58,4%)	49 (54,4%)	27 (47,4%)	121 (54%)
mujeres	32 (41,6%)	42 (46,7%)	30 (52,6%)	104 (46%)
edad media	64,05	65,35	66,1	65,2
edad mediana	66	71	66	68,0
rango edad	22-92	24-96	10-93	10-96
EMHad	5,86d	6,5d	5,45d	5,9 $\pm$ 0,5d
rango HaD	1-23	1-43	1-16	1-43

EMH	10,41	5,2	5,73	7,1±2,9
rango H	0-128	0-68	0-54	0-128
HD técnicos	27 (35,1%)	38 (41,8%)	21 (36,8%)	86 (38%)
reingresos	13 (16,8%)	11 (12,2%)	15 (26,3%)	39 (17%)
reingresos urgentes	6 (7,8%)	3 (3,3%)	8 (14%)	17 (7,6%)
reingresos programados	7(9,1%)	8 (0,9%)	7 (12,3%)	22 (9,8%)
pruebas con ingreso	6 (85,7%)	8 (100%)	5 (71,4%)	19 (86%)
IQ programadas	1 (14,3%)	0	2 (28,6%)	3 (14%)
VD enfermería	186	0	0	186
HD	33	40	15	88
VM	7	33	6	46
teléfono total	74 (96%)	150 (83%)	62 (71%)	296 (86%)
teléfono enfermera	41 (55,4%)	15 (25%)	15 (46,9%)	71 (24%)
teléfono médico	33 (44,6%)	45 (75%)	17 (53,1%)	95 (32%)
teléfono despistaje SARS-Cov2	0	90 (75%)	30 (25%)	120 (40%)
CE HaD	18 (23,4%)	20 (22%)	10 (17,5%)	48 (21,3%)
PROCEDIMIENTOS totales	117 (28%)	182 (44%)	115 (28%)	414
preoperatorios	4 (3,4%)	2 (1,1%)	3 (2,6%)	9 (2%)
pruebas	36 (30,8%)	50 (27,5%)	24 (20,9%)	110 (27%)
analíticas	29 (24,8%)	48 (26,4%)	28 (24,3%)	105 (25%)
drens	9 (7,7%)	22 (12,1%)	15 (13%)	46 (11%)
curas (TPN)	15 (12,8%)	22 (12,1%)	15 (13%)	52 (13%)
TPN	1 (0,9%)	11 (6%)	5 (4,3%)	17 (4%)

medicación endovenosa	10 (8%)	18 (10%)	14 (12%)	42 (10%)
antibiótico ev	7 (6%)	13 (9,9%)	7 (6,1%)	27 (6%)
otra med ev	1 (0,9%)	2 (1,1%)	0	3 (1%)
sueroterapia ev	1 (0,9%)	1 (0,3%)	5 (4,3%)	7 (2%)
antibiótico oral	9 (7,7%)	17 (9,3%)	11 (9,6%)	37 (9%)
NAD	3 (2,6%)	2 (1,1%)	2 (1,7%)	7 (2%)
NPD	1 (0,9%)	2 (1,1%)	2 (1,7%)	5 (1%)
NE	2 (1,7%)	0	0	2 (1%)
SO	3 (2,6%)	3 (1,6%)	5 (4,3%)	11 (3%)
HOSP	52 (67,5%)	49 (53,8%)	35 (61,4%)	136 (60%)
CE	14 (18,2%)	34	10 (17,5%)	58 (26%)
URG	9 (11,7%)	7 (37,4%)	11 (19,3%)	27 (12%)
AP/SS/UHDM	0	0	2 (3,5%)	2 (1%)
CMA	2 (2,6%)	0	0	2 (1%)
zona cobertura HaD	50 (65%)	53 (69%)	36 (47%)	139 (62%)
ciudad	37 (48%)	39 (43%)	26 (46%)	102 (45%)
alrededores	13 (17%)	14 (15%)	10 (17%)	37 (16%)
zona no cobertura HaD	27 (35%)	38 (42%)	21 (37%)	86 (38%)
<b>ACTIVIDAD GRUPO B</b>	<b>EN-FEB</b>	<b>MAR-ABR</b>	<b>MAY-JUN</b>	<b>TOTAL</b>
Consultas telefónicas	0	90 (75%)	30 (25%)	120 (35%)
pruebas PCR COVID-19	0	90 (75%)	30 (25%)	120 (35%)

En cuanto al tipo de pacientes, los del grupo 1 (postoperatorios) representaron un 2%, el grupo 2 (complicaciones postoperatorias) el 42%, y el grupo 3 (otra patología quirúrgica) el 56%. Si lo analizamos según las distintas fases de la pandemia observamos que no hubo ningún paciente del grupo 1 durante la fase C. En las fases C y Pos, se produjo un aumento de los pacientes del grupo

2 representando el 48% y el 47% respectivamente, mientras que en la fase Pre el grupo 2 sólo representó un 30%, mientras que el grupo 3 el 66% (figura 2).



**Figura 2.** Aparición de un nuevo grupo de pacientes durante la pandemia por SARS-CoV-2: despistaje preoperatorio PCRCOVID-19.

Los pacientes COVID+ ingresados por la HaDQ, sólo representaron un 1,8%.

Si analizamos la procedencia observamos que el 60% lo hicieron desde el hospital, el 26% desde consulta externa, el 12% desde urgencias, el 1% de CMA y otro 1% directamente desde Atención Primaria (AP). En la fase C disminuyeron los ingresos del hospital (54%), aumentaron los de consultas (37%) y disminuyeron los de urgencias (8%), y no hubo ingresos desde la CMA. Sin embargo, en la fase Pos aumentaron los ingresos desde urgencias (19%), y volvieron a aumentar los de hospitalización (61%). En la fase Pre los ingresos desde el hospital representaban el 68% y hubo un 3% de ingresos de CMA, los ingresos desde urgencias sólo representaron el 11% (tabla 1).

En cuanto al domicilio de los pacientes, el 38% residían en zona de no cobertura de la HaD (>15Km o >20 min desde el hospital), representando el 42% en la fase C (tabla 1).

En relación a las visitas observamos que en la fase C aumentaron las visitas domiciliarias de enfermería en un 52%, con respecto a la fase Pre y un 32% en relación con la fase Pos. En la fase C también aumentaron las visitas en Hospital de Día (HD), las consultas telefónicas médicas (36%), y las visitas en consultas externas de HaD (11%) (tabla 1).

Se realizaron un total de 443 procedimientos distintos en el domicilio por enfermería. Representaron el 48,1% en la fase Pre, el 82,4% en la fase C y el 43,8% en la fase Pos, representando un incremento del 71,3% durante la fase C (tabla 1). Este incremento se produjo a expensas de la mayoría de los procedimientos (gestión de pruebas, analíticas, drenajes, curas incluyendo TPN, antibioterapia endovenosa y oral, otras medicaciones endovenosas y NPD). En la fase Pos se produjo una disminución de procedimientos en domicilio, aumentando la sueroterapia endovenosa, los



preoperatorios y la suplementación oral. En la fase Pre hubo más pacientes para hacer preoperatorios y con NE (figura 2).

Los pacientes del grupo B representaron el 49% de los ingresos durante la fase de confinamiento (C) y el 52% en la fase pospandemia (Pos) (tabla 1). En cuanto a la carga de trabajo representaron 120 pruebas PCRCOVID19 y 120 llamadas telefónicas médicas. Todos procedían de consulta externa. Las pruebas PCRCOVID19 se realizaron en el hospital por el equipo de HaD.

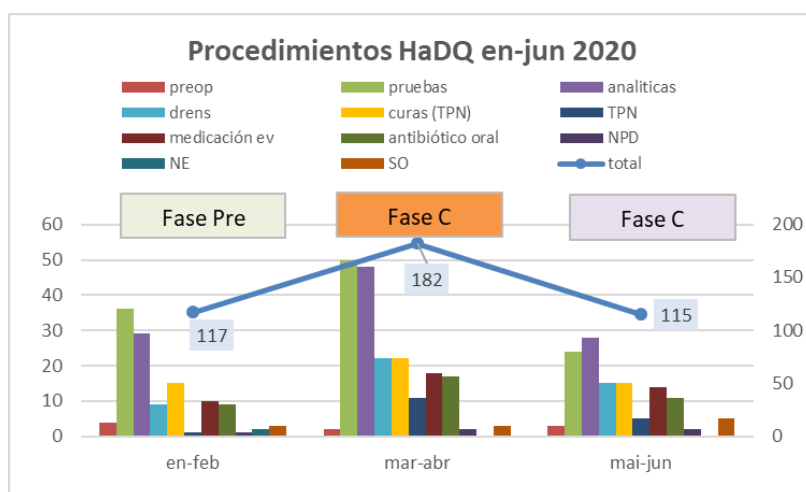
El funcionamiento de las unidades de HaD durante la pandemia, se adaptó a las necesidades de la situación epidemiológica en cada territorio, gracias a su flexibilidad organizativa<sup>(7-14)</sup>, destacando la creación de HaDs quirúrgicas<sup>(14)</sup>.

En nuestro hospital ya existía HaD quirúrgica, formada por cirujano y enfermeras de HaD referentes para pacientes quirúrgicos, por lo que lo único que hicimos fue adaptarla a las necesidades del momento, de manera que atendimos dos tipos de pacientes quirúrgicos: el grupo A o HaD convencional, y el grupo B, de nueva aparición por la pandemia para realizar el despistaje preoperatorio de COVID19 para poder reiniciar la actividad quirúrgica programada, Este grupo sólo existió durante la fase C y Pos, desactivándose posteriormente.

Los ingresos en HADQ de estos seis meses del 2020, representaron el 77% de los que se habían ingresado en el 2019 (445 pacientes), implicando un incremento de la actividad habitual.

La actividad del grupo A (HaD convencional), estuvo marcada desde el inicio de la pandemia (fase C) en conseguir la liberación de camas hospitalarias, y en garantizar la seguridad y calidad asistencial de los pacientes quirúrgicos que salían del hospital y se desplazaban a su domicilio, comportando cambios en la organización de la HADQ, especialmente en cuanto al tipo de visitas, usando no sólo el domicilio, sino espacios físicos hospitalarios como el HD, o la consulta externa de cirugía, y el contacto telefónico, especialmente médico, debido a que ya teníamos experiencia con el manejo del paciente quirúrgico en HaD.

Durante los primeros 4 meses de la pandemia (fase C y Pos) destacan cambios en las características de los pacientes ingresados (volumen, motivo de ingreso y domicilio), así como en la gestión de las cargas de trabajo (tipo de visitas, y procedimientos (figura 3), variando según la fase estudiada (tablas 1 y 2). No se ingresaron explícitamente pacientes COVID, y sólo representaron el 1,8%.



**Figura 3.** Procedimientos realizados durante el ingreso en hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos (HaDQ) entre enero y junio de 2020

**Tabla 2.** Variación de la actividad de la en hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos (HaDQ) durante las distintas fases de la pandemia por SARS-CoV-2 estudiadas (valoración del incremento porcentual)

INCREMENTO ACTIVIDAD	EN-FEB	MAR-AB	MAY-JUN	TOTAL	% incremento faseC	% incremento fase Pos
<b>INGRESOS TOTALES</b>	<b>77</b>	<b>181</b>	<b>87</b>	<b>345</b>	<b>135,06</b>	<b>-51,93</b>
ingresos HaD convencional	77	91	57	225	18,18	-37,36
ingresos despistaje preop COVID19*	0	90	30	120		-66,67
ingresos covid+	0	2	2	4		0,00
grupo 1 (postop)	3	0	2	5	-100,00	100,00
grupo 2 (complicaciones quir)	23	44	27	94	91,30	-38,64
grupo 3 ( otra pato quir)	51	47	28	126	-7,84	-40,43
hombres	45	49	27	121	8,89	-44,90
mujeres	32	42	30	104,0	31,25	-28,57
edad media	64,1	65,4	66,1	65,2	2,03	1,15
mediana edad	66,0	71,0	66	68,0	7,58	-7,04
ingresos TECNICOS (HDT)	27	38	21	86	40,74	-44,74
reingresos urgentes	6	3	8	17	-50,00	166,67
reingresos programados	7	8	7	22	14,29	-12,50
reing parapruebas	6	8	5	19	33,33	-37,50
reing para IQ programadas	1	0	2	3	-100,00	100,00
EMHad	5,9	6,5	5,5	5,9	10,92	-16,15
EMH	10,4	5,2	5,7	7,1	-50,05	10,19

rang inf H	1	1	1	1	0,00	0,00
rang sup H	23	43	16	43	86,96	-62,79
rang inf HaD	0	0	0	0	0,00	0,00
rang sup HaD	128	68	54	128	-46,88	-20,59
<b>VISITAS</b>	<b>318</b>	<b>526</b>	<b>304</b>	<b>1077</b>	<b>559</b>	<b>-278</b>
VD enfermería	186	283	211	680	52,15	-25,44
visitas HD	33	40	15	88	21,21	-62,50
VM	7	33	6	46	371,43	-81,82
CE	18	20	10	48	11,11	-50,00
consultas telefónicas totales	74	150	62	215	102,70	-58,67
teléfono enfermera	41	15	15	120	-63,41	0,00
teléfono médico HaD convencional	33	45	17	95	36,36	-62,22
teléfono médico*	0	90	30	120		-66,67
<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>213</b>	<b>365</b>	<b>194</b>	<b>443</b>	<b>71,36</b>	<b>-46,85</b>
preop	4	2	3	9	-50,00	50,00
pruebas	36	50	24	110	38,89	-52,00
analíticas	29	48	28	105	65,52	-41,67
drens	9	22	15	46	144,44	-31,82
curas (TPN)	15	22	15	52	46,67	-31,82
TPN	1	11	5	17	1000,00	-54,55
antibiótico oral	9	17	11	37	88,89	-35,29
medicación parenteral	10	18	14	42	80,00	-22,22
antibiótico ev	7	13	7	27	85,71	-46,15

otra med ev	1	2	0	3	100,00	-100,00
sueroterapia ev	1	1	5	7	0,00	400,00
NPD	1	2	2	5	100,00	0,00
NE	2	0	0	7	-100,00	
SO	3	3	5	11	0,00	66,67
<b>PROCEDENCIA</b>						
HOSP	52	49	35	136	-5,77	-28,57
CE	14	34	10	58	142,86	-70,59
URG	9	7	11	27	-22,22	57,14
AP/SS/UHDM	0	0	2	2		
CMA	2	0	0	2	-100,00	
<b>DOMICILIO</b>						
zona cobertura HaD	50	53	36	139	6,00	-32,08
ciudad	37	39	26	102	5,41	-33,33
alrededres	13	14	10	37	7,69	-28,57
zona no cobertura HaD	27	38	21	86	40,74	-44,74

La fase C fue la más activa para la HaDQ, ya que se realizaron el 53% de los ingresos de los seis meses, representando los pacientes del grupo A el 40% de los ingresos durante esa fase (figura 1).

Por otra parte, en cuanto al tipo según motivo de ingreso (figura 2) en la fase C predominaron los pacientes del grupo 2 (complicaciones quirúrgicas) y 3 (otra patología quirúrgica), siendo 0 el grupo 1. Todo ello se justifica por la suspensión de los quirófanos programados al declararse el estado de emergencia, y porque los pacientes quirúrgicos ingresados al ser derivados a HaD para liberar camas hospitalarias todavía precisaban atención de rango hospitalario (curas, drenajes, mediaciones ev) y /o la supervisión de los cirujanos. Asimismo, los pacientes que precisaban estudios preferentes, controles o tratamientos por patologías quirúrgicas no graves que acudían a urgencias también se ingresaban en HaD, al no haber camas hospitalarias y estar colapsada la Atención Primaria.

En cuanto al domicilio, o lugar de residencia de los pacientes, el 38% de todos los ingresados en la HaDQ en este periodo, residían en zona de no cobertura de la HaD, representando el 42% en la fase C. En nuestro hospital ya existía antes de la pandemia, este tipo de pacientes en la HaDQ, se

llamaban técnicos (HDT), ya que su control es telefónico y precisa del apoyo de la Atención Primaria para las curas, analíticas, drenajes y medicación endovenosa, que se coordina con las gestoras de casos. Durante la pandemia, y especialmente en la fase C, a diferencia de lo que se hacía habitualmente, al estar la AP colapsada, los procedimientos y controles de estos pacientes se realizaron en el HD del hospital por la enfermería de HaD y bajo la supervisión del cirujano de HaDQ.

Las cargas de trabajo aumentaron en la fase C, tanto los procedimientos realizados, sobretodo analíticas, drenajes, curas complejas incluyendo TPN, y medicaciones endovenosas especialmente antibioterapia endovenosa, pero también NP, como las visitas tanto domiciliarias, como en HD (médicas y de enfermería) y en consultas externas, así como las consultas telefónicas médicas. Los pacientes eran más complejos, y residían más lejos de la zona de cobertura de la HaD, debiendo ser atendidos igualmente en HD/ consultas externas del hospital por el personal de la HaDQ.

En la fase Pos se produjo un descenso de la mayoría de los procedimientos realizados, disminuyendo las visitas domiciliarias, pero sobretodo las visitas en HD, posiblemente debido a la poca actividad quirúrgica hospitalaria durante los meses anteriores (estado de emergencia de la pandemia por SARS-Cov2), al inicio de la actividad quirúrgica programada, y al funcionamiento de las consultas externas de cirugía general, y los ingresos técnicos sólo representaron un 8%.

En la fase Pre las cargas de trabajo eran menores que en la fase C, pero similares a la fase Pos (28%), diferenciándose en el tipo de procedimiento realizado. En ese período la HaD funcionaba con normalidad, porque todavía no se había declarado el estado de pandemia (figura 3).

Los pacientes del grupo B, fueron pacientes que sólo existieron en nuestra unidad durante la fase C y la fase Pos (figura 2), representando el 75% de la actividad de la fase C. Desaparecieron al definirse el protocolo para el circuito de quirófanos por el SARS-Cov2 de nuestro hospital. Representaron el 26,1% de los pacientes ingresados en la HaDQ en la fase C y sólo el 8,6% en la fase Pos. Demostró la adaptabilidad organizativa de la HaDQ, pudiendo realizar la prueba PCR-COVID19, y el control telefónico médico a los pacientes programados para cirugía electiva, para poder reiniciar la actividad quirúrgica programada en el hospital, hasta redefinir los protocolos hospitalarios adaptados a la nueva situación generada por la pandemia por SARS-Cov2.

## CONCLUSIONES

En conclusión, la HaDQ de nuestro hospital supo reorganizarse desde el inicio de la pandemia, para atender a más pacientes quirúrgicos, siendo un recurso asistencial esencial para la liberación de camas quirúrgicas. Se atendió temporalmente un nuevo tipo de pacientes quirúrgicos, para despistaje preoperatorio de COVID19.

La fase C fue la que generó más pacientes y más carga de trabajo para el equipo de HaDQ (médico y enfermería), realizando atención presencial no sólo en domicilio, sino el HD del hospital y en la consulta externa, así como potenciando las consultas telefónicas, especialmente médicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. González Ramallo VJ, Valdivieso Martínez B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio. Med Clin (Barc). 2002;118 (17):659-64. DOI: 10.1016/s0025-7753(02)72488-3
2. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial

- del Estado núm. 222 (16-09-2006). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030/con>
3. Massa Domínguez B. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp Domic.* 2017;1(1):7-9. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i1.8
  4. Mujal A, Regalado J, Ruiz M, Mirón M, Basterretxea A, Estrada O, et al. Derivación a hospitalización a domicilio de pacientes con infección por COVID-19. *Hosp Domic.* 2020;4(2):59-67. DOI: 10.22585/hospdomic.v4i2.104
  5. Alepuz L, Antón F, Arias J, Espallargues M, Estrada MD, Estrada O, et al. Hospitalización a domicilio [manuscrito en Internet]. Barcelona, España: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2018 [consultado 19-12-2022]. Disponible en: [bit.ly/3C30yOv](http://bit.ly/3C30yOv)
  6. Servei Català de la Salut. Model Organitzatiu d'hospitalització a domicili de Catalunya: Alternativa a l'hospitalització convencional [manuscrito en Internet]. Barcelona, España: Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2020. [consultado 19-12-2022]. Disponible en: [bit.ly/3QZmDSS](http://bit.ly/3QZmDSS)
  7. Pericàs JM, Cucchiari D, Torrallardona-Murphy O, Calvo J, Serralabós J, Alvé E, et al. Hospital at home for the management of COVID19: preliminary experience with 63 patients. *Infection.* 2021;49(2):327-32. DOI: 10.1007/s15010-020-01527-z
  8. Ramírez-Cervantes KL, Romero-Pardo V, Pérez-Tovar C, Martínez-Alés G, Quintana-Díaz M. (2020) A medicalized hotel as a public health resource for the containment of Covid-19: more than a place for quarantining. *J Public Health (Oxf).* 2021;43(1):89-97. DOI: 10.1093/pubmed/fdaa129
  9. Cuesta ML, García E, Martínez MT. La experiencia de medicalizar un hotel en Madrid durante la primera ola de la pandemia COVID-19. *Metas Enferm.* 2020; 23(9):62-8. DOI: 10.35667/MetasEnf.2020.23.1003081664
  10. Torrallardona-Murphy O, Pericàs J, Rabaneda-Lombarte N, Cubedo M, Cucchiari D, Calvo J, et al. Medicalised Hotel as an Alternative to Hospital Care for Management of Non-Critical COVID-19. *Ann Intern Med* 2021;174(9):1338-40. DOI: 10.7326/M21-1873
  11. Barta A, Avalos M, Agasi I, Cardozo C, Seijas N, Ibáñez B. Hospitalización a domicilio y covid-19: impacto psicológico en el personal de enfermería tras un año de pandemia. *ENE.* 2022;16(2):e1354.
  12. Subirana H, Borrell N, Domènech A, Fraga A, Grau I, Castellví J. Unidad de Hospitalización a Domicilio del paciente quirúrgico durante la pandemia de la COVID-19. *Hosp Domic.* 2021;5(1):9-16. DOI: 10.22585/hospdomic.v5i1.111
  13. Álvarez Gallego M, Gortázar de las Casas S, Pascual Migueláñez S, Rubio-Pérez I, Barragán Serrano C, Álvarez Peña E, et al. Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre la actividad y profesionales de un Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo en un hospital terciario. *Cir Esp (Engl Ed).* 2020;98(6):320-27. DOI: 10.1016/j.ciresp.2020.04.001
  14. Arnal Velasco D, Morales-Conde S, coordinadores. Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante la pandemia COVID-19 [manuscrito en Internet]. Madrid, España: Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad; 2020. [consultado 19-12-2022]. Disponible en: [bit.ly/3Wstl1](http://bit.ly/3Wstl1)
  15. Mias MC, Pérez-Ruiz L, Rodríguez S, Massoni A, Solá R, Ros S. Impacto de la hospitalización a domicilio en la cirugía tiroidea: estudio comparativo con la hospitalización convencional. *Rev Calidad Asistencial.* 2002;17(8):619-23. DOI: 10.1016/S1134-282X(02)77554-4