



O-188 - HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO Y PACIENTE QUIRÚRGICO: ¿A DÓNDE HEMOS LLEGADO?

Mias, Carmen; Escartín, Alfredo; Villalobos, Rafael; Maestre, Yolanda; Vela, Frank Fulthon; Mestres, Nuria; Delafuente, M^a Cruz; Olsina Kissler, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Objetivos: Saber qué podemos ofrecer actualmente a los pacientes quirúrgicos de los servicios de Cirugía General en cuanto a Hospitalización a domicilio (HaD), para garantizar la continuidad asistencial especializada en el domicilio.

Métodos: Estudio comparativo de la actividad asistencial que se realizaba en la unidad de HaD quirúrgica de nuestro hospital en el 2010, al inicio del programa, y la que se realiza actualmente, para analizar los cambios producidos desde la remodelación del programa de HaD. El programa de HaD de nuestro hospital se inició en 1997, remodelándose en 2010, definiendo la Hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos o HaDq con enfermera referente experta en paciente quirúrgico y cirujano vinculado al servicio de cirugía. Se han recogido las siguientes variables: ingresos (diarios, mensuales, anuales), edad, sexo, tipo ingreso (control posoperatorio, complicaciones, otros), diagnóstico, tratamiento (médico, quirúrgico) procedimientos realizados (gestión pruebas, analíticas, medicación parenteral, curas, drenajes, NAD, educación sanitaria), estancia media (HaD, hospital), reingresos (programados, urgentes), domicilio (zona cobertura HaD, no zona cobertura), derivación (hospital, CE, Urgencias, otros), unidad quirúrgica (HBP, endocrino, colon, pared, UCHD, otros), visitas médicas (domicilio, hospital día, consultas, telefónicas), visitas enfermería (domicilio, hospital día, consultas externas, telefónicas) recursos humanos (médicos, enfermería). Se realiza un análisis estadístico descriptivo (frecuencia, porcentajes e incremento) y se comparan los resultados de los dos años analizándolos desde un punto de vista cualitativo.

Resultados: Entre los resultados destacamos aquellos que consideramos que tienen impacto para el modelo actual de HaDq de nuestro hospital. Destacamos un incremento del nº total de ingresos, es decir hay más demanda. Se modifica el perfil de pacientes que ingresa, disminuyendo los controles posoperatorios y aumentando los otros dos tipos. En relación a los procedimientos aumenta la gestión de pruebas complementarias para diagnósticos preferentes, las analíticas, y los pacientes con drenajes. Aumenta la complejidad tanto en los pacientes con drenajes (76% de drenajes intraabdominales), como en las curas de las dehiscencias de heridas (43% de TPN). Es de destacar la realización de nuevos procedimientos como la administración de nutrición parenteral (NPD), de corta duración (< 1 mes), pre o posoperatoria. Se han ampliado los criterios de HaDq, incluyendo pacientes de zona de no cobertura de HaD, justificado por la dispersión geográfica de nuestro territorio, que precisa de la colaboración de otros niveles asistenciales (Atención Primaria), y de

gestoras de casos. Actualmente representa el 35% de todos los ingresos, y explica el descenso de visitas domiciliarias de enfermería y el aumento de las visitas telefónicas, visitas en HD y en consultas externas detectado. Por último, confirmamos que la HADq permite liberar camas hospitalarias, ya que facilita las altas precoces de cirugía, y evita ingresos innecesarios, garantizando al paciente la continuidad asistencial especializada.

Conclusiones: La HaD para pacientes quirúrgicos (HaDq) se puede considerar actualmente como una opción de calidad, segura y eficiente para la continuidad asistencial especializada en el domicilio de pacientes estables clínicamente y que lo acepten voluntariamente. Es necesario un equipo de HaD experto en paciente quirúrgico (HaDq).