



O-144 - IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN CAMPAÑA QUIRÚRGICA EN ZONA DE ESCASOS RECURSOS EN BOLIVIA

Maestu Fonseca, Ainhoa Aixa¹; Larrañaga Blanc, Itziar²; Romeo Ramírez, Jose Antonio³

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz; ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; ³Hospital Txagorritxu, Vitoria.

Resumen

Objetivos: Describir el diseño, implementación y análisis de resultados de un programa de hospitalización a domicilio de pacientes quirúrgicos en un área rural de una zona de escasos recursos.

Métodos: Diseño de un protocolo de hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos atendidos en una campaña realizada en octubre de 2022 por una ONG española en región rural de Bolivia. Se establecen como criterios de inclusión estabilidad al alta, ausencia de comorbilidades graves, firma y comprensión de consentimiento informado, distancia desde domicilio a centro hospitalario menor de 30 minutos, disponibilidad de número de teléfono de contacto, cuidador capaz o que sea lo suficientemente independiente y no necesidad de tratamiento endovenoso. Se diseñan consentimiento informado, hojas de recogida de datos y encuesta de satisfacción a los pacientes.

Resultados: Se atendieron un total de 37 pacientes en régimen de hospitalización a domicilio, lo que supuso un total de 58 visitas domiciliarias. La edad media fue de 47 años, siendo el paciente mayor de 85 años y el más joven de 5 años. El 65% fueron varones. El 54% estaba intervenido de hernia inguinal (5 fueron bilaterales, 3 recidivadas), 22% hernias umbilicales, 11% colelitiasis, 8% eventraciones y una hernia crural y una onfalitis. Todos los pacientes que se incluyeron firmaron un consentimiento informado y se les dio un teléfono de contacto. El equipo estuvo conformado por personal de enfermería local y expatriado, estudiantes de enfermería, trabajadora social local y médico expatriado. El número de visitas diarias osciló entre 2-8, siendo la media de vistas de 4,4 al día. Cada paciente recibió entre 1 y 2 visitas en función de la evolución. 1 paciente fue dado de alta con drenaje y en el seguimiento domiciliario se pudo retirar sin problemas. Se identificaron 4 infecciones de sitio quirúrgico y seromas que pudieron ser manejados de forma conservadora. No se identificaron complicaciones mayores. Hubo una buena aceptación del programa tanto por parte de los pacientes como del personal local. El disponer de un número de contacto permitió la comunicación e identificación de complicaciones. El acceso a los domicilios permitió identificar necesidad asociadas y hacer actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades. Como limitaciones destaca la dificultad para encontrar los domicilios, la necesidad de un transporte propio y la ausencia de material de curas en los domicilios. Así mismo se identifica dificultad para rellenar los documentos diseñados.



Conclusiones: Los sistemas de hospitalización a domicilio disminuyen el estrés de las campañas quirúrgicas sobre los hospitales locales, y favorecen la autonomía del paciente y su intimidad. Es imprescindible que el personal local forme parte del equipo de hospitalización a domicilio, para que se mantenga. La comunicación favorece la identificación de complicaciones de forma precoz y la aceptación poblacional.