


DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v8i2.211>

Un antes y un después en la hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos: estudio transversal descriptivo

From past to present in surgical home hospitalization: a descriptive retrospective cross-sectional study

M^a Carmen Mias-Carballal^{1,2,3}  0000-0002-3138-3652

Frank Fulthon Vela-Polanco^{1,3}

María Rufas-Acín^{1,2,3}

Noemí Martín Ruano³

Alfredo Escartín-Arias^{1,2,3}

Rafael Villalobos-Mori^{1,2,3}

Jorge Juan Olsina-Kissler^{1,3}

1. Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Servicio de Cirugía General, Lleida, España.
2. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Lleida, España.
3. Instituto de Investigación Biomédica de Lleida (IRBLleida), Lleida, España.

Correspondencia/Correspondence

M^a Carmen Mias Carballal
mcmias.lleida.ics@gencat.cat

Recibido/Received

16.04.2024

Aceptado/Accepted

26.06.2024

Conflicto de Intereses/Competing interest

No existe ningún conflicto de interés.

Financiación/Funding

Este trabajo no ha sido financiado.

Contribuciones de autoría/Author contributions

FFVP (traducción inglés), RVM (revisión contenido), AEA (revisión estadística); MRA, NMR (recogida datos), JJOK (revisión crítica).

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Mias-Carballal MC, Vela-Polanco MF, Rufas-Acín M, Martín N, Escartín-Arias A, Villalobos-Mori R, Olsina-Kissler JJ. Un antes y un después en la hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos: estudio transversal descriptivo. *Hosp Domic.* 2024;8(2):47-60.

RESUMEN

Introducción: La Hospitalización a domicilio quirúrgica (HaDQ) es una prestación hospitalaria para pacientes quirúrgicos con indicación de HaD, estabilidad clínica, cuidador y voluntariedad. Facilita acortar estancias hospitalarias quirúrgicas (early discharge), o evitar ingresos hospitalarios (admission avoidance). Es segura y eficiente. Su flexibilidad organizativa le permite adaptarse a las necesidades cambiantes de los servicios hospitalarios quirúrgicos.

Método: Estudio transversal comparativo de la actividad de la HaDQ de nuestro hospital en dos momentos de su funcionamiento: inicio (2010) y ahora (2021), para analizar los cambios que se han producido y si justifican la evolución y el futuro de la HaDQ.

Se analizan las variables: ingresos, estancia media, procedimientos, visitas, modalidad de HaD, unidad derivativa, procedencia, zona de cobertura.

Resultados: Los cambios destacados en el 2021 son: mayor demanda de HaD para pacientes quirúrgicos (+69%), representando el 22% de las altas del servicio de cirugía general; cambio del perfil de pacientes, más pacientes quirúrgicos no operados, y postoperatorios complicados; incremento de curas complejas (+10%) y controles de drenajes abdominales (+20%); cambio del número y tipo de visitas, realizando menos visitas domiciliarias programadas y no esperadas (-43%), pero incorporando visitas telefónicas de seguimiento, visitas en Hospital de Día, e incrementando CCEE preferentes médicas (+189%); incremento de la modalidad admission avoidance (30%) ; e inclusión de pacientes de fuera de zona de cobertura (33%).

Conclusiones: Los cambios en la HaDQ han permitido atender con hospitalización a domicilio a un mayor número de pacientes quirúrgicos, adaptándose a las necesidades del servicio de cirugía general.

Palabras clave: Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios; ; Infecciones por Coronavirus; Capacidad de Camas en Hospitales; Ocupación de Camas; Alta del Paciente; Hospitalización.

ABSTRACT

Introduction: Surgical Home Hospitalization (SHH) is a program for surgical patients eligible for Home Hospitalization (HH), focusing on clinical stability and voluntary participation. It aims to reduce surgical hospital stays or prevent unnecessary admissions, prioritizing safety and efficiency. Its adaptable structure meets evolving surgical service needs.

Method: A comparative cross-sectional study of SHH activity was conducted in our hospital spanning two periods: from its establishment in 2010 to the present year, 2021. The objective was to analyze the observed changes and assess whether they justify the progression and sustainability of SHH. Various variables were examined, including admissions, average length of stay, procedures, visits, SHH modality, derivative unit origin, and coverage area.

Results: Significant changes were observed in 2021, including a substantial 69% increase in demand for SHH among surgical patients, comprising 22% of discharges from the general surgery ward. There was a notable shift in patient demographics, with a higher proportion of non-operated surgical cases and complex postoperative scenarios. Additionally, complex wound care saw a 10% increase, while abdominal drainage controls rose by 20%. Although there was a 43% decrease in scheduled and unscheduled home visits, alternative forms of engagement such as follow-up phone calls, Day Hospital visits, and preferred medical consultations increased by 189%. Furthermore, there was a 30% rise in the utilization of admission avoidance modalities and a 33% expansion in patients from outside the coverage area.

Conclusions: In conclusion, SHH evolution has enhanced care for surgical patients, aligning with general surgery service needs.

Keywords: Home Care Services, Hospital-Based; Home Care Services; Ambulatory Surgical Procedures; SARS Virus; Coronavirus Infections; SARS-CoV-2; Hospital Bed Capacity; Bed Occupancy; Patient Discharge; Hospitalization.

INTRODUCCIÓN

La Hospitalización a domicilio (HaD) nos es sólo es una prestación sanitaria incluida en la cartera de servicios hospitalaria por el Ministerio de Sanidad (RD/1030/2006) como soporte a la Atención Primaria⁽¹⁾, sino una modalidad asistencial⁽²⁾ capaz de ofrecer atención en el domicilio durante un periodo de tiempo limitado para realizar procedimientos en cantidad y calidad de rango hospitalario por un equipo asistencial dependiente del hospital cuando los pacientes ya no precisan de la infraestructura hospitalaria, pero sí de un control activo y de atención especializada⁽²⁻⁷⁾.

La Hospitalización a domicilio quirúrgica (HaDQ) ofrece esta prestación a los pacientes quirúrgicos que cumplan los requisitos fundamentales de HaD: estabilidad clínica, cuidador y voluntariedad⁽³⁾. Se convierte así, en otra modalidad asistencial^(2,3,6,15) para acortar estancias hospitalarias quirúrgicas (*early discharge*)^(5,8), pero también para evitar ingresos hospitalarios (*admission avoidance*)^(5,9) de pacientes quirúrgicos^(11,16), mejorando su calidad de vida, y alejándolos de los riesgos del hospital^(2,4,5,8,11,12).

La HaD no es un modelo asistencial estático, ya que su flexibilidad organizativa le permite adaptarse a las nuevas necesidades asistenciales de los servicios hospitalarios^(2,7), médicos o quirúrgicos⁽¹⁰⁾.

La innovación tecnológica en cirugía como la cirugía mínimamente invasiva, la laparoscopia y actualmente la robótica han modificado el uso de recursos hospitalarios para los pacientes quirúrgicos creando nuevas modalidades asistenciales alternativas a la hospitalización como la cirugía mayor ambulatoria, en la que el paciente no pernocta en el hospital⁽¹⁵⁾, o la cirugía de corta estancia, con una estancia mínima en el hospital⁽¹⁶⁾. La hospitalización a domicilio, se incorpora como una alternativa asistencial más de apoyo en el domicilio por un periodo de tiempo limitado, por un equipo del hospital, para evitar ingresos o disminuir estancias hospitalarias, mejorando la calidad de vida de los pacientes quirúrgicos^(8,15,16).

La HaD está todavía poco usada por los servicios quirúrgicos^(10,15,16), porque precisa de una unidad de HaD, de la que no disponen todos los hospitales, y su funcionamiento es diferente según los países, o los mismos hospitales^(2,4,5), porque dependen de las distintas políticas sanitarias. Pero precisamente esa diversidad es la que puede permitir que cada servicio de cirugía adapte la prestación hospitalización a domicilio a sus necesidades^(12,13), y negocie con las gerencias correspondientes un modelo de HaD adaptado y consensuado, como se produjo durante la pandemia por el SarsCov2⁽¹²⁻¹⁶⁾.

En nuestro hospital disponemos de una HaDQ desde el año 2010, aunque nuestra experiencia en pacientes quirúrgicos en HaD ya es anterior⁽¹¹⁾. En el 2010 se remodeló la unidad de Hospitalización a domicilio del hospital, y se creó una unidad dentro del mismo servicio de Cirugía General en la que un cirujano se encargaba de controlar todos los pacientes que se derivaban a HaD, que se denominó Unidad de Curas Hospitalarias domiciliarias (UCHD). Para ello se consensuó con la unidad de HaD la disponibilidad de un pequeño equipo de la enfermería de la HaD del hospital que se formó específicamente en atención al paciente quirúrgico⁽¹⁰⁾.

Actualmente existe la figura de enfermera referente experta en paciente quirúrgico^(10,14), encargada de coordinar con el cirujano responsable las tareas diarias que se deben realizar en los pacientes quirúrgicos ingresados. Este grupo de enfermeras se comparte con otras especialidades quirúrgicas que también utilizan la HaD como Cirugía Vasculor y COT.

A partir del 2013 se incluyeron en la HaDQ pacientes quirúrgicos de zona de no cobertura⁽¹⁰⁾. Inicialmente sólo se pretendía la realización preferente de analíticas y pruebas, ofreciendo un control telefónico, o una consulta preferente de apoyo. Posteriormente se rediseñó la HaDQ para poder incluir la atención de este tipo de pacientes, incorporando el control telefónico (*call center*), el hospital

de día, la consulta externa preferente, y los equipos de soporte de Atención Primaria mediante las gestoras de casos. Durante el período inicial de la pandemia por Sars-Cov2 del 2020 esta opción fue fundamental para poder liberar camas hospitalarias⁽¹⁴⁾. En la actualidad ingresan habitualmente pacientes quirúrgicos de zona de no cobertura⁽¹⁴⁾, y se informa y gestiona el tipo de atención que HaDQ puede ofrecer a cada paciente.

En este trabajo compararemos la actividad de la HaDQ, es decir los pacientes procedentes del Servicio de Cirugía General que ingresaron en la HaDQ en dos momentos seleccionados: el primer año de funcionamiento (2010), y actualmente (2021) para identificar los cambios que se han producido, y como pueden condicionar el futuro de la HaDQ.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo transversal analítico de la actividad tras 11 años de funcionamiento del modelo "Hospitalización a Domicilio quirúrgica" (HaDQ) de nuestro hospital.

Para ello, a partir de la base de datos de la unidad de CHD del servicio de cirugía general que recoge todos los pacientes ingresados en la HaDQ, revisaremos la actividad del primer año de inicio del nuevo modelo de HaDQ (2010) y la del año 2021 para analizar los cambios que se han producido durante estos años y valorar su impacto en el futuro funcionamiento de la HaDQ.

Se recogen las variables: ingresos (HaD, HaDQ, cirugía), edad, tipo pacientes (perfil 1 o postoperatorios precoces, perfil 2 o complicaciones postoperatorias, perfil 3 o patología quirúrgica no operada), días de estancia (HaD, hospital), tipo visita (presencial, teléfono, hospital de día, consultas externas), profesional que realiza la visita (médico, enfermera), visitas (presencial, telefónica), procedimientos realizados (analíticas, curas, drenajes, pruebas, analíticas, suplementación nutricional (oral, NaD), otras), derivación (hospital, urgencias, consultas externas, otros dispositivos asistenciales), procedencia (unidad de derivación de Cirugía: HBP, COLON, END, PARED, CHD), domicilio del paciente (zona cobertura HaD, zona no cobertura HaD), reingresos (hospital, HaDQ); tipo de reingresos (urgentes, nueva patología).

Se definen como variables de impacto (VI): ingresos (1), perfil de pacientes (2), procedimientos (3), visitas (4), estancia (5), modalidad HaD (6), unidad derivativa (7), zona de cobertura (8), sobre las que se analizarán los cambios que se han producido en el funcionamiento de la HaDQ

Se realiza un análisis estadístico cuantitativo y descriptivo de las variables de impacto (frecuencia, porcentajes e incrementos porcentuales), y un análisis cualitativo comparativo de los mismos, para identificar modificaciones relevantes para el futuro de la HaDQ.

RESULTADOS

Exponemos a continuación los resultados del análisis descriptivo y comparativo de las variables de impacto.

Ingresos

En el año 2021 hubo más ingresos totales. Se produjo un incremento de un 69% con respecto a los ingresos del 2010 (Tabla 1).

Tabla 1: Resultados globales de las variables con impacto

VI	HAD quirúrgica	2010	%	2021	%	Incremento %
1	Ingresos.	296		501		69,3
2	Perfil 1 (postop).	119	40,2	7	1,4	-94,1
	Perfil 2 (complicaciones).	125	42,2	182	36,3	45,6
	Perfil 3 (otros).	52	17,6	312	62,3	500,0
3	Procedimientos.	480		1098		128,8
	VI.	2089	88,6	1366	73,2	-34,6
4	VM.	269	11,4	501	26,8	86,2
5	EM HADQ	6,7		6,1		-9,1
6	Altas precoces.	271	91,6	307	61,3	13,3
	Evitación ingresos.	25	8,4	194	38,7	676,0
7	Procedencia HBP.	194	65,5	307	61,3	58,2
	Procedencia COLON.	77	26,0	72	14,4	-6,5
	Procedencia END.	11	3,7	2	0,4	-81,8
	Procedencia PARED.	6	2,0	23	4,6	283,3
	Procedencia UCHD.	8	2,7	75	15,0	837,5
	Otras unidades*.	0		22	4,4	
8	Zona cobertura.	296	100,0	267	53,3	-9,8
	Zona NO cobertura*.	0		168	33,5	

Este incremento de pacientes ingresados se refleja en un incremento del 31% de las altas de cirugía con HaDQ en el 2021 (Tabla 2).

La HaDQ continúa representando el 32% de los ingresos de toda la HaD, como en el 2010 (Tabla 2).

Tabla 2: Incremento de la HADQ para HAD y servicio de cirugía

	Altas CIR	%	Ingr HADQ	%	Ingr HAD
2010	1998	14,8	296	32,3	916
2021	2328	21,5	501	31,8	1576
Incremento.		31,2		-1,7	

Perfil de paciente

En 2021 se han mantenido los tres tipos de perfiles de pacientes iniciales (2010), pero han cambiado sus proporciones. Así, el perfil 1 (postoperatorio alta precoz/CMA) ha presentado un decremento del 94% en el 2021, el perfil 2 (complicaciones postoperatorias) un incremento del 45%, y el perfil 3 (paciente quirúrgico no operado) un incremento del 500% en el 2021 (Tabla 1). En el 2021 el perfil más frecuente es el perfil 3, pacientes con patología quirúrgica no operados (62%), mientras que en el 2010 era el menos frecuente (18%). El perfil 1, que en el 2010 representaba el 41% de los ingresos, en el 2021 sólo representó el 1,4%. El perfil 2 que en el 2010 era el más frecuente (42%), se mantuvo, y en el 2021 representó el 36% de los pacientes ingresados (Tabla 1).

Procedimientos

Se realizaron en total más procedimientos en el 2021 (+128%) (Tabla 1). Se observó un incremento de la gestión de pruebas (+773%), de las analíticas (+250%), y del control de drenajes (+53%), pero un decremento del nº total de curas de heridas (-25%) (Tabla 3). Se ha producido un cambio en el tipo de procedimiento que precisan los pacientes quirúrgicos en HaDQ. El más demandado en 2010, las curas (84,5%), en el 2021 sólo representó el 37,3%. Los más solicitados en 2021 fueron las analíticas (57%) y la gestión de pruebas (66%). (Tabla 3).

Tabla 3: Resultados desglosados de las variables con impacto

VI	HAD QUIRURGICA	2010	%	2021	%	Increm %
1	Ingresos en HaDQ.	296		501		69,3
2	Perfil 1 (postop).	119	40,2	7	1,4	-94,1
	Perfil 2 (complicaciones).	125	42,2	182	36,3	45,6
	Perfil 3 (otros).	52	17,6	312	62,3	500,0
3	Curas.	250	84,5	187	37,3	-25,2
	Drenajes.	53	17,9	81	16,2	52,8

VI	HAD QUIRURGICA	2010	%	2021	%	Increment %
	Medicación ev.	57	19,3	62	12,4	8,8
	Analítica.	82	27,7	287	57,3	250,0
	Gestión pruebas.	38	12,8	332	66,3	773,7
	PCRCOVID 19.	0	0,0	30	6,0	
	Cultivos*.	0	0,0	18	3,6	
	Preoperatorios*.	0	0,0	23	4,6	
	SNO*.	0	0,0	39	7,8	
	NAD*.	0	0,0	13	2,6	
	Otras*.	0	0,0	26	5,2	
4	VID.	2012	96,3	1219	86	-39,4
	VIT.	77	3,7	116	8	50,6
	VIHD*.	0	0,0	81	6	
	VMD.	170	63,9	15	3,0	-91,2
4	VMHD*.	0	0,0	51	10,2	
	VMT*.	0	0,0	149	29,7	
	CCEE.	99	37,2	286	57,1	188,9
5	EtHaDq.	1980		3053		54,2
	EmHaDQ.	6,7		6,1		-9,1
	EmHOSP.	7,27		5,95		-18,2
	Pacientes/día.	5,4		8,4		55,6
6	Derivaciones HOSP.	271	91,6	307	61,3	13,3
	Derivaciones CCEE.	10	3,4	103	20,6	930,0
	Derivaciones URG.	10	3,4	87	17,4	770,0

VI	HAD QUIRURGICA	2010	%	2021	%	Increment %
	Derivaciones CMA.	5	1,7	2	0,4	-60,0
	Derivaciones AP/SS.	0	0,0	2	0,4	
7	Procedencia HBP.	194	65,5	307	61,3	58,2
	Procedencia COLON.	77	26,0	72	14,4	-6,5
	Procedencia END.	11	3,7	2	0,4	-81,8
	Procedencia PARED.	6	2,0	23	4,6	283,3
	Procedencia UCHD.	8	2,7	75	15,0	837,5
	Otras unidades*.	0	0,0	22	4,4	
8	Zona cobertura.	296	100,0	267	53,3	-9,8
	Zona NO cobertura*.	0	0,0	168	33,5	

En detalle (Tabla 4), se observan cambios relevantes entre los dos años en algunos de ellos (tipo de drenajes, soporte nutricional, curas y medicación endovenosa). Así, en el 2021 se observa un aumento del control de drenajes intraabdominales (56%) y un descenso de los subcutáneos (12%), así como la necesidad de control de otros tipos de drenajes, como torácicos en un 18% (Tabla 4). También se observa la administración no sólo de nutrición enteral (NED), sino de nutrición parenteral en el domicilio (NPD) (Tabla 4). Las curas que ya hemos visto que sólo representan el 37% de los procedimientos en 2021, el 47% fueron curas complejas y un 19% curas complejas con TPN (tabla 4). Sobre la medicación endovenosa observamos que la antibioterapia endovenosa desciende en el 2021 (73%), pero se registra otro tipo de medicación endovenosa (27%), que hace que la medicación endovenosa aumente globalmente en el 2021 un 9% (Tabla 4).

Tabla 4: Procedimientos más relevantes

Drenajes	2010	%	2021	%
Subcutáneos	33	61,1	10	12,2
Intraabdominales	19	35,2	46	56,1
Torácicos.	0	0,0	15	18,3
Otros.	2	3,7	11	13,4
Total.	54		82	

NAD.	2010	%	2021	%
NED.	0		8	61,5
NPD.	0		5	38,5
Total.	0		13	
Curas.	2010	%	2021	%
Planas.	158	62,9	64	34,2
Complejas.	92	36,7	87	46,5
Complejas con TPN.	1	0,4	36	19,3
Total.	251		187	
Medicación ev.	2010	%	2021	%
Antibiótico ev.	57	100	41	73,2
Otra medicación ev.	0		15	26,8
Total.	57		56	

Visitas

Las **visitas de enfermería** (VI) disminuyeron globalmente en el 2021, lo que representa un decremento del 34%, a pesar del incremento de pacientes ingresados. Las **visitas médicas** globales se incrementaron en un 86%. (Tabla 1). La disminución global de las visitas de enfermería en el 2021 fue a expensas de las visitas presenciales (VID), que representaron un 39%, pero se incrementaron las visitas telefónicas (VIT) en un 51%, y se registró un nuevo tipo de visitas, las que se realizan en Hospital de Día (VIHD) del hospital, representando el 2% de todas las VI (Tabla 3). Las visitas médicas también sufrieron cambios en el 2021, disminuyendo drásticamente las visitas en domicilio (VMD) (-91%), y aumentando las visitas en consultas externas (+189%), representando el 57% de todas las visitas médicas. Se registran también otro tipo de visitas médicas: telefónicas (VMT), al 30% de los pacientes ingresados, y en Hospital de Día (VMHD), al 10% de los pacientes ingresados en HaDQ (Tabla 3).

Estancia media

La estancia media de la HaDQ se recortó en 0,5 días en el 2021, situándose en 6,1 días (Tabla 1). La estancia total en la HaDQ se incrementa en un 54,2% (Tabla 3), lo que comporta un incremento sobre el nº pacientes/día ingresados en la HaDQ, de 5,4 en el 2010 a 8,4 pacientes/día en el 2021 (Tabla 3).

Modalidad de HaD

En el 2021 se produjo un gran incremento de ingresos en la *modalidad HaD evitación de ingreso*, (+676%), representando en el 2021 el 39% de todos los ingresos (Tabla 1). A pesar su incremento global, se observa una disminución de los ingresos procedentes de CMA, con un decremento del 60%, pero un incremento importante de los ingresos procedentes de urgencias (+770%), representando el 17% de todos los ingresos en el 2021, frente al 3% del 2010 (tabla 3), y un aumento de los ingresos desde consultas externas (+990%), representando en el 2021 el 20% de todos los ingresos. Los pacientes procedentes de hospitalización (*modalidad de HaD alta precoz*) continúan siendo los más prevalentes, con un incremento del 13% (Tabla 1) representando el 61% de los ingresos en el 2021. (Tabla 1).

Unidad derivativa

Los pacientes proceden de las distintas unidades del servicio de cirugía general: Hepato-bilio-pancreática (HBP), Colon, Endocrino, Pared, UCHD, y otras (plástica y torácica) (tabla 1). Se observa que las unidades que han incrementado las derivaciones en el 2021 han sido HBP (+58%), Pared (+283%) y la propia UCHD (837%), y que ha sufrido un importante decremento de derivaciones Endocrino (-81%) (Tabla 1). La unidad HBP sigue siendo la unidad que deriva más pacientes representando el 61% del total de ingresos en el 2021 (tabla 2). La unidad de Colon derivó el 2021 el 14% (menor que en el 2010), Pared el 5% (mayor que en el 2010), Endocrino un 0,4% (inferior al 4% del 2010), UCHD un 15% (mayor al 8% del 2010), y se han registrado un 5% desde derivaciones desde las nuevas unidades del servicio de cirugía (Tabla 1).

Zona de cobertura

En el 2010 el 100% de los pacientes eran de zona de cobertura, pero en el 2021 sólo representan el 53%, el resto (34%) son pacientes quirúrgicos que residen fuera de la zona de cobertura geográfica de la HaD (Tabla 3), y por lo tanto pacientes que no ingresaban en la HaDQ en el 2010.

DISCUSIÓN

La Hospitalización a Domicilio (HaD) es un modelo asistencial de atención domiciliaria que da soporte a la atención primaria durante un periodo de tiempo determinado⁽¹⁾, a pacientes que precisarían estar ingresados en el hospital por la complejidad o intensidad de los procedimientos que precisa, o por necesitar la supervisión de especialistas hospitalarios^(2,3).

La flexibilidad del modelo asistencial HaD^(2,3,10), permite que se adapte fácilmente a las necesidades generadas por los distintos equipos de HaD^(4,5,9,11-14,18,19), pero al mismo tiempo condiciona una heterogeneidad de funcionamiento entre ellos, que impiden una valoración adecuada de la utilidad del modelo^(2,6-8,14,16,18,19). La Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) trabaja para editar documentos de consenso que puedan servir de directrices a las distintas unidades de HaD, y puedan trabajar de manera homogénea, respetando sus necesidades y posibilidades estratégicas^(6,7,9-14,18,20,21).

En nuestro hospital existe unidad de HaD (UHAD) desde el año 1997, y tiene diferenciada una HaD para pacientes quirúrgicos (HaDQ) desde el 2010⁽¹⁴⁾. Está formada por enfermería entrenada

en atención a pacientes quirúrgicos, con un enfermero experto referente que los coordina. Trabajan con los especialistas quirúrgicos (cirugía general, cirugía vascular y COT). El servicio de cirugía es el que deriva más pacientes, por lo que dispone de un cirujano dedicado exclusivamente a HaDQ. Si se precisa más enfermería se gestiona con el resto de personal de la HAD^(10,11,14).

En el año 2013 se incluyeron en la HaDQ pacientes de fuera de zona de cobertura, muy útil durante la pandemia por SarsCov2⁽¹⁴⁾. Fue necesario gestionar la coordinación con la Atención Primaria (gestoras de casos hospitalarias), y el acceso a consultas externas de cirugía, hospital de día y pruebas diagnósticas de manera preferente con un tiempo de respuesta similar al del paciente ingresado en el hospital⁽¹⁴⁾.

En nuestro trabajo hemos identificado cambios en las variables estudiadas que se justifican por la adaptación de la HaDQ a las necesidades progresivas de HaD de los pacientes del servicio de cirugía de nuestro hospital, referente de una región sanitaria geográficamente muy extensa.

En primer lugar, se observa un aumento de pacientes ingresados en la HaDQ en el 2021, con respecto al 2010, lo que indica una mayor demanda (+69%) de esta prestación hospitalaria⁽¹⁾ o modalidad asistencial⁽³⁾.

Este incremento ha comportado un aumento de las estancias totales en HaDQ, pero no de estancia media, que se ha acortado 0,5 días, por una gestión más eficiente. Sin embargo, se ha producido un incremento del número de pacientes/día ingresados en la HaDQ en el 2021, que repercutirá en las cargas de trabajo diarias, así como del personal de enfermería necesario.

Por otra parte, no ha variado su impacto en los ingresos totales de la UHAD del hospital, ya que sigue representando el 32% de sus ingresos, lo que indica un incremento de la demanda general de HaD en el hospital.

En el servicio de Cirugía en el 2021 representan el 22% de las altas del servicio, frente al 14% del 2010, pero su impacto es desigual. La unidad HBP sigue aumentando sus derivaciones (+58%), siendo la unidad que realiza más ingresos (61%). La unidad de pared también ha aumentado las derivaciones (+283%), pero sólo representa el 5% de los ingresos. Se observa la aparición de ingresos procedentes de otras unidades de cirugía que no existían en el 2010. La patología hepato-bilio-pancreática es muy frecuente en nuestro hospital, siendo necesario revisar cuál es su impacto real en la HaDQ, así como averiguar cuáles son las necesidades de HaDQ para cada unidad y poder estimar su impacto en un futuro.

En segundo lugar, observamos un cambio en el tipo de paciente ingresado en HaDQ, que se manifiesta por los resultados del perfil de pacientes, procedimientos y visitas, sugiriendo una mayor complejidad de los pacientes ingresados, repercutiendo en las cargas de trabajo de la unidad y en la manera de realizarlo.

Así se observan cambios en el porcentaje entre los tres perfiles de pacientes definidos en el 2010⁽¹⁰⁾, y que se ajustan a los consensuados en la Cartera de Servicios de la SEHAD⁽⁷⁾. En el 2010 el más frecuente era el perfil 2 (complicaciones postoperatorias), mientras que en el 2021 aumenta mucho (+500%) el perfil 3 (quirúrgicos no operados) y disminuye (-94%) el perfil 1 (postoperatorios con alta precoz). Ello conlleva cambios en la organización y funcionamiento de la HaDQ recogidos en los resultados de procedimientos y visitas fundamentalmente.

Así los procedimientos aumentaron en el 2021, como era de esperar, por el incremento de ingresos, pero de manera distinta para los diferentes tipos de procedimientos que precisan los pacientes ingresados en HaDQ. En el 2021 se realizaron menos curas, pero más complejas (66%), y concretamente curas con TPN (19%), y aumentó el número de pacientes con drenajes (53%), el 56% intraabdominales, lo que indica pacientes más complejos. La administración de medicación endovenosa también aumentó, pero menos de lo esperado, debido a la disminución de la antibioterapia endovenosa, pero se realizaron otras perfusiones endovenosas como Nutrición Parenteral (NPD). Identificamos la utilidad de la HaDQ para la administración de nutrición artificial domiciliaria

(NAD) en el paciente quirúrgico, aunque su impacto en nuestra unidad, todavía es pequeño cuantitativamente con respecto a otras unidades de HaD^(19,20). Aumentó la gestión de pruebas y analíticas de control, relacionado con el tipo del perfil de pacientes ingresados en el 2021. El perfil 3 es un tipo de paciente quirúrgico demandante de pruebas preferentes para evitar el ingreso hospitalario preoperatorio (8). Por último, en cuanto a procedimientos realizados se han incorporado en el 2021, pruebas de laboratorio que no se realizaban en el 2010, como la PCR COVID19, que se empezó a realizar con la pandemia por el Sars-Cov2⁽¹⁴⁾, los cultivos y los niveles antibióticos cada vez más usados para garantizar la seguridad en la administración de determinados antibióticos^(21,22).

Respecto a las visitas realizadas por el equipo de HaDQ, se ha producido un cambio en el número, tipo de visitas y profesional que las realiza. En el 2010 las enfermeras realizaban visitas presenciales, (programadas y no programadas) y telefónicas. En el 2021, las visitas de enfermería disminuyen globalmente (-34%) a expensas de las presenciales (-39%), pero aumentan las telefónicas (+51%) y se realizan otras visitas en HD (2%). En cuanto a las visitas médicas aumentaron globalmente en el 2021 (+86%), pero disminuyendo las presenciales (-91%), y aumentando telefónicas de seguimiento o *call center* (30%), en HD (10%) y en CCEE preferente (+189%). Se ha objetivado un cambio en la manera de atender a los pacientes en HaDQ, debido tanto a los perfiles de pacientes como al aumentar los pacientes de fuera de zona de cobertura. El perfil 3 conlleva más gestión de pruebas (menos visitas presenciales, y más consultas telefónicas), y el perfil 2 (complicaciones postoperatorias) más visitas presenciales en domicilio, en HD y CCEE⁽⁸⁾. Estos cambios implicarán una reorganización de las cargas de trabajo del equipo de HaDQ, así como un cambio estructural a favor de digitalizar la HaDQ, como ya existe en algunos hospitales que disponen de tele-asistencia^(12,17).

En tercer lugar, se han producido cambios en el tipo de modalidad asistencial de la HaD. La modalidad *HaD evitación de ingresos* ha aumentado en el 2021, aunque la modalidad *HaD alta precoz*^(4,16) continúa siendo la prioritaria para liberar camas quirúrgicas hospitalarias (tabla 1). Ello ha sido debido al incremento de pacientes procedentes de Urgencias (17%), y CCEE (21). En el 2021 se han mantenido las derivaciones desde la CMA, para evitar ingresos hospitalarios (15) aunque sólo hayan representado el 0,4%. Pensamos que deberían revisarse los protocolos existentes de CMA en el hospital, y valorar nuevas indicaciones de ambulatorización de procesos quirúrgicos que precisen de control por HaDQ durante 24-48h^(8,15).

En cuarto lugar, existe un nuevo tipo de paciente candidato a HaDQ en el 2021. Se trata de pacientes de fuera de zona de cobertura, hasta ahora uno de los criterios de ingreso en HaD (2,3,7). En el 2021 representa un 33% del total de los ingresos en la HaDQ. En el 2010 no se atendía en HaDQ, y se quedaba ingresado en el hospital. Nuestro hospital es referente de dos regiones sanitarias con una gran dispersión geográfica, por lo que se decidió ingresar en HaDQ pacientes de zona de no cobertura en el 2013. Se adaptó el modelo organizativo de la HaDQ con consultas telefónicas de seguimiento, uso preferente de recursos hospitalarios de atención ambulatoria (HD, CCEE) para realizar visitas presenciales, y colaboración de la Atención Primaria. Así se pueden ingresar más pacientes del perfil 3 directamente desde Urgencias, y pacientes del perfil 2, que antes no ingresaban. Para ello ha sido indispensable la figura de las gestoras de casos hospitalarias que coordinan la HaDQ con la Atención Primaria⁽¹⁴⁾. Esta iniciativa se potenció en el inicio de la pandemia por Sars-Cov2 para liberar camas quirúrgicas⁽¹⁴⁾.

Por último, queremos destacar el impacto de la HaDQ sobre la gestión de camas hospitalarias. En el 2021 se ingresaron en HaDQ 501 pacientes, de los cuales 307 procedían del hospital y 194 no ingresaron, lo que implica que cada día se liberaron 1,4 camas quirúrgicas, de las que el hospital puede disponer, mientras que en el 2010 sólo fueron 0,8 camas/día.

En resumen, la HaDQ de nuestro hospital ha aumentado su actividad y ha modificado su funcionamiento para poder ofrecer atención de HaD a un mayor número de pacientes quirúrgicos, dando respuesta a la demanda actual del servicio de cirugía general.

La flexibilidad organizativa y el esfuerzo de gestión realizado por la propia HaDQ lo ha hecho posible, pero será necesario revisar las cargas de trabajo para poder planificar los recursos humanos del futuro.

La HaDQ ha de ampliar su cartera de servicios incluyendo más pacientes del perfil 1 (postoperatorios precoces de cirugía más compleja (pancreática, hepática, obesidad mórbida, etc.) o como soporte a la CMA para la ambulatorización de más procedimientos quirúrgicos (eventroplastias, colecistectomías, tiroidectomías totales, etc.), ingresando más pacientes del perfil 2 (estables de sus complicaciones complejas postoperatorias) para acortarles estancias en el hospital, y aumentando los pacientes del perfil 3, incluyendo la prehabilitación preoperatoria, y el soporte nutricional artificial enteral o parenteral, entre otros.

La HaD para pacientes quirúrgicos es una modalidad eficaz, eficiente y segura que mejora la calidad de vida del paciente y del cuidador empoderándolos en su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. «BOE» núm. 222, de 16 de septiembre de 2006. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030/con> [consultado el 2/4/24]
2. Massa Domínguez, B. (2017). La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp Domic.* 2017;1(1):7-9. DOI: 0.22585/hospdomic.v1i1.8
3. González VJ, Valdivieso B, Ruiz V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc).* 2002;118(17):659-64. DOI: 10.1016/S0025-7753(02)72488-3
4. Servei Català de la Salut. Model Organitzatiu d'hospitalització a domicili de Catalunya: Una alternativa a l'hospitalització convencional [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2020 [consultado 02/04/2024]. Disponible en: <https://bit.ly/4bfg2xB>
5. Alepuz L, Antón F, Arias J, Espallargues M, Estrada MD, Estrada O, et al. Hospitalización a domicilio. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018.
6. Estrada Cuxart O, Massa Domínguez B, Ponce González MA, Mirón Rubio M, Torres Corts A, Mujal Martínez A, et al. Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. *Hosp Domic.* 2017;1(2):93-117. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i2.13
7. Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD). Proyecto HAD 2020 [Internet]. Madrid: SEHAD; 2020 [consultado 02/04/2024]. Disponible en: <https://www.sehad.org/index.php/sehad/proyecto-had-2020>
8. Gonçalves-Bradley DC, Iltis S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;6:CD000356. DOI: 10.1002/14651858
9. Mujal A, Regalado J, Ruiz M, Mirón M, Basterretxea A, Estrada O, et al. (2020) Derivación a hospitalización a domicilio de pacientes con infección por COVID-19. *Hosp Domic.* Vol 4(2): 59-67. DOI: 10.22585/hospdomic.v4i2.104

10. Mias-Carballal MC. Reflexiones sobre la Hospitalización a domicilio quirúrgica. *Hosp Domic.* 2023;7(2):69-72. DOI: 10.22585/hospdomic.v7i2.192
11. Mias MC, Pérez-Ruiz L, Rodríguez S, Massoni A, Solá R, Ros S. Impacto de la hospitalización a domicilio en la cirugía tiroidea: estudio comparativo con la hospitalización convencional. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(8):619-23. DOI: 10.1016/S1134-282X(02)77554-4
12. Subirana H, Borrell N, Domènech A, Fraga A, Grau I, Castellví J. (2021). Unidad de Hospitalización a Domicilio del paciente quirúrgico durante la pandemia de la COVID-19. *Hosp Domic.* 2021;5(1):9-16. DOI: 10.22585/hospdomic.v5i1.111
13. Álvarez Gallego M, Gortázar de las Casas S, Pascual Migueláñez S, Rubio-Pérez I, Barragán Serrano C, Álvarez Peña E, et al. (2020). Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre la actividad y profesionales de un Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo en un hospital terciario. *Cir Esp.* 2020;98(6):320-7. DOI: 10.1016/j.ciresp.2020.04.001
14. Mias MC, Villalobos R, Escartín A, Maestre Y, Fulthon F, Ribalta R, et al. Hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos ante una pandemia por SARS-CoV-2: nuestra experiencia. *Hosp Domic.* 2023;7(1):11-24. DOI: 10.22585/hospdomic.v7i1.182
15. Carlos Martínez-Ramos (2009) Hospitalización Domiciliaria y Cirugía Mayor Ambulatoria. *Reduca Serie Medicina.* 2009;1(1):356-69.
16. Pajarón-Guerrero M, Fernández MF, Dueñas JC, Cagigas C, Allende I, Cristóbal L, et al. Early Discharge Programme on Hospital-at-Home: Evaluation for Patients with Immediate Postoperative Course after Laparoscopic Colorectal Surgery. *Eur Surg Res.* 2017;58(5-6):263-73. DOI: 10.1159/000479004
17. Torres-Corts AM, Diez B, Lopez-Arellano EM, Pena-Pachón L. Impacto de las llamadas telefónicas en una unidad de hospitalización a domicilio. *Hosp Domic.* 2021;5(3):153-9. DOI: 10.22585/hospdomic.v5i3.133
18. Estrada O, Massa B, Ponce MA, Mirón M, Torres A, Mujal A, Alepuz L, Antón F, Del Río M, Fernandez M, Hermida L; Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (ESHAD). Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. *Hosp Domic.* 2017;1(2):93-117. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i2.13
19. Martínez-González R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Calidad de vida de las personas adultas con nutrición parenteral ingresadas en hospitalización domiciliaria: revisión sistemática. *Hosp Domic.* 2020;4(3):117-31. DOI: 10.22585/hospdomic.v4i3.109
20. Campos Cañuelo D, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Consecuencias de la nutrición parenteral domiciliaria en adultos con síndrome de intestino corto: revisión exploratoria. *Hosp Domic.* 2019;3(2):149-62. DOI: 10.22585/hospdomic.v3i2.60
21. Sears N, Ross G, Barnsley J, Shortt S. The incidence of adverse events among home care patients. *Int J Qual Health Care.* 2013;25(1):16-28. DOI 10.1093/intqhc/mzs075
22. Pajarón Guerrero M. Auto-administración de tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (ATADE) en la endocarditis infecciosa: un modelo asistencial seguro y eficiente [tesis doctoral]. Santander: Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria; 2016 [consulta: 04/04/2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10902/8491>