



O-169 - CIRUGÍA DE LA PARED ABDOMINAL Y HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: MAYOR COMODIDAD Y EFICIENCIA CON LA MISMA SEGURIDAD

Serrano González, Javier¹; Mirón Rubio, Manuel¹; Díaz Pérez, David¹; Gutiérrez Samaniego, María¹; García Juidías, Alba María¹; Albiach Congosto, Raquel¹; Hamdan Carnerero, Carolina²; Galindo Jara, Pablo¹

¹Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz; ²Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: En los últimos tiempos, gracias a las mejoras realizadas de forma multidisciplinar, el alta hospitalaria de nuestros pacientes es cada vez más precoz. Esto se facilita enormemente gracias al trabajo de las Unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD), que permiten realizar un control diario de los pacientes y administrar tratamientos que, hasta hace relativamente poco tiempo, se consideraban exclusivos del ámbito intrahospitalario.

Objetivos: En el presente estudio se exponen el protocolo y los resultados del manejo posoperatorio de los pacientes sometidos a cirugía de pared abdominal y que fueron dados de alta con Hospitalización a Domicilio durante el periodo 2022-2024.

Métodos: Se recogieron datos de los pacientes intervenidos de pared abdominal por el servicio de Cirugía General durante los años 2022-2024 y que, tras el alta, tuvieron seguimiento por la UHD. Los pacientes candidatos a este manejo son aquellos con soporte familiar o social en su domicilio, con capacidad para entender las indicaciones sobre la situación de ingreso hospitalario domiciliario y en los que no ha habido incidentes inesperados durante la intervención o en las horas inmediatamente posteriores. La analgesia durante las primeras 24-48 horas se basa en analgesia continua intravenosa, con bombas de infusión desechables. El seguimiento es diario en su domicilio y, posteriormente, en la consulta de Cirugía.

Resultados: Los resultados del estudio se recogen en la tabla.

Ítem	Resultados
Tipo de hernia ventral	Hernia incisional: 27 (79,4%)
Hernia primaria: 7 (20,6%)	
Comorbilidades del paciente (Clasificación ASA)	ASA I: 4 (11,8%)
ASA II: 17 (50%)	
ASA III: 12 (35,3%)	
ASA IV: 1 (2,9%)	
Localización del defecto (Clasificación EHS)	M1: 1 (2,9%)
M2: 2 (5,9%)	
M3: 24 (70,5%)	
M5: 1 (2,9%)	

L2: 1 (2,9%)	
Epigástrica (primaria): 5 (14,7%)	
Tamaño del defecto (Clasificación EHS)	Pequeño: 12 (35,3%)
Mediano: 15 (44,1%)	
Grande: 7 (20,6%)	
Tamaño del defecto (transverso, en cm)	Media: 4,8 cm
Rango: 2-12,3 cm	
Tamaño de la malla	Media: 640 cm ²
Rango: 225-2.500 cm ²	
Técnica	Rives (abierto): 19 pacientes (55,9%)
eTEP: 12 pacientes (35,3%)	
TAR: 1 paciente (2,9%)	
TAR endoscópico: 1 paciente (2,9%)	
TAPP: 1 paciente (2,9%)	
Drenaje	Sí: 30 pacientes (88,2%)
No: 4 pacientes (11,8%)	
Días de ingreso hospitalario	Alta en el día: 31 pacientes (91,2%)
1 día: 1 paciente (2,9%)	
2 días: 1 paciente (2,9%)	
3 días: 1 paciente (2,9%)	
Días de hospitalización domiciliaria	Media: 6,6 días
Rango: 2-18 días.	
Visita a urgencias	No: 27 pacientes (79,4%)
Sí: 7 pacientes (20,6%)	
Reingreso hospitalario	No: 33 pacientes (97,1%)
Sí: 1 paciente (2,9%)	

Conclusiones: El apoyo de la UHD es una herramienta práctica en el posoperatorio de los pacientes de pared abdominal, ya que permite un alta hospitalaria temprana, con la satisfacción para el paciente y la disminución del gasto sanitario que esto conlleva. Además, al tener un mayor seguimiento en sus domicilios, las visitas a urgencias disminuyen tras la intervención, siendo la probabilidad de reingreso muy baja.