



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-399 - HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA QUIRÚRGICA: NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL

Abad, Rebeca¹; Díaz, Beatriz¹; Dani, Lubna¹; Lo Iacono, Victoria¹; Cantero, Ramón²; Rodríguez, Elena¹; Peña, Paloma¹; Fondevila, Constantino²

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid; ²Hospital Universitario la Paz, Madrid; Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ), CIBERehd, Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir y analizar los datos obtenidos de la hospitalización a domicilio quirúrgica (HADOq) desde enero hasta diciembre de 2022 en nuestro Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo. Establecer puntos de mejora. Transmitir nuestra experiencia para convertirnos en servicio quirúrgico de referencia en la implantación de la hospitalización a domicilio (HADO).

Métodos: Pacientes del Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo, con patología transitoria susceptible de ingreso, cumpliendo criterios de HADO y que aceptan esta modalidad de ingreso. Patologías incluidas: diverticulitis aguda Hinchey Ia y Hinchey Ib (creado protocolo expofeso, 40 casos), manejo de estomas, rehabilitación preoperatoria, infecciones del lecho quirúrgico (incluido el manejo de drenajes), apendicitis agudas complicadas, curas, completar antibioterapia intravenosa, control del dolor, colitis isquémica y fístula pancreática. Se ha calculado, en días, el ahorro de estancia y el coste-oportunidad que ha supuesto para nuestro servicio (suma de días de ingreso de pacientes rechazados por falta de cama y por no pertenencia al área de cobertura). Hemos calculado: la estancia media total, la estancia media total de las diverticulitis y según la clasificación de Hinchey, la tasa de reingreso total y la tasa de reingreso de las diverticulitis. Las interconsultas se han realizado vía electrónica y han sido resueltas en el mismo día en que se han realizado. Hay designado un cirujano responsable que informa telefónicamente al servicio de HADO de las interconsultas cursadas. Criterios de exclusión: sepsis, inestabilidad hemodinámica, patología grave intercurrente, signos de peritonitis.

Resultados: 53 interconsultas realizadas, de ellas 29 han sido rechazadas (54%) y 24 aceptadas (46%). Causas de rechazo: no pertenencia al área de cobertura (14), falta de cama (8), rechazo de paciente o familia (2), otras (5). Se han ahorrado 202 días de estancia en nuestro servicio. El coste-oportunidad ha sido de 141 días, de los cuales 44 días se han dejado de ahorrar por falta de cama y 97 días por no pertenencia al área de cobertura. Han reingresado desde HADO dos pacientes: una diverticulitis por alergia a antibiótico y una fístula pancreática para retirada quirúrgica de drenaje. De las 17 diverticulitis tratadas han reingresado 4, como recidiva y no por persistencia de cuadro. Estancia media total: 8,4 días. Estancia media total diverticulitis: 7,1 días. Estancia media Hinchey Ia: 7,2 días. Estancia media Hinchey Ib: 6,6 días. Tasa total de reingreso: 0,08. Tasa de reingreso diverticulitis: 0,05. Tasa recidiva diverticulitis: 0,23.

Conclusiones: según nuestra experiencia, la HADOq es una modalidad de ingreso que tiende a implantarse en nuestro sistema sanitario porque se ha demostrado eficiente, eficaz y segura. Como punto de mejora,

deberíamos reducir la estancia media de diverticulitis Hinchey Ia y establecer protocolos para cirugías como cierre de ileostomía, hemicolectomía derecha y resección de recto con anastomosis +ileostomía de protección. En esta fase inicial, destacamos la implicación del paciente y de la familia, así como el trabajo en equipo con el Servicio de HADO, experiencia que ha sido muy positiva.