



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-300 - ADAPTACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) A LAS NECESIDADES DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

Mías, Carmen; Villalobos, Rafael; Escartin, Alfredo; Salvador, Helena; Maestre, Yolanda; González, Ferney; Vela, Frank; Olsina Kissler, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Objetivos: Describir cómo se ha adaptado la gestión de la HaD de nuestro hospital a las necesidades de los pacientes del servicio de cirugía general para poder liberar más camas quirúrgicas garantizando la atención especializada en el domicilio.

Métodos: Se revisan todos los pacientes ingresados en HaD desde nuestro servicio de Cirugía General desde el 2010-2020, para analizar los cambios producidos en el funcionamiento de la HaD para poder adaptarla a las necesidades de los pacientes quirúrgicos. Se recogen las siguientes variables: organigrama HaD de cirugía, criterios de inclusión, diagnóstico, motivo de ingreso, días de estancia en HaD, procedimientos realizados, tipo de visitas, complicaciones, destino al alta, procedencia de los pacientes, zona de cobertura, modalidad de HaD. Se analizan estadísticamente los resultados desde un punto de vista descriptivo cuantitativo y cualitativo, para identificar los cambios que han permitido adaptar la HaD a las necesidades de los pacientes de cirugía general.

Resultados: El total de pacientes ingresados en HaD de cirugía general (HaDC) han sido 3854, (media de 350/año). Aumento progresivo. En 2020 417 pacientes. La HaDC está formada por un cirujano del servicio de cirugía general (responsable), 1 enfermera referente, y 1/2 enfermera de refuerzo de la HaD. Los criterios de inclusión se han modificado. Actualmente solo es imprescindible: voluntariedad, y estabilidad clínica. El motivo de ingreso permite clasificar a los pacientes y gestionar las cargas de trabajo. Se distinguen: controles posoperatorios; complicaciones posoperatorias, y proceso diagnóstico de patología quirúrgica. Se ha producido una disminución progresiva de pacientes para control posoperatorio (del 40% al 2% en 2020), y un aumento de pacientes para proceso diagnóstico (16% al 57% en 2020). La zona de cobertura se amplió a partir del 2015, para poder llegar a pacientes de zona de no cobertura, especialmente para la gestión preferente de pruebas complementarias. Los procedimientos realizados han evolucionado en cuanto a complejidad, destacando la utilización de nutrición parenteral domiciliaria, las curas con TPN avanzada, o la gestión de pruebas de radiología intervencionista sin ingreso hospitalario en los últimos años. Las visitas de HaD, en un principio totalmente presenciales en el domicilio, se han compartido con visitas telefónicas, en hospital de día, o en consultas externas, permitiendo la atención de un mayor número de pacientes sin modificar los recursos humanos de la HaD. La modalidad de HaD empelada ha sido la disminución de estancias (63%) o la evitación de ingresos

(37%). Ha aumentado la modalidad evitación de ingresos hospitalarios, hasta llegar al 47% en el 2019 por incremento de derivaciones desde urgencias, consultas externas y/o atención primaria. En el 2020, durante la pandemia, aumentaron los ingresos procedentes del hospital para liberar camas hospitalarias.

Conclusiones: La HaD de cirugía general se puede adaptar a las necesidades de los pacientes quirúrgicos con la colaboración de un cirujano que coordine y gestione la HaD. Las modificaciones en la gestión de la HaD han permitido dar atención especializada en el domicilio garantizando la calidad asistencial a más pacientes quirúrgicos, y trabajar colaborativamente todos los niveles asistenciales.