

Laia Boters Pitarch

Sergi Rodríguez Soler

**EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE
HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL JOAN XXIII DE
TARRAGONA**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por: Dra. Isabel Font Jimenez

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2020

Índice

1. Justificación	4
2. Introducción	5
3. Objetivos.....	6
4. Marco teórico	7
4.1 Qué es la Hospitalización a Domicilio (HaD).	7
4.2 Cómo funciona una unidad de HaD.....	8
4.3 Ventajas de la HaD respecto la atención hospitalaria convencional.	9
4.4 Unidad de HaD de Joan XXIII de Tarragona.	10
4.5 Personas candidatas a ser ingreso de HaD.....	11
4.6 Experiencias de pacientes ingresados en HaD.....	12
5. Metodología	15
5.1 Diseño.....	15
5.2 Población.	15
5.3 Métodos de recogida de datos y análisis.....	16
5.4 Consideraciones éticas: Declaración de Helsinki.....	16
5.5 Cronograma.	17
6. Resultados.....	18
7. Discusión	26
7.1 Limitaciones	27
8. Conclusiones	28
9. Bibliografía.....	29
10. Anexos.....	32
10.1 Consentimiento informado.....	32
10.2 Preguntas de la entrevista.....	34
10.3 Análisis de las entrevistas.	35
10.4 Lista de categorías y sus códigos.....	97
10.5 Lista de códigos y su definición.	101

Resumen

El objetivo de nuestra investigación es conocer la experiencia de los pacientes que han sido ingresados en la unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD). Para este cometido, se hace uso de la metodología cualitativa exploratoria y mediante dos entrevistas semiestructuradas podremos profundizar en el paso de estos pacientes por la unidad.

Los resultados que se recogen del análisis de las entrevistas explican cómo ha sido el proceso asistencial, los profesionales que les atendieron, y por último las valoraciones de sus experiencias como pacientes.

Las conclusiones que extraemos son que la HaD ha evolucionado de forma desigual por territorio nacional y es importante que este modelo de asistencia sanitaria tenga una organización más transversal. Asimismo, es vital que se dote de recursos a la Atención Primaria y que haya más comunicación entre las instituciones de los servicios sanitarios y sociales.

Por último, en lo que refiere a las experiencias de los pacientes, es destacable que el hecho de estar ingresados en el domicilio les aporta más comodidad e intimidad al estar en un entorno más familiar. Además, coinciden en que a pesar de haberse sentido desinformados en situaciones previas a ingresar en HaD, se sintieron seguros durante sus ingresos en la unidad. También, valoran de forma excelente la atención recibida por los profesionales de HaD, tanto a nivel técnico como en trato humano.

Palabras clave

Hospitalización, domicilio, experiencia, satisfacción y atención.

Abstract

The objective of our research is to know the experiences of patients who have been admitted to Hospital at Home (HaH). For this purpose, exploratory qualitative methodology is used and through two semi-structured interviews we will be able to delve into the passage of these patients through the unit.

The results that are collected from the analysis of the interviews are the healthcare process, the professionals who attended them, and finally the evaluations of their experiences as patients.

The conclusions are that HaH has evolved unevenly across national territory and it is important that this healthcare model would have a more transversal organization. Also, it is vital that Primary Care be endowed with resources and that there be more communication between the institutions of the health and social services.

Finally, with regard to the experiences of patients, it is noteworthy that the fact of being admitted at home gives them more comfort and privacy by being in their most familiar environment. Furthermore, they agree that despite feeling uninformed in situations prior to joining HaH, they felt informed and safe during their admission to the unit. Also, they value in an excellent way the attention received by HaH professionals, both technically and humanely.

Keywords

Hospitalization, home, experience, satisfaction and care.

1. Justificación

Confiamos en que la HaD puede convertirse en una alternativa real de gran importancia para la continuidad del proceso asistencial. Una alternativa que ya funciona en hospitales como el Hospital Joan XXIII de Tarragona, centro en el que nos basaremos para el desarrollo del trabajo.

Este servicio presenta una alternativa a los pacientes que les dota de mayor autonomía e independencia al permitirles estar en su entorno y con sus familias y amigos (1). El hecho de no estar hospitalizado en un centro permite a pacientes y familiares o cuidadores organizarse con mayor libertad y sin tener que seguir horarios o pautas rígidas del hospital, como los horarios de comidas, descanso y visitas. También hay que tener en consideración que en el hospital normalmente se comparte habitación con otro paciente, con todo lo que eso conlleva.

Del mismo modo, actualmente nos encontramos cada vez más con un problema a nivel demográfico: el envejecimiento de la población (1). Este hecho provoca un aumento de la demanda en los hospitales y la falta de espacio en las unidades. En otras palabras, cada vez tenemos más pacientes y menos camas libres, con lo que la HaD se presenta como una alternativa para desocupar estas camas y cambiar de ubicación a pacientes que cumplan los requisitos para ser atendidos en sus domicilios.

Por último, hay que comentar que gracias al avance de las nuevas tecnologías es posible optimizar más el tiempo y atender a los pacientes en espacios más convencionales. Estos avances permiten dar una asistencia sanitaria más completa, cómoda y eficaz. Por ejemplo, los móviles nos permiten hacer registros gráficos de la evolución de una herida o úlcera, las tablets permiten registrar el evolutivo de los pacientes desde el domicilio o revisar su historia clínica, y existen dispositivos portátiles para gran cantidad de tratamientos como bombas de perfusión, terapias de presión negativa, etc.

Por todo lo dicho anteriormente, creemos que este trabajo puede ser una oportunidad para conocer el funcionamiento y situación de estas unidades y la experiencia personal de pacientes de Hospitalización a Domicilio. De este modo, sabremos de primera mano qué piensan los usuarios sobre la unidad y el trabajo que realizan los profesionales.

2. Introducción

La atención domiciliaria es un modelo de asistencia sanitaria y social que se desarrolla en casa del paciente. Enfermeros/as, médicos/as, fisioterapeutas y trabajadores/as sociales son algunos de los profesionales que atienden a las personas en sus casas si así lo requieren.

La Hospitalización a Domicilio (HaD) es la unidad hospitalaria que permite a los pacientes ser tratados en sus casas recibiendo una atención similar a la que tendrían en el hospital. Se utilizan las mismas técnicas, siempre que sea posible en el domicilio, y se evita que la persona esté ingresada en el centro (2).

La HaD es un servicio que se está instalando recientemente en muchos territorios. La primera unidad se creó en el actual Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid en el año 1981 (2), y poco a poco se han ido creando más unidades por todo el territorio, pero sin haber llegado todavía a todas las Comunidades Autónomas, como es el caso de Castilla-La Mancha (3).

La realidad es que este modelo asistencial está inspirado en los médicos que se desplazaban por las casas de los enfermos y los atendían desde la cabecera de la cama. Aquella dinámica asistencial ha cambiado y ha evolucionado a lo que ahora conocemos como atención domiciliaria, organizada por los equipos de Atención Primaria (ATDOM) y Atención Especializada (HaD) (4).

En este trabajo se habla de qué es la HaD, cómo se organiza una unidad de este servicio, los pacientes que se atienden en ella y las diferencias respecto a un ingreso hospitalario convencional. También se analizan los testimonios de 2 personas mediante entrevistas para conocer su opinión y experiencia como pacientes.

3. Objetivos

La Hospitalización a Domicilio (HaD) se ha desarrollado desde hace tiempo en el territorio nacional. Si bien, existe bastante información sobre las unidades de distintos hospitales del país, no hemos encontrado muchos estudios sobre la experiencia de los pacientes de dichas unidades. Esto nos genera una serie de dudas como ¿se encuentran los pacientes bien atendidos? ¿se sienten confortables al estar en casa?, y, ¿se sienten seguros y satisfechos con la atención recibida?

Para responder a estas preguntas nos planteamos los siguientes objetivos.

- General:
 - Conocer las experiencias de los pacientes de Hospitalización a Domicilio.
- Específicos:
 - Valorar la diferencia que los pacientes manifiestan entre la HaD y la hospitalización convencional.
 - Identificar las vivencias de las personas que hayan sido tratadas en HaD.

4. Marco teórico

4.1 Qué es la Hospitalización a Domicilio (HaD).

Para explicar qué es la HaD, primero se debe hacer una pequeña introducción sobre qué es la atención domiciliaria. Esta se entiende como las actividades asistenciales, sociales y sanitarias que se desarrollan en el domicilio del paciente. El equipo de Atención Domiciliaria es multidisciplinar, se compone de: enfermeras, médicos (normalmente especialidades de Medicina Interna, Medicina de Familia, y a veces Cirugía), trabajadores sociales y fisioterapeutas.

La parte de asistencia sanitaria se divide en dos modelos diferentes:

1. **Atención a domicilio basada en el hospital (ATDBH):** también llamada Hospitalización a Domicilio (HaD). Es la encargada de cubrir las necesidades y cuidados de los pacientes que requieren la Atención Especializada (AE). Se destina a pacientes que no necesitan estar hospitalizados, pero sí requieren una vigilancia y seguimiento propio de un hospital y de la AE.
2. **Atención a domicilio basada en la Atención Primaria (ATDBAP):** es la prestada por el equipo de Atención Primaria (AP). Suelen ser pacientes con una complejidad e intensidad de cuidados baja y las visitas no son más de 2 veces a la semana. Se divide en dos partes más:
 1. **Modelo tradicional:** el paciente forma parte de un programa de inclusión por parte del equipo médico. Incluye promoción y prevención de la salud, rehabilitación y, en el caso de peligro por aislamiento o condiciones de salud precarias, seguimiento y vigilancia del paciente. En el caso de Catalunya se denomina programa ATDOM.
 2. **Modelo de atención compartida:** se crea una estrategia entre los dos equipos, tanto de la AP como de la AE. Para este modelo es necesaria una estrecha relación entre los dos equipos de salud para tratar al paciente con continuidad y metas que anteriormente se han puesto en común.

De este modo, la Hospitalización a Domicilio se define como la alternativa asistencial capaz de dispensar atención y cuidados proporcionados por profesionales y recursos de la Atención Especializada (AE) en el domicilio del paciente. La asistencia es igual tanto en calidad como en cantidad. Este tipo de asistencia se ofrece cuando ya no

precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja (5).

Además, este tipo de asistencia se organiza de diferentes maneras:

- HaD como complemento de la hospitalización estándar: el paciente es ingresado en una planta hospitalaria, y cuando se estabiliza, es derivado al servicio de HaD que le atiende en su casa hasta el alta.
- HaD en sustitución de la hospitalización estándar: Se ingresa al paciente en HaD después de hacer las pruebas diagnósticas y de pasar por la Unidad de Corta Estancia de Urgencias (UCEU) o Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH), sin que sea ingresado en el hospital.
- Como soporte: para la gestión de casos complejos que pertenecen a Atención Primaria. Son ingresos de corta duración.
- Modalidad de alta tecnología: equivalente a un hospital de día, pero con opción de procedimientos terapéuticos y diagnósticos (6).

4.2 Cómo funciona una unidad de HaD.

No existe un modelo nacional de organización para las unidades de HaD. La falta de un marco regulador específico y de incentivos dirigidos a promover su desarrollo ha provocado que estas unidades hayan sido impulsadas por la iniciativa de profesionales convencidos y de gerentes emprendedores. Es por este motivo que cada hospital se organiza siguiendo sus propios protocolos. Esto ha generado gran disparidad entre hospitales en cuanto a la oferta asistencial, la cartera de servicios y los recursos utilizados (7).

De todos modos, las unidades de HaD deben tener unas características muy concretas para ofertar una atención óptima a sus pacientes. Estas son:

- **Transversalidad**: capacidad de organizarse de manera ágil con el resto de los departamentos del hospital para conseguir una atención de calidad sin depender del lugar o situación del paciente. Se refiere a la aptitud para trabajar en equipo.
- **Adaptabilidad**: se deben poder cubrir las necesidades de los pacientes sin importar la patología ni el lugar (8).
- **Intensidad**: los pacientes requieren visitas regulares, y en ocasiones, varias veces al día.

- **Transitoriedad:** inicia con el ingreso del paciente y termina con el final del proceso agudo por el cual ingresó.
- **Complejidad:** el equipo está formado por especialistas y utiliza técnicas específicas de la Atención Especializada, consideradas más complejas que las propias de Atención Primaria (8).
- **Accesibilidad:** facilidad para ingresar en la unidad.
- **Personalización:** las intervenciones se ajustan al paciente y su entorno.
- **Continuidad:** las visitas son periódicas y finalizan con el alta.

4.3 Ventajas de la HaD respecto la atención hospitalaria convencional.

La atención domiciliaria presenta algunas comodidades, tanto para los pacientes como su entorno, respecto al modelo hospitalario tradicional. Estas se pueden agrupar en 3 grandes grupos (8,9):

- Técnico-sanitarias: Humaniza la atención llevándola al lugar más cómodo para el paciente, su domicilio. Permite un trato personalizado y directo con el paciente y su familia. Adapta la atención a la realidad de cada enfermo. Esto mejora la relación enfermera-paciente. Asimismo, disminuye el riesgo de infecciones nosocomiales, y de episodios de confusión mental y depresión en personas mayores.
- Socio-familiar: Atención centrada en el paciente. Se fomenta el autocuidado y el empoderamiento de la persona y de los familiares o cuidadores, tanto en el periodo de ingreso como tras el alta. Además, estar en su domicilio le otorga una mayor autonomía ya que no tiene que cumplir con los horarios estrictos del hospital.
- Gestión: Permite acortar o incluso evitar el ingreso en una planta hospitalaria convencional. Esto disminuye la espera para que otros pacientes puedan ser hospitalizados. También se evita la sobreindicación de pruebas diagnósticas y tratamientos, y se fomenta la continuidad asistencial al estar coordinado con la atención primaria.

Por estos motivos se considera efectiva y eficiente Por lo dicho anteriormente, y en la misma línea que González-Ramallo V, Segado-Soriano A (8), la HaD tiene ventajas

respecto a la hospitalización convencional, ya que, por la manera de funcionar, el equipo cubre la mayoría de estas demandas mejor que la hospitalización tradicional.

4.4 Unidad de HaD de Joan XXIII de Tarragona.

El servicio de HaD del Hospital Joan XXIII de Tarragona inició su actividad el año 1999 y su objetivo era prestar atención a los pacientes post-quirúrgicos de baja complejidad. Más adelante, y con la incorporación de un cirujano y un neumólogo, se extendió la atención a pacientes con patología respiratoria y pacientes recién operados de mayor complejidad que antes. Con la suma de un internista al equipo amplió aún más la cartera de servicios (9).

Hoy en día, el equipo asistencial está compuesto por el equipo de enfermería, un cirujano, un médico especialista en medicina familiar y comunitaria, y un internista. A causa del incremento en la demanda del servicio, el equipo de enfermería ha aumentado en gran número y también se ha ampliado el territorio al que la unidad presta asistencia (10). La unidad cuenta con una serie de criterios de admisión para el ingreso de los pacientes:

- Estabilidad clínica sin posibles complicaciones a corto plazo.
- Decisión médica consensuada.
- Diagnóstico claro y preciso.
- Aceptación y voluntariedad por parte del paciente y su familia o cuidador.
- Cuidador de referencia que se encuentre con el paciente en el domicilio.
- Vivienda adecuada para su tratamiento.
- Domicilio en el área de asistencia del hospital.

El paciente recibe el mismo trato que tendría si estuviese ingresado en el hospital. Esto significa que recibe un diagnóstico, se le da un tratamiento, se controlan sus constantes vitales, se le reevalúa, se le ofrece educación sanitaria, etc.

Además, dispone de los servicios de laboratorio, radiología, endoscopia y los programas de diagnóstico rápido del propio hospital. Las pruebas diagnósticas son las mismas que puede recibir un paciente ingresado en el hospital.

En lo que a procedimientos terapéuticos se refiere, el equipo sanitario cuenta con material específico para poder atender a los pacientes en su domicilio. Los procedimientos que se realizan son: cura de heridas mediante el uso de Terapias de

Presión Negativa (TPN), Terapia Antibiótica Domiciliaria Endovenosa (TADE), nutrición artificial, valoración general en pacientes post-quirúrgicos, control de drenajes, cura de úlceras de diversa etiología, paracentesis terapéuticas, y tratamiento y seguimiento de pacientes con enfermedades respiratorias (11).

El equipo de enfermería está presente los 365 días del año de 8h a 21h, mientras el servicio médico sólo está disponible las mañanas de lunes a viernes no festivos. Para cualquier consulta que tengan los pacientes existe un teléfono habilitado para contactar con el hospital las 24h del día. Fuera del horario de atención enfermera el teléfono permanece en urgencias para cualquier consulta y, si fuera necesario, se ingresaría al paciente en el Servicio de Urgencias (10).

El equipo atiende a las poblaciones de un área que representa una isócrona desde el hospital de 20 minutos. Esto incluye los territorios de Vila-seca, Salou, La Pineda y Vilafortuny; Tarragona centro y los barrios de alrededor (Sant Salvador, Sant Pere i Sant Pau, La Mora, Torreforta, Camp Clar, etc.); y pueblos como La Pobla, El Morell, Constantí, La Canonja, Vilallonga, Perafort, Pallaresos, La Secuita, l'Argilaga y Altafulla.

Las visitas de la mañana se realizan de forma conjunta por médico y enfermera, y estas se organizan según el área que lleva cada médico. El equipo de enfermería de la tarde se coordina según convenga la ruta, teniendo más libertad para organizarse (10).

4.5 Personas candidatas a ser ingreso de HaD.

No existe una lista de los pacientes que, según su patología, pueden recibir atención domiciliaria o no, pero sí que hay estudios sobre las situaciones más prevalentes en dichas unidades. Estas son:

- Enfermedades infecciosas: úlceras contaminadas por microorganismos resistentes, celulitis, abscesos, neumonías, infecciones del tracto urinario (ITU), etc.
- Enfermedades crónicas descompensadas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, hepatopatía, etc.
- Enfermedades oncológicas: administración de quimioterapia y seguimiento de pacientes paliativos. También asistencia a las enfermedades recurrentes en el

proceso de enfermedad oncológica y posibles descompensaciones en enfermedades agudas subyacentes.

- Pacientes derivados de cirugía: tratamiento y seguimiento post-operatorio, cura de heridas quirúrgicas, y de úlceras vasculares o de otros tipos.
- Procesos infecciosos que requieren terapia antibiótica endovenosa como diverticulitis y colecistitis.
- Atención a pacientes paliativos terminales.
- Pacientes trasplantados de médula ósea, riñón, hígado, etc.
- Otras situaciones específicas requeridas por los servicios del hospital (6).

4.6 Experiencias de pacientes ingresados en HaD.

En el año 2017, Rossinot H, Marquestaut O, De Stampa M (12), llevaron a cabo un estudio cualitativo mediante entrevistas semi-estructuradas en el Hospital de la Universidad del Gran París "AP-HP's" (Asistencia Pública-Hospital de París), con el fin de conocer la opinión de pacientes y cuidadores que estuvieron ingresados en el domicilio.

Las conclusiones del estudio revelan que únicamente las personas que conocían la HaD eran profesionales de la salud. Algunos pacientes sintieron que se les obligaba a ingresar y tuvieron la sensación de que les faltaba información. Tanto cuidadores como pacientes quedaron satisfechos con el regreso a casa y con la atención recibida y confiaban en los profesionales de la unidad.

El estudio de Saenger P, Federman AD, DeCherrie L V, Lubetsky S, Catalan E, Leff B, et al. (13) busca las razones por las que los pacientes aceptan o rechazan ser atendidos en el domicilio. Se comprobó que de los 442 pacientes estudiados, el 66,7% aceptaba ser atendido en su casa, y lo que les decantaba por ello era porque creían que iban a estar más cómodos en casa (78.2%), y para estar cerca de la familia (40.7%). Las razones para rechazar el ingreso en el domicilio fueron preferir la atención hospitalaria (15.0%) y la preocupación de que la HaD no satisficiera las necesidades de atención (12.9%).

El artículo de Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, et al. (14) realiza una revisión sistemática y un metanálisis para determinar la efectividad y el coste del manejo de pacientes con alta hospitalaria temprana en una unidad de HaD en comparación con la atención para pacientes hospitalizados. Los resultados muestran

que, en la mayoría de los casos, los pacientes y sus cuidadores informan de una mayor satisfacción con el ingreso temprano en casa desde el hospital. Además, también en la mayoría de los casos, los cuidadores niegan tener una carga asistencial mayor.

Por otra parte, para conocer la experiencia de los pacientes de la unidad del Hospital Joan XXIII de Tarragona, se recogieron los resultados de las encuestas de satisfacción que utiliza el equipo de HaD. Estas se le proporcionan al paciente cuando ingresa y se recogen cuando se le da el alta.

Se utilizó una muestra de 131 pacientes y se valoró el trato recibido y la satisfacción personal de los pacientes durante el ingreso.

A la hora de valorar el trato recibido por los pacientes se tuvo en cuenta:

- El nivel de satisfacción al recibir rehabilitación (si fue necesario).
- El trato personal y la amabilidad mostrada por el equipo médico.
- El trato personal y la amabilidad mostrada por el equipo de enfermería.
- Las explicaciones que se dieron sobre el estado de salud al paciente.
- La disposición de los profesionales a escuchar y hacerse cargo de las preocupaciones del paciente.
- La predisposición del equipo médico para que el paciente diera su opinión.
- La sensación subjetiva del paciente de estar en buenas manos.
- La coherencia de la información que transmitía el equipo de la unidad.
- El grado de satisfacción respecto a la analgesia.
- La información que tuvieron los familiares.

Para el cálculo del trato recibido se asignó un valor numérico de entre 5 y 1 puntos por cada ítem mencionado anteriormente. La equivalencia corresponde a:

- 5 puntos: Trato perfecto.
- 4 puntos: Trato muy bueno.
- 3 puntos: Trato bueno.
- 2 puntos: Trato regular.
- 1 punto: Trato deficiente.

Después de realizar la media de todos los pacientes, los resultados de esta parte de la encuesta fueron de 4,695 puntos sobre un máximo de 5. Esto equivale a un trato entre muy bueno y perfecto.

Por último, se pidió valorar del 1 al 10 el nivel de satisfacción general durante el ingreso en el domicilio. El resultado fue de 9,62 sobre un máximo de 10 puntos.

Las unidades de HaD no son exclusivas del territorio nacional. Aunque no existe un modelo transversal de atención, las experiencias de los pacientes parecen ser similares en cuanto a la satisfacción por ser atendido en su domicilio y en cuanto al trato recibido.

5. Metodología

5.1 Diseño.

Para la realización de este trabajo utilizaremos una metodología cualitativa exploratoria. Esto se debe a que nuestro objetivo principal es conocer la experiencia de los pacientes de forma subjetiva, lo cual no se puede cuantificar, y a su vez dar visibilidad a las vivencias de los pacientes

En primer lugar, procederemos a una búsqueda bibliográfica a través de los buscadores (Dialnet, PubMed y Google Scholar), con el objetivo de explicar qué es la Hospitalización a Domicilio, cómo funciona, su situación actual en España y las experiencias de antiguos pacientes de HaD. Con las palabras clave: unidad, hospitalización a domicilio, HaD, satisfacción, y experiencia. Y como booleanos: and, or (y, o).

En segundo lugar, realizaremos 2 entrevistas individuales semiestructuradas. Se considera que una entrevista es semiestructurada cuando las preguntas son orientativas y no estrictas o cerradas, dando la oportunidad de reconducir la conversación y de que sea el mismo entrevistado el que relate sus experiencias con libertad (15).

5.2 Población.

Para la realización de las entrevistas se usó una muestra de 2 personas. Todos los candidatos debían cumplir los siguientes criterios:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Tener 18 años o más.	Tener menos de 18 años.
Firmar el Consentimiento Informado (CI).	No firmar el Consentimiento Informado (CI).
Haber estado ingresado en HaD 7 o más días.	No haber estado ingresado en HaD al menos 7 días.

5.3 Métodos de recogida de datos y análisis.

Para la recogida y estructuración de los datos de las entrevistas se ha utilizado el método de análisis de contenido (16). Esto se hace con el objetivo de elaborar un modelo para describir las experiencias de forma ordenada y relacionando los aspectos positivos que los antiguos pacientes mencionaron en las entrevistas.

El análisis de contenido se ha realizado siguiendo el método inductivo. Se han buscado datos, patrones, y categorías en la transcripción de las entrevistas que más tarde se han agrupado entre ellas para poder comparar con el marco teórico actual. Estas agrupaciones de datos son vivencias personales, por lo tanto responden a una metodología cualitativa.

5.4 Consideraciones éticas: Declaración de Helsinki.

Para la realización del trabajo se han seguido las pautas de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM): “Principios éticos para las investigaciones en seres humanos”.

Este documento sigue las fórmulas de la Declaración de Ginebra de la AMM que dicen que el deber del personal sanitario es “velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente”, y también la directriz del Código Internacional de Ética Médica que afirma que “el médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

De este modo la investigación ha de realizarse de forma segura, eficaz, efectiva, accesible y de calidad, de forma que se respete a todos los seres humanos y se vele por su salud y derechos individuales. La protección de los participantes en la investigación es deber del personal sanitario que la realiza, y nunca deber del paciente.

Siempre debe respetarse la intimidad y la confidencialidad de los participantes de la investigación. Para ello, se utiliza el consentimiento informado voluntario. Se debe informar del objetivo, métodos, fuentes de financiamiento, posibles riesgos y conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del científico y beneficios calculados. Debe ser informado del derecho o no a participar en la investigación, y de retirarse en cualquier momento (17).

Además, los datos de los participantes se tratarán de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 “Ley de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

(LOPDGDD)”. De acuerdo con la legislación vigente, usted es libre de ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos. Para ello deberá dirigirse a los investigadores (18).

5.5 Cronograma.

Para la realización de este trabajo se ha empleado la planificación que aparece en la siguiente tabla. En ella constan los meses de preparación de contenido, así como la realización de las entrevistas y la redacción de resultados y conclusiones.

Actividades	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Selección del tema y tutora del TFG									
Justificación del trabajo									
Elaboración del marco teórico									
Diseño del TFG									
Búsqueda de pacientes para las entrevistas									
Realización de las entrevistas									
Elaboración de las conclusiones									
Finalización y entrega del trabajo escrito									

6. Resultados

Después de realizar el análisis de contenido de las entrevistas se obtuvieron los resultados siguientes. Estos se han agrupado en 3 categorías comunes de ambas entrevistas, las cuales explican la experiencia completa de los dos pacientes de nuestra investigación: (I) Proceso asistencial, (II) Profesionales, y (III) Percepciones y Valoración subjetiva del paciente.

PROCESO ASISTENCIAL

Ambos pacientes ingresaron en HaD desde la planta del hospital después de una intervención quirúrgica. El primero, con complicaciones que le habían llevado al servicio de urgencias. En cambio, al segundo entrevistado le ofrecieron el ingreso en HaD a los dos días de estar en planta, pero tardó más tiempo en iniciar su proceso asistencial por problemas de lista de espera.

“Estuve una semana ingresado (en planta) con la última amputación y me propusieron el venir a casa”. Entrevistado 1 (E1).

“Me operaron el 13 de noviembre y si no recuerdo mal 2 días más tarde vino a verme un enfermero que era responsable de la unidad de HaD. Y me explicó que cumplía los criterios y cuáles eran, que cumplía los criterios para entrar en el programa de HaD y eh... me preguntó si a mí me parecía bien acceder a ese programa”. Entrevistado 2 (E2).

Antes de ingresar en HaD, los pacientes refieren que fueron informados. A los dos se les explicó qué era HaD y cómo funcionaba la unidad, y firmaron un Consentimiento Informado (CI).

“El... el enfermero que bajó de hospitalización domiciliaria me lo explicó todo. En la planta no. En la planta... me dijeron: ¿quiere irse a casa, que irán a curarle? Bueno...”
E1.

“...el enfermero me lo explicó todo perfectamente y me dio mucha información. Antes de firmar el Consentimiento informado para acceder al programa”. E2.

Uno de ellos valora la comodidad de estar en casa y no depender de los horarios de las consultas, especialmente cuando estaba con la VAC y esta daba complicaciones.

“Porque a mí me ha pasado, estar en casa con la VAC puesta cuando me iba a curar a las consultas externas de cardiovascular, fallar la máquina... claro, el horario de la consulta de cardiovascular es de lunes a viernes de ocho a dos y media. Y llamar por la tarde a la planta y decir me pasa esto y decirme: vaya a urgencias”. E1

En ocasiones, tras el alta, los pacientes sienten que siguen precisando atención, y una alternativa es la asistencia privada, tal y como narra el E1.

“...me dieron el alta para que terminara lo que era la curación a mi CAP, con mi enfermera”. E1

“Entonces pues bueno, lo hablé con el podólogo que me lleva, y que me hiciera el estudio de los pies y me diera alguna solución porque claro, sino tengo problemas para andar” [...] “Pues tenía dolores en las caderas al andar y... ya te digo... ahí veo un vacío yo que no sé hasta qué punto no se podría subsanar en el sentido de que hubiera... no sé algo... organizado para cuando te den el alta”. E1

PROFESIONALES

Ambos entrevistados, durante su ingreso en planta fueron atendidos por el equipo médico de cirugía vascular y de cirugía general, respectivamente. Del mismo modo, una vez en el domicilio, a ambos les atendió el personal de enfermería y su médico. Los dos valoran de forma excelente el trato del personal de HaD y su trabajo. Consideran que los profesionales eran expertos en su campo.

“Un 10. Un 10”. (En respuesta a cómo valoraría la estancia en hospitalización a domicilio y el trato recibido por los profesionales de HaD). E1.

“Genial, un 10. Si es que no tengo pegas”. [...] “Al control de las técnicas, trato personal... personal en cuanto a trato humano. Entonces todos los profesionales que iban tanto enfermería como medicina... demostraban que sabían lo que hacían... o sea... un dominio las técnicas, de los conocimientos, de lo que había que hacer...” E2.

“Ya te digo yo... personal de enfermería bien, muy bien. La doctora que venía pues muy bien, que ya te digo para mi patología... no sabía más de curas que la enfermería. O sea, podía venir tranquilamente cada 10 días que no pasaba nada”. E1.

“Pues porque pienso que es, que es... Lo que hacen todos los días. Y si lo haces todos los días pues... al final... pues te vuelves un experto en curas”. E1.

Dentro de su valoración destacaron dos cosas, por un lado, el entrevistado 1 destaca al equipo de enfermería por su lado técnico. Por otro lado, el segundo entrevistado le da valor al trato humano del equipo de HaD y el vínculo que se forma entre profesional y paciente, y le da importancia a que quisieran saber su opinión.

“...el servicio de asistencia domiciliaria no tiene nada que ver con la planta. Está mucho mejor. Hay más control, hay curas diarias, siempre viene el mismo personal... en la planta ya sabes, un día toca una... otro día toca otra... hoy pasa un médico mañana pasa otro... uno tiene una opinión otro tiene otra... y la verdad que en dos meses aquí en casa... se ha conseguido cicatrizar lo que llevaba seis meses esperando. Con lo cual, yo estoy contentísimo”. E1.

“Se crea más vínculo... aunque van cambiando ¿no? Pero nunca hubo un personal o sea un profesional que fuera solamente un día, aunque iban cambiando e iban repitiendo. Entonces se crea como un vínculo más empático”. E2.

Los 2 consideran que se les hizo un seguimiento adecuado. El entrevistado 1 explica que los días que no venían le llamaban y preguntaban si había tenido dolor, fiebre, y si estaba animado. Y los días que tenía visita el seguimiento se hacía igual que en planta, ya que también le hacían un control de constantes. Además, menciona que le valoraban la evolución de la herida mediante fotografías, lo cual le pareció bien.

“Los días que no venían pues me llamaban por teléfono. ¿Qué tal estás? ¿Tienes fiebre? ¿No tienes fiebre? ¿Tienes dolor? ¿No tienes dolor? Los días que venía pues me miraban todas las constantes: tensión, temperatura, oxigenación... como si estuvieras en el hospital. En realidad, es como si estuvieras en el hospital”. E1.

“Pero sí que... que te llevan un control de la herida a base de fotografías y... que ella cuando ve alguna complicación esas fotografías se las pasa a los vasculares”. [...] “A mí ideal. Todo lo que sea que a mí me pueda solucionar mi problema médico o... o tomar una decisión si la cosa no funciona bien, una maravilla”. E1.

El entrevistado 2 comenta que le revisaban el nivel del drenaje, el estado de la herida o signos de infección, y su estado de salud en general. Explica que no tuvo dolor y que la analgesia fue la correcta. En casa se le retiró el redón sin problemas y se le insistía en que no podía levantar peso.

“...lo que hacían era asegurarse de que esa máquina funcionaba... de nombre que no recuerdo...mirar el nivel del redón... mirar que el estado de la cicatriz fuera bien...el estado de las grapas para que no hubiese infección... Entonces me curaban”. E2.

“Sí. Era la correcta (la analgesia), no tuve dolor. Y de hecho empecé a disminuir la medicación incluso antes de lo que pensaba la doctora”. E2.

“Lo único es que ellos (profesionales de HaD) también me insistieron en lo del peso”. E2.

“Sí”. [...] “Es más me la preguntaban”. (En respuesta a si se sentía escuchado cuando quería dar su opinión). E2.

PERCEPCIONES Y VALORACIÓN SUBJETIVA DEL PACIENTE

Ambos entrevistados reconocen la importancia del apoyo familiar en su proceso asistencial. Los dos le dan mucha importancia a la comodidad e intimidad de estar en casa.

“Vamos... mucho más cómodo estar en tu casa...” [...] “Con tu gente, con las comidas que te preparan... no tiene nada que ver”. E1.

“Entonces el hecho de estar en casa supone comodidad para mí y para ella” (su madre). E2.

El entrevistado 1 comenta que en casa podía continuar con su vida, ver a su mujer y sus hijas, y sentirse útil.

“Con tu vida. Con las limitaciones de que no puedes andar mucho, en mi caso. Pero bueno yo salía todos los días, aunque andara 300 metros. Pues compraba el pan, fruta, y en casa pues... echas una mano”. [...] “No, te sientes útil con tus limitaciones hasta que te den el alta. Pero ya está”. E1.

“Mi mujer trabajando, tres hijas pequeñas que tenían 10 años.” [...] “En un hospital pues por ejemplo yo en mi caso que tengo hijas relativamente jóvenes pues tampoco es muy agradable que vengan a verte. Más en mi caso que estaba medio aislado por la infección”. E1.

Al E2 no le importaba compartir habitación en el hospital, le parecía que podía llegar a ser divertido. En cambio, el E1 piensa que es mejor estar en su casa.

“No tienes que aguantar una compañía buena o mala, porque de todo toca en los hospitales”. E1.

“...sé que hay gente que le molesta compartir habitación (en el hospital), pero yo pienso que es divertido” [...] “...aunque a mí no me moleste compartir habitación en el hospital en tu casa siempre tienes más intimidad”. E2.

Para el E2, poder estar en casa con su madre durante su recuperación y que ella estuviera presente en las curas le hizo sentirse más seguro.

“El hecho de que esté el familiar ahí... porque si yo... con la edad que tengo me sentía más seguro con el hecho de tener un familiar allí...”. E2.

“...una cosa que me gustaba y que ayuda a crear ese vínculo de empatía quieras o no a nivel profesional se mejora también el trato profesional es que mientras me curabais mi madre estaba presente en la habitación”. E2.

Pese a sentirse más cómodo en casa, el E2 reconoce que las restricciones que tenía por su recuperación le hacían sentirse un paciente. Lo que difiere con lo que explica el E1, que no sintió que estuviera hospitalizado.

“No, en absoluto.” (En respuesta a la pregunta de si él se sentía como un paciente). E1.

“Yo mismo me sentía como un paciente porque yo soy una persona muy activa... entonces claro... verme tan limitado...”. E2.

Únicamente el entrevistado 2 conocía el servicio antes de ingresar. Esto se debe a que en su trabajo también visita pacientes a domicilio para hacerles fisioterapia.

“Pues... (risas). Si te soy sincero, desconocía el servicio. Pero dije: peor no me puede ir de lo que me ha ido hasta ahora. Y la verdad que... en buena hora... en buena hora...” E1.

“Porque yo soy fisio y por mi trabajo hago domicilios y entonces alguna vez me he encontrado con compañeros del programa HaD”. E2.

Ambos coinciden en que, dada su buena experiencia en HaD, es interesante que otras personas conozcan el servicio. Eso sí, el segundo entrevistado considera que la publicidad que se le haga debe ser muy explícita en cuanto a quién puede utilizar el servicio, ya que si no podría provocar una falsa demanda en pacientes ingresados en el hospital.

“Que yo es un servicio que a nivel hospitalario yo le haría mucha más publicidad, propaganda o como lo quieras llamar, pero sí que es un servicio que yo lo fomentaría”.
E1.

“...yo no haría publicidad. Solamente informaría... de hecho hay folletos informativos...”
[...] *“Hacer una publicidad justa en su medida y dejando claro quién puede tener acceso a ese servicio y quién no. O sea que el paciente cuando esté ingresado en el hospital no piense que...”* como hay ese servicio lo tengo que utilizar sí o sí”. E2.

El entrevistado 1 reflexiona sobre cómo mejorar la unidad de HaD. En su opinión, el servicio debería prestar atención las 24h del día, los 365 días al año. Además, cree que una visita a urgencias genera un gasto mayor que ampliar la plantilla para cubrir el turno nocturno.

“Yo ampliaría plantilla. Ampliaría plantilla”. [...] *“Pues te voy a decir una cosa: e incluso...hasta yo lo incentivaría económicamente. De verdad eh. Porque quieras o no es algo... es que son 365 días año. Yo ampliaría incluso el servicio nocturno, que te puede pasar algo con alguna persona que tengas...”* E1.

“Pues evitarías que personas que a lo mejor están fastidiadas pues por la noche tengan que pedir una ambulancia o... molestar a un familiar, si pueden moverse. Acudir a urgencias, que quieras o no estás generando un gasto también. Yo tendría un servicio de urgencias, nocturno”. E1.

Del mismo modo, cree que hace falta concienciar a los jefes de los servicios sobre la utilidad de la HaD, con el fin de no prolongar estancias hospitalarias innecesariamente.

“...que antes estábamos hablando del gerente del hospital, pero a los primeros que hay que concienciar es a los jefes de servicio. Mentalizarlos lo que vale un ingreso hospitalario y lo que vale un ingreso domiciliario. Pienso que quien tiene que potenciar eso es el jefe de servicio de cada unidad’. E1.

Otro punto que considera importante el primer entrevistado es la formación de los profesionales. Defiende la especialización de enfermería con el fin de que los

trabajadores sean más expertos y puedan estar en la unidad que les motive. Asimismo, cree que algunas enfermeras sufren frustración cuando rotan por diferentes plantas en muy poco tiempo.

“Pienso que una cura hay que tener gente que tenga experiencia y tenga formación en eso. Es que te juegas un pie o te juegas un dedo en una semana eh ”. E1.

“...de que debería haber más especialización, más formación y que procurar que cada uno trabaje en la especialidad que le guste” [...] “...Y yo pienso que es un poco frustración para el profesional que te tengan así”. (En referencia a las enfermeras retén que cambian de unidad constantemente). E1.

Finalmente, el entrevistado 1 considera que se debe mejorar la comunicación entre servicios y hacia el paciente.

“La comunicación, sí. De cuando te dan el alta de atención domiciliaria que es como si te dieran el alta en la planta porque realmente estás en casa, pero es como si estuvieras ingresado. Luego con tu... con tu CAP... con tu médico de cabecera o con tu enfermera que tienes adscrita un poco más de comunicación”. E1.

En diversas ocasiones se ha sentido desinformado o que no pertenecía a ninguna unidad.

“Descoordinado en el sentido de que te quedas fuera del circuito con tu especialista que es el que te ha hecho el ingreso, el que te ha intervenido y el que hipotéticamente te da el alta para atención domiciliaria, el alta de planta. Y... si tienes que terminar lo que es la curación en el CAP... ahí ya hay descoordinación total”. E1.

El entrevistado 2 comenta que los cambios de hora que alguna vez se producen en las visitas de HaD podrían llegar a producir problemas con algunos pacientes, ya que estos se habían preparado para una hora concreta y con el cambio no podrían ser visitados.

“A nivel organizativo... yo personalmente ninguno, pero puedo llegar a entender a lo mejor porque me dedico al ramo... que muchas veces decíais “Mañana vamos por la mañana”. Y a lo mejor justo antes de la hora de ir llamabais diciendo “No que van por la tarde”. E2.

“...imagina que sea alguien que no... que vive solo, que no tiene familia y por ejemplo esté pagando a una persona para que en ese momento le abra la puerta. Y está esperando por ejemplo a las 11 de la mañana y se llama a las 10.30 diciendo “Es que

no podemos ir”. [...] “yo entiendo que eso pueda ser la única cosa que así... pero ya os digo... para mí no hubo ningún problema”. E2.

Pese a todos estos puntos de mejora que expresan, ambos entrevistados coinciden en que, si tuviesen que volver a pasar por una situación similar, les gustaría continuar su proceso asistencial en la unidad de HaD.

“Vamos... yo sí me tuvieran que volver a ingresar otra vez, si al segundo día me dejan el alta con atención domiciliaria me iba.” E1.

“Sí, lo pediría, lo pediría. Porque el trato fue bien”. E2.

7. Discusión

Nuestro estudio muestra las experiencias de los pacientes en las unidades de Hospitalización a Domicilio (HaD). Si bien su experiencia ha sido buena, encuentran puntos de mejora.

Los participantes muestran un aumento de la comodidad al ingresar en casa. Esto se debe a que en casa pueden convivir con su familia y estar en su entorno, lo cual les da más intimidad y les genera mayor seguridad. Esto coincide con el estudio de Saenger P, Federman AD, DeCherrie L V, Lubetsky S, Catalan E, Leff B, et al. (13) realizado en Nueva York, en el que los pacientes escogen ser atendidos en sus domicilios porque creían que iban a estar más cómodos en casa (78.2% de los pacientes), y más cerca de la familia (40.7%).

Por otra parte, de los integrantes de la investigación, solamente uno conocía la unidad y se debe a que trabaja en el mundo sanitario. Lo mismo ocurre en el estudio de Rossinot H, Marquestaut O, De Stampa M (12), en el que los participantes que conocían el servicio de HaD también eran personal sanitario o relacionado. Por otra parte, ambos entrevistados fueron informados de cómo funciona el servicio de HaD y su ingreso fue voluntario, lo cual no coincide con el anterior estudio mencionado ya que algunos participantes se sintieron comprometidos a ingresar en la unidad y echaron en falta más información (12).

Los dos entrevistados valoran de forma subjetiva el trato y la atención recibida por el equipo de HaD como excelente y satisfactoria. Esto concuerda con los autores Rossinot H, Marquestaut O, De Stampa M (12) y con el estudio de Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, et al. (14). En ambos estudios, los pacientes y sus cuidadores quedaron satisfechos con el regreso a casa y con la calidad asistencial, y además declararon que su moral había mejorado mucho. Mostraron mayor satisfacción con la atención en casa que los pacientes que ingresaron en el hospital.

Esta valoración que realizan los entrevistados coincide con la de otros pacientes de la misma unidad de Hospitalización a Domicilio, la del Hospital Joan XXIII de Tarragona, realizada el año 2019, y que también catalogan como excelente.

Respecto al hecho de si los participantes volverían a ingresar en HaD, los dos coinciden en que les gustaría poder ser ingresados en el servicio de nuevo, si lo necesitaran. Según el estudio de Wells M, Harrow A, Donnan P, Davey P, Devereux S, Little, G, et

al. (19) realizado en Holanda e Inglaterra, el 88% de las pacientes estudiadas optaría por que se les atiende de nuevo en el domicilio, como ocurre en nuestra investigación.

La comodidad y la satisfacción de los pacientes debe ser uno de los objetivos principales cuando prestamos atención enfermera. Su salud y bienestar van ligados el uno al otro, si uno mejora, lo hará también el otro. La Hospitalización a Domicilio favorece el bienestar del paciente, otorgándole la comodidad e intimidad de estar en casa, y el apoyo cercano de la familia.

7.1 Limitaciones

Debido a que la muestra es reducida, los resultados que se extraen del trabajo no son extrapolables a toda la población, pero permiten hacernos una idea de cómo funciona la unidad de HaD y la valoración que le dan los pacientes.

8. Conclusiones

La HaD es una alternativa a la hospitalización convencional cuando las circunstancias del paciente y su patología lo permiten. A nivel nacional, las unidades de HaD se han desarrollado de forma desigual, lo que no permite que todos los ciudadanos puedan tener acceso a este servicio. Es importante que se homogenice el modelo de atención domiciliaria, destinar más recursos y que haya comunicación entre los diferentes servicios hospitalarios, entre la Atención Primaria y la Atención Especializada, para que los pacientes puedan beneficiarse de este tipo de asistencia.

Los pacientes de HaD valoran principalmente la comodidad e intimidad que les aporta estar en su domicilio durante su proceso asistencial. La compañía siempre es fundamental durante un ingreso hospitalario, por lo que estar en casa facilita el apoyo familiar. En el domicilio, los pacientes pueden incluso continuar con las actividades que realizaban previas al ingreso hospitalario, siempre dependiendo de la patología de cada persona.

A menudo, cuando los pacientes están ingresados en el hospital, o una vez que se les ha dado el alta, sienten que les falta información sobre su estado de salud, su evolución, o su próxima visita, lo que les crea incertidumbre. Durante su ingreso en HaD, a los pacientes se les realiza un seguimiento diario, ya sea presencial o telefónico, y pueden comunicarse con la unidad en cualquier momento. Esto rebaja esa sensación de desinformación y, sumado al hecho de estar en su entorno habitual, proporciona una percepción de seguridad mayor al paciente.

El personal de HaD es valorado de forma excelente por los pacientes. No solo a nivel técnico, que les consideran expertos, sino también a nivel humano, donde refieren un trato cercano creándose así un vínculo más estrecho que en otras unidades hospitalarias.

Estos motivos son los que llevan a los pacientes a mostrar su voluntad de reingresar en la unidad si lo necesitaran.

9. Bibliografía

1. Hermida Porto M, Vidán Martínez L. Hospitalización a domicilio: alternativa humana y con futuro Hospital at home units: humane alternative with future projection. 2015;76(1):1. Disponible en: <https://galiciaclinica.info/PDF/31/732.pdf>
2. MSDsalud. Hospitalización domiciliaria | MSD Salud [Internet]. 2019 [citado 17 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.msdsalud.es/recursos-salud/hospitalizacion-domiciliaria/hospitalizacion-domiciliaria.html>
3. R S. España quiere ser referente en hospitalización a domicilio [Internet]. Diario Médico. 2019 [citado 16 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/salud/espana-quiere-ser-referente-en-hospitalizacion-a-domicilio.html>
4. José González Ramallo V, Valdivieso Martínez Vicente Ruiz García B, Marañón Madrid G. Hospitalización a domicilio [Internet]. Vol. 118, Med Clin (Barc). 2002. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S0025775302724883/first-page-pdf>
5. Massa Domínguez B. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. Hosp a Domic [Internet]. enero de 2017;1(1):7. Disponible en: <https://revistahad.eu/index.php/revistahad/article/view/8>
6. Alonso G, Escudero JM, Gilberto C, Fernández A. La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional [Internet]. Vol. 33, An. Sist. Sanit. Navar. 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200012
7. Estrada Cuxart O, Massa Domínguez B, Ponce González MÁ, 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 a Domic [Internet]. 2017;1(2):93. Disponible en: <https://www.revistahad.eu/index.php/revistahad/article/view/13>
8. González-Ramallo VJ, Segado-Soriano A. Veinticinco años de hospitalización a domicilio en España [Internet]. Vol. 126, Medicina Clinica. Ediciones Doyma, S.L.; 2006. p. 332-3. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/7131717_Twenty_five_years_of_hospital_at_home_in_Spain

9. CatSalut. Al 1999 es va posar en marxa la Unitat d'Hospitalització a Domicili de l'Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona. #CatSalut25anys. CatSalut. Servei Català de la Salut [Internet]. 2016 [citado 29 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articles/2016-10-13>
10. ICS. Hospitalització a Domicili – Institut Català de la Salut [Internet]. 2014 [citado 19 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://icscampdetarragona.cat/web/index.php/hospital-joan-xxiii/els-nostres-serveis/hospitalitzacio-a-domicili/>
11. Hospital Joan XXIII. AHC. Hospital Joan XXIII [Internet]. 2013 [citado 23 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/icscat/ahc-hospital-joan-xxiii-dola-cortasa040713-29063968>
12. Rossinot H, Marquestaut O, De Stampa M. The experience of patients and family caregivers during hospital-at-home in France. BMC Health Serv Res [Internet]. julio de 2019;19(1):470. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4295-7>
13. Saenger P, Federman AD, DeCherrie L V., Lubetsky S, Catalan E, Leff B, et al. Choosing Inpatient vs Home Treatment: Why Patients Accept or Decline Hospital at Home. J Am Geriatr Soc [Internet]. mayo de 2020;jgs.16486. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.16486>
14. Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2009. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19160179/>
15. Denzin Lincoln P. La entrevista en investigación cualitativa [Internet]. [citado 22 de mayo de 2020]. Disponible en: http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfg/pdf/cualitativa/recogida_datos/recogida_entrevista.pdf
16. Elo S, Kyngä H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs [Internet]. [citado 22 de mayo de 2020];62(1):107-15. Disponible en:

http://www.ujaen.es/investigacion/tics_tfg/pdf/cualitativa/recogida_datos/recogida_entrevista.pdf

17. AMM. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2017 [citado 12 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
18. BOE.es - Documento consolidado BOE-A-2018-16673 [Internet]. BOE. 2018 [citado 13 de enero de 2020]. p. 68. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
19. Wells M, Harrow A, Donnan P, Davey P, Devereux S, Little G, et al. Patient , carer and health service outcomes of nurse-led early discharge after breast cancer surgery: a randomised controlled trial. 2004;651-8. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/6601998.pdf>

10. Anexos

10.1 Consentimiento informado.

Título del estudio: Experiencia personal de los pacientes en la unidad de Hospitalización a Domicilio en el Hospital Joan XXIII de Tarragona.

Investigadores: Laia Boters y Sergi Rodríguez.

Centro donde se realiza el estudio: Universitat Rovira i Virgili (URV).

Introducción.

En este documento se le invita a participar en un estudio cuyo objetivo es conocer las experiencias de los pacientes de Hospitalización a Domicilio a partir de las entrevistas a realizar, también conocido como muestra.

Se precisa de la lectura previa y atenta del documento antes de participar en el estudio. Previamente, los investigadores le aclararán cualquier duda que tenga.

Su participación en este estudio es voluntaria, puede anularse y retirar el consentimiento en cualquier momento.

Descripción del estudio.

El estudio consiste en analizar cómo ha vivido el paciente la hospitalización en su casa. Para ello, se realizan entrevistas que tendrán una duración de 60-90 minutos aproximadamente, y posteriormente se procederá a la evaluación cualitativa mediante el análisis de contenido.

Tratamiento de datos.

Los datos obtenidos serán tratados por los investigadores de forma científica. Dichos datos son confidenciales y no aparecerá referencia a su persona en la presentación de los resultados.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio.

Su participación en el estudio servirá para conocer la experiencia de los pacientes hospitalizados en el domicilio. Usted no recibirá beneficio alguno por su colaboración en este estudio. La participación en él es libre y voluntaria.

Confidencialidad.

Los datos de los participantes se tratarán de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018 “Ley de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD)”. De acuerdo con la legislación vigente, usted es libre de ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos. Para ello deberá dirigirse a los investigadores.

Los datos obtenidos para el estudio estarán codificados de forma que solo los investigadores podrán relacionar los datos con usted. Finalmente, con la publicación de los resultados, sus datos personales no serán desvelados. Su identidad se mantendrá en el anonimato.

Antes de dar el consentimiento lea el documento, haga las preguntas oportunas y si lo considera consulte con las personas que le rodean.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy consentimiento para el acceso y utilización de mis datos como así detalla en la hoja de información.

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

10.2 Preguntas de la entrevista.

Teniendo en consideración que será una entrevista abierta podemos poner estas para orientar al entrevistado:

1. ¿Cómo fue el proceso de ingresar en HaD?
2. ¿Conocía este servicio?
3. En un primer momento, ¿pensaba que le iban a prestar una atención mejor o peor que en el hospital?
4. ¿Se sentía incómodo cuándo los profesionales iban a su domicilio?
5. En su opinión, ¿cómo valora el proceso de atención? ¿Tanto por el servicio médico como el de enfermería?
6. ¿Qué cosas son las que le gustaron más respecto a estar en casa? ¿Y las que no tanto?
7. Si ahora pudiese elegir, ¿volvería a pasar por el servicio de HaD?

10.3 Análisis de las entrevistas.

<p>S: Buenas tardes.</p> <p>P: Buenas tardes.</p> <p>S: Le recordamos que esta entrevista será grabada y se utilizará para la realización de un trabajo de investigación sobre la experiencia de pacientes de hospitalización a domicilio. Sus datos serán tratados de acuerdo con la ley orgánica 3/2018 “ley de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales”, por lo que su identidad se mantendrá en el anonimato. Usted ha aceptado voluntariamente la realización de esta entrevista y puede decidir abandonarla en cualquier momento. Esperamos que eso no ocurra y le agradecemos enormemente su colaboración. Demos inicio a la entrevista, si le parece bien.</p> <p>P: De acuerdo.</p> <p>S: Que le parece si nos empieza por contar cómo fue el proceso en el que ingresó usted en hospitalización a domicilio. ¿Por qué ingresó?</p> <p>P: Pues eh... bueno anteriormente yo llevaba des del mes de abril con unas heridas en los metatarsianos del pie izquierdo y... iba a curas semanalmente a la consulta de cardiovascular de Joan XXIII. En</p>	<p>El paciente firmó un consentimiento informado después de que se le explicara en qué consistía nuestro trabajo y cómo iba a ser la entrevista.</p> <p>El entrevistado explica que todo empezó con unes heridas en el pie izquierdo y que iba periódicamente a curarse a la consulta de vascular de Joan XXIII.</p>	<p>Voluntario</p> <p>Herida Metatarsianos Pie izquierdo CE Vascular</p>
--	--	---

<p>vista de que aquello no evolucionaba, cada vez iba a peor, pues entonces acudí a urgencias por recomendación de la enfermera de ahí y... decidieron ingresarme y amputarme el primer dedo del pie izquierdo.</p> <p>S: ¿Cuánto pasó desde que empezó con las curas en consultas hasta...?</p> <p>P: Pues... calcula 5 meses. Me amputaron el primer metatarsiano, me mandaron a casa. Tuve que volver.... Porque se me empezó a necrosar...</p> <p>S: En casa...</p> <p>P: No, sin asistencia domiciliaria. Me mandaron con la VAC pero para ir a curarme y a cambiar la VAC a consulta del cardiovascular.</p> <p>S: ¿En consultas externas de Joan XXIII?</p> <p>P: Sí. Empezó a necrosarse el segundo y tercer dedo entonces me volvieron a ingresar, me hicieron una arteriografía y me propusieron el irme a casa de alta con asistencia domiciliaria.</p> <p>S: O sea, estamos hablando de un periodo de cuántos meses hasta que...</p> <p>P: Pues... unos seis meses.</p> <p>S: Unos seis meses con dos operaciones...</p> <p>P: Dos arteriografías... y tres amputaciones.</p>	<p>Como sus heridas no evolucionaban bien acudió al servicio de urgencias del hospital y se decidió ingresarlo para amputarle el primer dedo del pie izquierdo.</p> <p>Estuvo 5 meses más yendo a la consulta de vascular para curar la herida de la primera amputación. No tuvo asistencia domiciliaria, llevaba la VAC y tenía que ir a las consultas de vascular de Joan XXIII.</p> <p>Afirma que se le empezó a necrosar el segundo y tercer dedo del pie izquierdo. Le vuelven a ingresar, le hacen una arteriografía que acaba con la amputación de los otros dos dedos. Se le ofrece ingresar en el servicio de HaD.</p> <p>Resume que en el transcurso de 6 meses se le hacen 2 arteriografías y 3 amputaciones.</p>	<p>Hospital Urgencias Ingreso HaD Mala evolución Amputación</p> <p>Domicilio Necrosis Metatarsianos Alta Recuperación Consulta VAC Incómodo Cansado</p> <p>Necrosis Segundo dedo Tercer dedo Miembros Arteriografía Amputación Oferta</p> <p>Arteriografía Amputación</p>
---	--	---

<p>S: ¿Y entonces entró en el servicio?</p> <p>P: Estuve una semana ingresado con la última amputación y me propusieron el venir a casa.</p> <p>L: O sea, con la tercera amputación, ¿ya entró con hospitalización a domicilio?</p> <p>P: Sí.</p> <p>S: ¿Qué expectativas tenía usted de cara al servicio de hospitalización a domicilio?</p> <p>P: Pues... (risas). Si te soy sincero, desconocía el servicio. Pero dije: peor no me puede ir de lo que me ha ido hasta ahora. Y la verdad que... en buena hora... en buena hora...</p> <p>S: ¿Pensaba que iba a estar mejor atendido en casa? ¿O peor que lo que estaba en la planta del hospital?</p> <p>P: En la planta del hospital... eh... yo no...las veces que he estado ingresado no he tenido nunca ninguna queja. Pero la verdad que... una vez probado el servicio de asistencia domiciliaria, no tiene nada que ver con la planta. Está mucho mejor. Hay más control, hay curas diarias, siempre viene el mismo personal... en la planta ya sabes, un día toca una... otro día toca otra... hoy pasa un médico mañana pasa otro... uno tiene una opinión</p>	<p>Cuenta que estuvo una semana ingresado en planta después de la 2a amputación y que después se le ofreció ingresar en HaD.</p> <p>Refiere que no tenía ninguna expectativa del servicio porque no lo conocía. Pensaba que peor no le podría ir y le dio una oportunidad de la que está muy agradecido.</p> <p>Explica que después de su paso por el servicio de HaD, considera que está mucho mejor que el servicio de la planta de hospital. Le da importancia a los siguientes aspectos: curas diarias; más control; le visitaba el mismo personal; la velocidad con la que cicatrizó la herida. Le da importancia a que en el hospital cada día acude una persona diferente, que cura y tiene un criterio</p>	<p>Tiempo Planta Oferta Ingreso HaD</p> <p>Expectativa Desconocimiento Ignorancia Oportunidad Agradecido</p> <p>Mejor Peor Beneficio Inconveniente Curas diarias Control bueno Mismo personal Misma cura Misma competencia Mismo criterio Cicatrización rápida Enfermera retén Médica diferente Cura diferente</p>
--	--	--

<p>otro tiene otra... y la verdad que en dos meses aquí en casa... se ha conseguido cicatrizar lo que llevaba seis meses esperando. Con lo cual, yo estoy contentísimo.</p> <p>S: ¿Cree que le explicaron bien en qué consistía el servicio de hospitalización a domicilio antes de irse a casa?</p> <p>P: El... el enfermero que bajó de hospitalización domiciliaria me lo explicó todo. En la planta no. En la planta... me dijeron: ¿quiere irse a casa, que irán a curarle? Bueno...</p> <p>S: ¿Echa en falta que le informasen más? ¿O cree que fue suficiente?</p> <p>P: Hombre...yo entiendo de que en una planta hay mucho follón mucho jaleo... lo que hablamos, un día pasa un médico otro día pasa otro... a lo mejor el médico que te ha operado no tiene nada que ver con el que te va a dar el alta ni con el que viene a verte... pero... un poquito más de explicación sí. Y la verdad que...me enteré de todo cómo funcionaba y cómo iba a ser por el enfermero que bajó de atención domiciliaria, porque me vine con la bomba de perfusión y el antibiótico que me estaban poniendo... y él me explicó cómo iban a ir las pautas de curas... de visitas... y muy bien, muy contento.</p> <p>S: ¿Te sentías incómodo cuando venían...?</p>	<p>diferente. Le da importancia a que en ese sentido hay bastante descoordinación.</p> <p>Resume su opinión sobre la HaD como: “estoy contentísimo”</p> <p>Comenta que en la planta dónde estaba ingresado después de la intervención no le explicaron nada sobre el servicio de HaD.</p> <p>La información se la dio el enfermero de la unidad de HaD</p> <p>Explica que él puede llegar a entender que en la planta hay mucha carga de trabajo. Vuelve a referir que el médico que puede ir a verte un día al otro no está. Habría agradecido un poco más de información.</p> <p>También refiere que el enfermero de domicilios le explicó todo lo que debía saber; qué llevaba y por qué, cómo iban a ser las curas y cuándo.</p>	<p>Criterio diferente</p> <p>Descoordinación</p> <p>Cicatrización rápida</p> <p>Contentísimo</p> <p>Desinformación</p> <p>Desconocimiento</p> <p>Información pre-ingreso</p> <p>Insuficiente</p> <p>Enfermera HaD</p> <p>Personal vascular</p> <p>Carga laboral</p> <p>Falta de información</p> <p>Inquietud</p> <p>Explicaciones</p> <p>Bomba de perfusión</p> <p>Antibiótico</p> <p>Organización HaD</p> <p>Cura</p> <p>Periodicidad</p>
--	--	--

<p>P: No...</p> <p>S: ¿...a tu casa?</p> <p>P: No, al revés. Al revés. Para mí era una maravilla, porque encima de que evolucionaba bien pues la verdad que todo el personal que ha venido ha sido fabuloso.</p> <p>S: ¿Habías tenido alguna experiencia previa...?</p> <p>P: No.</p> <p>S: ¿O algún familiar, o algún...?</p> <p>P: No. Nunca. La verdad que tampoco he tenido ingresos por otros motivos que requerían...</p> <p>S: Pero tampoco supuso romper una barrera el que pasara el médico a casa el enfermero...</p> <p>P: No, no. En absoluto.</p> <p>S: El abrir tus puertas para...</p> <p>P: En absoluto. Vamos... mucho más cómodo estar en tu casa.</p> <p>L: ¿Por qué?</p> <p>P: Con tu gente, con las comidas que te preparan... no tiene nada que ver. No tienes que aguantar una compañía buena o mala, porque de todo toca en los hospitales. Te puede tocar un buen compañero como... en fin. Vamos... yo sí me tuvieran que volver a ingresar otra vez, si al segundo día me dejan el alta con atención domiciliaria me iba.</p> <p>S: ¿Tú te sentías que estabas hospitalizado?</p> <p>P: No, en absoluto.</p>	<p>No se sentía incómodo cuando el equipo iba a su domicilio. También resalta que estaba muy contento por los profesionales que le atendían y porque la evolución era buena.</p> <p>Se sintió más cómodo en casa porque el estar con su familia, con la comida que le preparan y sin tener que soportar un compañero de habitación. Son cosas que le hicieron tener una satisfacción notable.</p> <p>Comenta que si tuviese que ingresar otra vez y le ofrecen la oportunidad de ir a HaD se iría enseguida.</p>	<p>Cómodo</p> <p>Domicilio</p> <p>Contento</p> <p>Fabuloso</p> <p>Buena evolución</p> <p>Cómodo</p> <p>Entorno</p> <p>Apoyo familiar</p> <p>Familia</p> <p>Rutina</p> <p>Comida casera</p> <p>Compañero</p> <p>Intimidad</p> <p>Satisfactorio</p> <p>Reingresar</p>
--	--	---

<p>S: En aquel entonces, ¿te etiquetabas como enfermo?</p> <p>P: Pues tampoco. Me veía mucho peor dentro del hospital que aquí en casa.</p> <p>L: ¿Y se te ocurre algún motivo más por el que tú te sintieras así en el hospital y en casa no? Ya hemos hablado de las compañías, de los médicos, del personal... ¿hay algún motivo más por el que tú aquí estuvieras mejor que allá?</p> <p>P: Hombre estás con tu entorno y con tu gente. En un hospital pues por ejemplo yo en mi caso que tengo hijas relativamente jóvenes pues tampoco es muy agradable que vengan a verte. Más en mi caso que estaba medio aislado por la infección. Entonces... no tiene nada que ver, no tiene nada que ver el hospital con estar en tu casa.</p> <p>S: ¿Qué tipo de infección era por tenerlo en contexto?</p> <p>L: Por saberlo.</p> <p>P: Pues la verdad que no me lo dijeron (risas).</p> <p>S: Pero era... me refiero un aislamiento por contacto o por qué.</p> <p>P: No sé si era para no contaminar yo a los demás o para no contaminar yo a los demás. La verdad es esa. Pero vamos... sí, tenía el cartelito en la puerta y el personal se ponía bata. En cambio, a mí me dejaban salir. Porque</p>	<p>Refiere que no se sentía como un paciente hospitalizado cuando estaba en casa. Se veía peor dentro del hospital.</p> <p>Añade que durante el ingreso en planta lo aislaron por la infección de la herida y que en esa situación no era agradable que sus hijas fueran a verle. En cambio, en su casa estaban allí y las podía ver.</p> <p>Expone que el aislamiento era para que él no pudiese contagiar a los demás.</p>	<p>Hospitalizado Peor</p> <p>Aislamiento Infección Situación planta Soledad Hijas Oportunidad</p> <p>Cartelito Contaminar</p>
---	--	---

<p>como me aburría allí soberanamente pues me dejaban vestirme por la tarde y bajar a tomar el sol o tomarme un cortado.</p> <p>L y S: Muy bien.</p> <p>P: O sea que pienso no sería yo muy peligroso.</p> <p>S: Bueno es posible que la herida estuviera contaminada y fuera solo el contacto con la herida. Si estaba tapada podía salir perfectamente a la calle.</p> <p>P: Sí, sí. Vamos iba con el vendaje.</p> <p>L: Y en tu opinión, el proceso de atención por el servicio de hospitalización a domicilio, ¿cómo fue?</p> <p>P: Muy bueno.</p> <p>L: ¿Sí?</p> <p>P: Muy bueno. Al principio eran curas diarias. Luego ya fueron espaciándose a dos tres días. Los días que no venían pues me llamaban por teléfono. ¿Qué tal estas? ¿Tienes fiebre? ¿No tienes fiebre? ¿Tienes dolor? ¿No tienes dolor? Los días que venía pues me miraban todas las constantes: tensión, temperatura, oxigenación... como si estuvieras en el hospital. En realidad, es como si estuvieras en el hospital.</p> <p>S: ¿Cada cuánto venía el médico a casa?</p>	<p>Agradece que aunque estuviese en aislamiento le dejaran salir porque se aburría soberanamente.</p> <p>Añade que no sería muy peligroso si le dejaban hacer estas cosas.</p> <p>Y comenta que le vendaban la herida para que estuviera tapada</p> <p>Valora el proceso de atención domiciliaria como muy bueno.</p> <p>Primero iban a curarle todos los días y más tarde fueron espaciándose en unos días. Los días que no iban a visitarle le llamaban para preguntar cómo estaba, si tenía fiebre o no, si padecía dolor. Los días que le visitaban hacían los mismos procedimientos que en el hospital.</p> <p>Confirma que fue como si estuviese en el hospital.</p>	<p>Infecioso</p> <p>EPIs</p> <p>Aburrimiento</p> <p>Salir</p> <p>Pasear</p> <p>Inofensivo</p> <p>Vendaje</p> <p>Inofensivo</p> <p>Vendaje</p> <p>Muy bueno</p> <p>Proceso HaD</p> <p>Atención domiciliaria</p> <p>Curas diarias</p> <p>Curas periódicas</p> <p>Control telefónico</p> <p>Fiebre</p> <p>Dolor</p> <p>Estado anímico</p> <p>Procedimientos</p> <p>Técnicas</p> <p>Tensión</p>
--	--	---

<p>P: Normalmente, un día a la semana.</p> <p>S: ¿Cree que era suficiente?</p> <p>P: Hombre... no lo sé. En mi caso no lo sé. En otras patologías... yo no eché en falta que viniera más días. Independientemente que si tú te encontrabas mal por algo podías llamar y... no, en ese caso no. He echado más en falta, porque esto sí que le veo yo un problema, pero pienso que es cuestión ya de organización interna, pienso yo eh. A ti te dan un alta en la planta. Pasas a asistencia domiciliaria. Te tratan. Evolucionas bien. Te dan el alta. Pero no hay esa... pienso luego... te quedas luego un poco baldío. O sea, a mí me terminaron... me dieron el alta para que terminara lo que era la curación a mi CAP, con mi enfermera. Eh... la enfermera del CAP, pues... ni puñetera idea. Más en mi caso que es un CAP que pertenece a santa tecla-Llevant, que no es Joan XXIII: pues tienes que explicarle tú más o menos. Porque el informe de alta tampoco es muy explícito en el sentido de cómo hay que curar o...</p> <p>S: ¿Cree que es algo que se podría mejorar?</p> <p>P: Sí.</p> <p>S: La comunicación entre servicios.</p>	<p>Aclara que la doctora iba a visitarle una vez a la semana.</p> <p>El entrevistado no echó en falta que fueran más el número de visitas, también explica que su se hubiese encontrado mal podría haber llamado para consultar cualquier cosa.</p> <p>Por otra parte también añade que después de darle el alta iba al CAP para hacerse la cura y que la enfermera desconocía la forma de curar su herida. Por estas razones cree que debería de haber un enlace para evitar estar perdido en el proceso de pasar de Atención Especializada a Atención Primaria.</p> <p>Así como también cree insuficiente las explicaciones sobre la cura</p>	<p>Temperatura</p> <p>Saturación</p> <p>Hospital en casa</p> <p>Visita médica</p> <p>Óptimo</p> <p>Número de visitas</p> <p>Desorganización</p> <p>Descoordinación</p> <p>Desconocimiento</p> <p>Enfermera CAP</p> <p>Baldío</p> <p>Información insuficiente</p> <p>Enlace</p> <p>CAP</p> <p>Atención Primaria</p> <p>Atención Especializada</p> <p>Informe insuficiente</p> <p>Información insuficiente</p>
---	---	--

<p>P: La comunicación, sí. De cuando te dan el alta de atención domiciliaria que es como si te dieran el alta en la planta porque realmente estás en casa, pero es como si estuvieras ingresado. Luego con tu... con tu CAP... con tu médico de cabecera o con tu enfermera que tienes adscrita un poco más de comunicación en el sentido de las pautas a seguir. Incluso, una vez que a mí me dan en alta en el CAP, porque ya tengo las heridas cicatrizadas, pues para que te hagas una idea... a mí me dieron el alta en diciembre...</p> <p>S: ¿El alta de...?</p> <p>P: Del CAP. Y hasta el mes de abril no me ve el cardiovascular. Y aun no lo sé si me ve el cardiovascular porque tocaba o porque yo llamé a atención domiciliaria. Porque claro, tú llamas a la planta y en la planta no existes ya. En la planta no llames para nada. Porque a mí me ha pasado, estar en casa con la VAC puesta cuando me iba a curar a las consultas externas de cardiovascular, fallar la máquina... claro, el horario de la consulta de cardiovascular es de lunes a viernes de ocho a dos y media. Y llamar por la tarde a la planta y decir me pasa esto y decirme: vaya a urgencias. Nosotros no...</p>	<p>que recogía el informe de alta.</p> <p>Cree que en este aspecto, la coordinación podría ser mejor.</p> <p>Refiere que primero pasó por los servicios disponibles hasta que se curó completamente pero que en el sentido de organización el sistema falla. Admite que no puede ser que le den el alta del CAP en diciembre y que hasta abril no le pueda hacer la revisión el vascular. Llamó para obtener a información y en la planta nadie le dio solución, comenta que una vez te dan el alta ya no existes para ellos.</p> <p>Se sintió disgustado al llamar y que no le dieran ningún tipo de información.</p> <p>También comenta que no hay soluciones claras cuando él tuvo un</p>	<p>Comunicación Descoordinación</p> <p>Comunicación Fallo Tardanza Cicatrización Cardiovascular Llamada HaD Tardanza Inexistente</p>
---	--	--

<p>S: ¿Tuvo que acudir algún día a urgencias porque fallara la máquina?</p> <p>P: No. Aquí, en atención domiciliaria, no.</p> <p>S: No, me refiero antes.</p> <p>P: Sí, tuve que ir y me la tuvieron que quitar.</p> <p>S: ¿y cuánto tiempo estuvo esperando en urgencias hasta que le solucionaron el problema?</p> <p>P: Pues hasta que acudió... el cardiovascular que estaba con otras historias, claro. Porque allí, nunca sabes: uno, si hay un box; o dos, si tu especialista estará haciendo otra cosa.</p> <p>S: Claro es que... eh... no es un motivo de urgencia vital esto.</p> <p>P: No.</p> <p>S: Porque claro estamos como en tierra de nadie, ¿no?</p> <p>P: En tierra de nadie. Entonces... yo llamé a atención domiciliaria una vez que me dieron el alta en el CAP porque a mí sí que me habían comentado que una vez ya dado el alta que me citarían... lo que tendría que ir a una consulta... no sé de qué es la consulta realmente si es de rehabilitación o es del pie diabético por si necesitaba algún tipo de prótesis para poder andar. Y... la compañera vuestra que me atendió, encantadora la moza, miró en el ordenador... ni tenía visita</p>	<p>problema. La VAC falló y le atendieron en urgencias ya que le sucedió fuera del horario de consultas externas.</p> <p>Refiere que se le retira la VAC en urgencias.</p> <p>Comenta que esperó en urgencias hasta que el especialista acudió al servicio. Coincide en que no era una urgencia vital pero que no tuvo otro remedio.</p> <p>Aclara que se sintió en tierra de nadie. Se le comentó que después del alta de Atención Primaria debería acudir a una consulta pero sin especificarle más información, no sabía si la consulta era de</p>	<p>Problema de pautas Urgencias Fuera de horario CE Urgencias Cardiovascular VAC</p> <p>Retirada VAC</p> <p>Espera Cardiovascular Sin opciones</p> <p>En tierra de nadie Perdido Alta CAP Desinformación</p>
--	---	--

<p>pendiente para el cardiovascular... ni para ningún otro sitio. Entonces pues bueno, lo hablé con él podólogo que me lleva, y que me hiciera el estudio de los pies y me diera alguna solución porque claro, sino tengo problemas para andar.</p> <p>S: ¿Era un podólogo privado?</p> <p>P: Sí, claro. Eh... incluso al estar tanto tiempo con el zapato... postquirúrgico... y eso que procuraba andar poco porque cuanto menos castigas el pie antes cura. Pues tenía dolores en las caderas al andar y... ya te digo... ahí veo un vacío yo que no sé hasta qué punto no se podría subsanar en el sentido de que hubiera... no sé algo... organizado para cuando te den el alta. Realmente, pero hay unas secuelas que alguien te tiene que ver. Lo lógico es que te vea el especialista o que te ha operado o te ha hecho la arteriografía... bueno yo llamé y la verdad que a los pocos días recibí una carta recitándome para abril con el jefe de servicio de cirugía vascular para revisión. Ahí sí que le he visto yo un poco de... o porque por ejemplo a mí me curaban últimamente ya con estos polvos... no sé cómo se llama ahora...</p> <p>S: El "catrux", posiblemente.</p> <p>P: El "catrux".</p> <p>S: Para cicatrizar.</p>	<p>rehabilitación o de pie diabético. Fue entonces cuando llamó al servicio de HaD y le facilitaron la información de que tenía consulta con el vascular.</p> <p>Además, se puso en contacto con un podólogo privado por si necesitaba alguna prótesis, ya que le costaba andar.</p> <p>Explica que sufría de dolores en las caderas al andar y que hay un vacío de organización, ya que esas secuelas las debe ver un profesional. También expresa que lo lógico es que te visite uno de los médicos que te atendió. A los pocos días recibió una carta de la visita con el jefe de cirugía vascular.</p>	<p>Llamada HaD</p> <p>Información visita</p> <p>Pie diabético</p> <p>Rehabilitación</p> <p>Prótesis</p> <p>Cojera</p> <p>Podólogo</p> <p>Estudio pie</p> <p>Dolor en caderas</p> <p>Vacío organizativo</p> <p>Visita en vascular</p> <p>Seguimiento insuficiente</p> <p>Arteriografía</p>
--	--	---

<p>P: Pues menos mal que el enfermero, el último que me vio que me dio el alta él eh...me dejó un par de sobres, porque en el CAP este que a mí me toca, mi enfermera allí no utiliza "catrux".</p> <p>S: Entonces... ¿puede ser que...?</p> <p>P: Ahí lo veo yo un poco descoordinado una vez que te dan el alta.</p> <p>S: ¿...uno de los problemas o aspectos a mejorar sea...?</p> <p>P: Descoordinado en el sentido de que te quedas fuera del circuito con tu especialista que es el que te ha hecho el ingreso, el que te ha intervenido y el que hipotéticamente te da el alta para atención domiciliaria, el alta de planta. Y... si tienes que terminar lo que es la curación en el CAP... ahí ya hay descoordinación total.</p> <p>L: Entonces, ¿se necesitaría un nexo de unión entre el alta de hospitalización a domicilio y los tratamientos que se hacen en el CAP?</p> <p>P: Y sobre todo, no lo sé... porque claro, es que yo... claro el régimen interno yo lo desconozco, no lo sé si la doctora de atención domiciliaria cuando te da el alta lo habla con los cardiovasculares... es que no lo sé. Ahí te quedas un poco corto.</p>	<p>Comenta que en el CAP dónde iba hacerse la cura no estaba todo el material para hacerla como en HaD.</p> <p>Expresa que el enfermero de HaD le dejó un par de sobres de catrux y por eso le fueron haciendo las curas.</p> <p>Ve la situación descoordinada.</p> <p>Se sintió como que se había quedado fuera del circuito de atención médica. No cree que haya coordinación entre el especialista y la AP.</p>	<p>Falta de material Catrux</p> <p>Enfermera HaD Material (posible categoría) Falta de material Catrux Situación descoordinada</p> <p>Fuera del circuito Circuito de atención Especialista Descoordinación</p>
---	--	--

<p>S: Claro, la cosa está en que debería existir esa comunicación y nosotros también desconocemos si existió o no existió.</p> <p>P: Es que no lo sé, no lo sé (risas). No lo sé. No lo sé porque a mí eh... ya te digo en la consulta, hipotéticamente si aquello cerraba, las heridas, y me hubiera habido que amputar, me iban a derivar a esa otra consulta, me apuntaron. No sé si es para que te hagan un estudio del pie o... que no lo sé.</p> <p>Pero vamos, que me he tenido que buscar las habichuelas por ahí.</p> <p>S: ¿Ha tenido que recurrir a un podólogo privado?</p> <p>P: Sí, claro.</p> <p>S: Y, a llamar a un servicio del que ya le habían dado el alta.</p> <p>P: Sí. Sí porque si no pues te quedas en tierra de nadie.</p> <p>S: A usted cuando le dieron el alta, ¿cómo tenía la herida?</p> <p>P: Prácticamente cerrada.</p> <p>S: Y entonces ¿qué cura le tenía que hacer su enfermera del CAP, que seguimiento le tenía que hacer?</p> <p>P: Lo mismo que me estaban haciendo aquí, ponerme el... "catrux" y vendar, hidratar y nada más.</p> <p>S: Asegurar la cicatrización y proteger un poco. ¿Y cree que no... o que no estaba informada o...?</p>	<p>Está de acuerdo en que falta un puente entre los diferentes servicios y que al final tuvo la sensación de que los cuidados se quedaban cortos.</p> <p>Desconoce si esa comunicación de su estado de salud se produjo o no. Se sintió molesto por haber de buscar el la información sin saber dónde ni cómo.</p> <p>Se siente molesto por recurrir a un podólogo privado y como si no tuviese soporte asistencial.</p> <p>Se sentía ajeno a cualquier servicio.</p> <p>Comenta que cuando le dieron el alta en HaD su herida estaba</p>	<p>Red de servicios Dudoso Desconocimiento</p> <p>Incógnita Molesto</p> <p>Molesto Sin ayuda Habichuelas</p> <p>En tierra de nadie</p>
---	---	--

<p>P: No, no. Tuve que explicarle yo cómo me tenían que curar. Después claro, con el problema de que tú tienes una enfermera adjudicada, pero si yo iba día sí día no a curarme, cada día me tocaba una persona diferente, claro. Y con mis polvos para arriba y para abajo, hasta que se acabaron.</p> <p>S: Y una vez que se acabó estos polvos ya...</p> <p>P: (risas). Pues entonces ya... aquacel plata que eso sí que había. Que en realidad estaba cerrado ya, no hacía falta porque no había exudado ni nada.</p> <p>S: ¿Se ha aprendido usted todas las técnicas de cura, no?</p> <p>P: Más o menos. Bueno también es que estudié medicina.</p> <p>L: Ah, vale, vale. Y... y respecto al servicio médico sí que hemos hablado de si hacía falta que viniera más el médico pero, respecto al servicio de enfermería su valoración cómo es, ¿es positiva o es negativa?</p> <p>P: Muy positiva.</p> <p>L: ¿Por qué?</p> <p>P: Pues porque es difícil si a mí me han curado cuatro o cinco personas diferentes... yo no tengo ninguna queja de ninguna, a nivel profesional eh, ya no digo de más simpático, más agradable, menos</p>	<p>prácticamente cerrada y que en el CAP sólo se debía hacer el vendaje, hidratar y poner el catrrix para que acabase de cicatrizar.</p> <p>Comenta que le tuvo que explicar a la enfermera cómo se hacía la cura, y que cada día iba una diferente ya que le tocaba cura día sí y día no. También refiere que se le curaba con catrrix hasta que se terminaron sus dos sobres.</p> <p>Refiere que cuando se le acabó el catrrix se le curaba con aquacel plata, no necesitó más catrrix porque estaba cerrada la herida.</p> <p>Explica que se aprendió las técnicas de cura y que ya tenía conocimientos médicos porque estudió medicina.</p> <p>Valora el servicio de enfermería de la HaD con una valoración muy</p>	<p>Casi cerrada Vendar Hidratar Poner catrrix Cura</p> <p>Explicaciones Cada 2 días Enfermera cambiante</p> <p>Aquacel plata Cambio de cura Poco exudativa</p> <p>Aprendizaje Conocimientos médicos</p>
---	--	---

<p>agradable. No, no, como profesionales. Muy buenos.</p> <p>L: ¿Pero por el trato, por la técnica...?</p> <p>P: No, no, por la técnica. Sí, no tiene nada que ver con lo que es la planta, créetelo.</p> <p>L: ¿Y por qué lo cree?</p> <p>P: Pues porque pienso que es, que es... Lo que hacen todos los días. Y si lo haces todos los días pues... al final... pues te vuelves un experto en curas.</p> <p>S: O sea, ¿cree que es experiencia pura y dura?</p> <p>P: Sí, experiencia pura y dura.</p> <p>S: Más que, por ejemplo, por decir: menos carga de trabajo, o mayor formación... ¿o puede ser que hayan otros factores?</p> <p>P: Hombre...</p> <p>L: O puede ser que haya más coordinación entre ellos.</p> <p>P: Ellos están muy muy coordinados, eso sí que es verdad. Con respecto a los horarios si te decían a tal hora a tal hora estaban. Y llevan muy buena programación de trabajo. ¿Carga laboral? Pues yo me imagino que no les queda mucho tiempo para... pero aun así la cura a mí nunca han ido acelerados, siempre con tranquilidad y si... se había... lo que era la herida, humedecido,</p>	<p>positiva. También comenta que han ido diversas enfermeras a curarle y que no tiene ninguna queja ya que mostraron ser muy profesionales y muy buenos.</p> <p>Piensa que las curas en casa no tienen nada que ver con las de planta. También considera que las enfermeras de HaD son unas expertas en curas y con experiencia.</p> <p>Lo resume como que lo más importante es tener experiencia en el tema.</p> <p>Cree que el equipo de HaD está muy organizado, que son puntuales y que llevan una buena programación del trabajo. También añade que deben de tener carga laboral pero que cuando iban a visitarle</p>	<p>Servicio de enfermería</p> <p>Valoración</p> <p>Muy positiva</p> <p>Diversas enfermeras</p> <p>Sin problemas</p> <p>Muy bueno</p> <p>Muy profesionales</p> <p>Expertos en curas</p> <p>Experiencia</p> <p>Curas diferentes</p> <p>Curas mejores</p> <p>Enfermera HaD</p> <p>Experiencia</p> <p>Enfermera HaD</p> <p>Muy organizado</p>
--	--	---

<p>pues recortando pielecitas... lo que en la planta es imposible.</p> <p>L: ¿Porque en planta hay más carga de trabajo y van más acelerados?</p> <p>P: Pues no lo sé. Yo me imagino...</p> <p>L: Y cuándo estuvo ingresado, ¿qué le pareció, qué pasaba para eso?</p> <p>P: Pues... es que el problema de la planta es que si no te cura la que lleva ahí tiempo, pues... "malament".</p> <p>L: "Malament".</p> <p>P: "Malament porque la gente va, la van moviendo, hoy estoy en esta planta, hoy bajo aquí...</p> <p>S: ¿Estamos ante el mismo problema, no? ¿De no saber cómo realizar la cura porque no la has visto nunca, por ejemplo?</p> <p>P: Efectivamente. Ya te digo yo... personal de enfermería bien, muy bien. La doctora que venía pues muy bien, que ya te digo para mi patología... no sabía más de curas que la enfermería. O sea podía venir tranquilamente cada 10 días que no pasaba nada.</p> <p>S: O sea, los enfermeros eran autosuficientes.</p> <p>P: Sí, ya lo creo. Ya lo creo. Y yo que lo padecí en la consulta de cardiovascular que a mí me curaba una enfermera que me parece que lleva o llevaba más de 30 años, de</p>	<p>nunca fueron acelerados o con prisa, siempre le realizaban la cura con tranquilidad y con mimo, lo que en planta no le pareció.</p> <p>Coincide en que como el personal de enfermería va cambiando en las plantas, si no le curaba la enfermera más experta no iba bien el proceso.</p> <p>Reconoce que el personal de enfermería fue vital para su proceso de recuperación, la doctora podía espaciar más en el tiempo las visitas ya que el control era muy bueno.</p>	<p>Puntualidad</p> <p>Buena programación</p> <p>Carga laboral</p> <p>Tranquilidad</p> <p>Con cariño</p> <p>Poco cuidado</p> <p>Con prisa</p> <p>Cura HaD</p> <p>Enfermera retén</p> <p>Curas poco eficaces</p> <p>Enfermera experta</p> <p>Situación complicada</p> <p>Vital</p> <p>Visitas médicas periódicas</p> <p>Control bueno</p>
---	---	---

<p>la noche a la mañana desapareció y vino una chica nueva que la moza muy sincera a mí me dijo, dice: yo es que no he trabajado nunca aquí. Antes trabajaba en una residencia de ancianos. Y allí estaba aprendiendo. Pienso que una cura hay que tener gente que tenga experiencia y tenga formación en eso. Es que te juegas un pie o te juegas un dedo en una semana eh.</p> <p>S: ¿Usted cree que...?</p> <p>P: En una semana.</p> <p>S: ¿...le afectó negativamente...?</p> <p>P: Sí, por supuesto eh. Y no es por la moza que había ahí. Porque ya te digo, fue muy sincero. Pero hombre, te causa baja por lo que sea la enfermera habitual... joder... no puedes poner una persona nueva, alguien que tenga un poco de experiencia.</p> <p>L: ¿Cree que enfermería tiene que estar especializada...?</p> <p>P: Hombre...</p> <p>L: ¿...sobre todo cada uno en su campo para que estas cosas no sucedan? ¿Sería importante?</p> <p>P: Sería muy importante. Un día de los que vinieron a curarme... ¿que no sé si eras tú?</p> <p>L: No (risas), yo no pude ser porque... yo estaba en otra parte.</p>	<p>Cree que el equipo de enfermería de HaD era autosuficiente. Explica que primero en la consulta le curaba una enfermera con mucha experiencia y que de un día para otro desapareció una enfermera que era novata en el servicio. Ella le reconoció que no conocía el servicio. Comenta que para hacer las curas se deberían encargar las enfermeras con experiencia ya que en poco tiempo empeoran.</p> <p>Recalca que una herida puede empeorar muchísimo en poco tiempo.</p> <p>Cree que si una enfermera no puede ir al trabajo sería bueno que si traen a una persona que sea con algo de experiencia en el campo.</p>	<p>Buena evolución</p> <p>Autosuficiente</p> <p>Enfermera CE</p> <p>Enfermera novata</p> <p>Experiencia</p> <p>Formación</p> <p>Empeoramiento</p> <p>Tiempo-dependiente</p> <p>Tiempo-dependiente</p> <p>Experiencia</p> <p>Enfermera novata</p> <p>Mejor situación</p> <p>Buen trabajo</p>
--	--	---

<p>P: Bueno, vino una enfermera que estaba haciendo la residencia, yo no lo sabía.</p> <p>L: Oh.</p> <p>P: Pues...</p> <p>L: Las médicos de familia hacen rotaciones en domicilios.</p> <p>P: No, no. No era médico de familia, era enfermera.</p> <p>S: Sí, sí.</p> <p>L: Sacaría plaza de comunitaria.</p> <p>S: O sea, quería decir enfermera de... familia, de comunitaria.</p> <p>P: Ah.</p> <p>S: Existe también, enfermería.</p> <p>P: Pues yo eso lo vería muy bien, la persona que le, que le atraiga el tema de curas o ciertas especialidades que hubiera una residencia como un MIR. De un año, un año, que formen y yo pienso que es que a la gente... una: tienes que ponerla donde le gusta. Y dos: tienes que formarla. No puedes formar a una persona durante un año... bueno un año con suerte, a lo mejor son tres meses en un sitio, un mes en otro.</p> <p>Dentro de ese mes hago cuatro plantas diferentes... según necesidades. Eso al final lo paga... el enfermo. Lo paga el hospital que... que amplías el tiempo de estancia. Y según ellos una cama es muy cara. Y yo pienso que es un poco frustración para el</p>	<p>Coincide en que enfermería debería estar especializada.</p> <p>Desconocía la existencia de las especializaciones en enfermería.</p> <p>Le atendió una residente en enfermería.</p> <p>Ve la residencia de enfermería como una oportunidad muy buena, ya que es una formación sobre un tema en concreto. También cree que a la gente se la debe poner dónde de verdad le guste y también formarlas sobre eso.</p> <p>Se queja de que no vale que en un año a esa enfermera le hagan estar en 4 plantas diferentes y formándose a medias</p>	<p>Enfermería especializada Muy importante</p> <p>Desconocimiento Enfermera residente</p> <p>Enfermera residente</p> <p>Desconocimiento Enfermera residente Oportunidad Vocación Formación</p>
--	---	--

<p>profesional que te tengan así. Pero vamos, ese es un tema que a lo mejor ninguno de los tres podemos solucionar.</p> <p>S: No, por desgracia creo que no podemos solucionarlo (risas) pero...</p> <p>P: Pero yo pienso que así tendría que funcionar.</p> <p>S: Pero le haría abanderado de la causa (risas).</p> <p>P: Sí, eso sí.</p> <p>L: Yo también (risas).</p> <p>P: No, no... y es algo... que lo tengo muy claro y muy convencido. De que debería haber más especialización, más formación y que procurar que cada uno trabaje en la especialidad que le guste.</p> <p>S: ¿En el ámbito que más conozco no?</p> <p>P: Claro. Y eso es lo que se agradece en el servicio de atención domiciliaria.</p> <p>S: ¿Porque cree que todos los enfermeros, por lo menos los que le trataron... estaban a gusto en su... en su ámbito?</p> <p>P: Todos. Unos se veían... yo no he oído una palabra de decir: hoy estoy que no llego... hoy es que estoy tal... y que lío y que... fulanita vete tú a aquella habitación que no voy a llegar o que baja otra de otra planta a echar una mano (risas).</p> <p>L: No. Sí. Sí, sí.</p>	<p>porque al final eso lo paga el enfermo, alargando la estancia en el hospital, así como el hospital por temas económicos. Coincide en que el hecho de estar de retén genere frustración en las enfermeras. Concluye en que a esto se le debería de dar solución.</p> <p>Insiste en que el buen funcionamiento depende de que los profesionales de enfermería no sean retén ya que complica la situación y asistencia a los pacientes.</p> <p>Está convencido de que enfermería debería especializarse y formarse en función de especialidad y vocación.</p> <p>Coincide en que las enfermeras deberían permanecer en el servicio que más conocen.</p> <p>Reconoce que todas las enfermeras que le visitaban demostraban estar a gusto en el servicio, explica los comentarios</p>	<p>Enfermera retén</p> <p>Formación a medias</p> <p>Paciente</p> <p>Más tiempo</p> <p>Alargar el ingreso</p> <p>Hospital</p> <p>Caro</p> <p>Frustración</p> <p>Enfermera retén</p> <p>Mala asistencia</p> <p>Buen funcionamiento</p> <p>Especialidad</p> <p>Formación</p> <p>Vocación</p> <p>Experiencia</p> <p>Gratitud</p>
---	---	---

<p>P: La gente... y me supongo que iban muy cronometrados. Yo vamos, por lo que he hablado con una de las personas que venían... ha vivido aquí abajo, hasta hace... poco. Y con él tenía más confianza e iba... (golpea una mano sobre la otra simbolizando que hacían muchas cosa, una detrás de otra sin parar).</p> <p>S: También iban a piñón, como en planta.</p> <p>P: A piñón. Vamos tienes que ver a tantos pacientes y claro el problema es que uno es aquí otro es allí...</p> <p>L: Ya...</p> <p>P: Pero vamos... yo me veo como gerente del hospital... hoy digo, bueno, hoy soy el gerente del hospital. Yo el servicio de atención domiciliaria es algo que potenciaría.</p> <p>S: Es bueno saberlo.</p> <p>P: Pero vamos lo tengo clarísimo. Pero clarísimo eh.</p> <p>S: Y... haga un esfuerzo de... como gerente del hospital. ¿Qué sugerencias tendría para mejorar la unidad de domicilios?</p> <p>P: Pues quizá... yo... claro, desconozco la carga de trabajo que tengan. Y claro, nunca puede ser un trabajo similar, y claro, no todos los pacientes somos iguales. Yo</p>	<p>que hacen las enfermeras de planta respecto a la carga de trabajo y delegar actividades en otras enfermeras que no llevan esos pacientes.</p> <p>Considera que las enfermeras van con el tiempo justo y que parecen que vayan cronometrados.</p> <p>Reconoce y sabe que en HaD también van con el tiempo justo y que el problema es que hay que desplazarse.</p> <p>Explica que si fuese el gerente del hospital potenciaría el servicio de HaD.</p>	<p>Cómodo</p> <p>Carga laboral</p> <p>Delegar</p> <p>Echar una mano</p> <p>Cronometrados</p> <p>Desplazamiento</p> <p>A piñón</p> <p>Potenciar HaD</p>
---	---	--

<p>ampliaría plantilla. Ampliaría plantilla.</p> <p>S: ¿Algún aspecto más? Algún... ¿o una cosa que se pudiese mejorar más?</p> <p>P: Pues te voy a decir una cosa: e incluso...hasta yo lo incentivaría económicamente. De verdad eh. Porque quieras o no es algo... es que son 365 días año. Yo ampliaría incluso el servicio nocturno, que te puede pasar algo con alguna persona que tengas...</p> <p>S: No hemos hablado de... de esto. Fuera del horario, que es de 8 de la mañana a 9 de la noche, ¿tuvo que recurrir usted a...?</p> <p>P: No.</p> <p>S: ¿...al hospital?</p> <p>P: No, no en mi caso no. Pero bueno, mi caso es una cura. Yo pensaba que solo se dedicaban a curas. Un día me explicaron que no, que tienen desde niños eh... bueno cualquier tipo de patología. Pues evitarías que personas que a lo mejor están fastidiadas pues por la noche tengan que pedir una ambulancia o... molestar a un familiar, si pueden moverse. Acudir a urgencias, que quieras o no estás generando un gasto también. Yo tendría un servicio de urgencias, nocturno.</p> <p>S: ¿Qué le parecería a usted que... si en mitad de la noche, como ya le</p>	<p>Como medida ampliaría la plantilla de HaD.</p> <p>Incluso subiría el sueldo a los trabajadores de HaD.</p> <p>También lo ampliaría al servicio nocturno.</p> <p>Refiere que no conocía todos los ámbitos de actuación de HaD.</p> <p>Comenta que en el periodo de su ingreso con HaD no tuvo que llamar al teléfono de emergencia. Insiste que en su caso era una cura pero con el servicio nocturno se ahorraría el molestar a un familiar, pedir una ambulancia o ir a urgencias que también generan un gasto.</p>	<p>Ampliar plantilla Carga laboral</p> <p>Potenciar HaD Invertir</p> <p>Servicio nocturno</p> <p>Desconocimiento Diversidad</p>
---	---	---

<p>pasaba antes de estar en domicilios, le hubiese empezado a pitar la bomba y hubiese tenido que acudir a urgencias?</p> <p>P: Hombre, en mi caso yo ya vi que lo de la bomba no pasaba nada si la tienes 5 horas apagada. Yo, me encargué de preguntar lo que no sabía por si a mí me pasaba... igual que yo me la desconectaba para poderme vestir y no vestir.</p> <p>L: Claro.</p> <p>P: Porque si no los pantalones, no... pero bueno imagínate que esa bomba la lleva una persona mayor que tienen otras limitaciones. Pues que...que tiene que ir a urgencias o estar aguantando el "píiii-píiii" (sonido de la bomba) hasta... por la mañana. Por eso yo... sí que pondría aunque fuera un servicio mínimo de urgencias nocturnas.</p> <p>S: ¿Para actuar ante casos de urgencias?</p> <p>P: Porque ya te digo en mi caso a lo mejor una cura puede aguantar unas horas, no pasa nada, una máquina pitando. O si llevo la bomba de perfusión... yo que sé, que se haya obstruido. Pero... imagínate, no sé, es que no sé qué otro tipo de servicios dan, pero... imagínate a alguien que... está con... yo que sé con una contra natura que lo lleva... y que está en</p>	<p>El paciente aprendió a desconectar la bomba de perfusión para poder vestirse y desvestirse.</p> <p>Nos expone el caso de que una persona mayor tenga un problema con la bomba y que en ese caso debería ir a urgencias o aguantar hasta por la mañana, por eso insiste en un servicio mínimo nocturno. También se preocupa de las bombas de perfusión, con el servicio nocturno se evitarían ir a urgencias.</p> <p>Conoce los posibles problemas que puede causar una bomba de perfusión de medicación.</p>	<p>Pedir ambulancia Molestar familiar Acudir a urgencias</p> <p>Bomba de perfusión</p> <p>Problema bomba Bomba perfusión</p>
--	---	--

<p>casa ahí... yo que sé... cualquier otro tipo de patología. Pues evitas una asistencia a urgencias.</p> <p>S: Bueno es que... como... como usted mismo ha dicho seguían estando hospitalizados.</p> <p>P: Claro.</p> <p>S: Y en el hospital por la noche hay...</p> <p>P: Efectivamente.</p> <p>S: ...hay enfermeros y hay doctores también.</p> <p>P: Claro. Y es que pienso que... que hasta les sería... ya que miran mucho el gasto, hasta les sería rentable.</p> <p>S: ¿Tener una persona por la noche?</p> <p>P: Sí.</p> <p>S: Por el hecho de que cree que movilizar una ambulancia, acudir al servicio de urgencias...</p> <p>P: Movilizar una ambulancia...</p> <p>S: ...acabaría siendo más caro que...</p> <p>P: Movilizar una ambulancia que en realidad son dos, una de ir y otra de volver (risas). Vale mucho más que el salario de un profesional. El tiempo de un cirujano o de un traumatólogo o del especialista que lo vaya a ver vale un dinero, del personal de triaje, del de admisión... el de la enfermera que le tiene que mirar las constantes, el</p>	<p>Recalca que si existiese el servicio de HaD 24h no tendrían que acudir a urgencias los pacientes.</p> <p>Comenta que si en HaD son pacientes como en el hospital deberían tener una asistencia nocturna como en la planta. Insiste en que podría ser una solución rentable.</p> <p>Comenta que el gasto es más del que se visibiliza a veces. También explica que el proceso de atención y sus técnicas en</p>	<p>Bomba de perfusión Problema bomba</p> <p>Acudir a urgencias Gasto</p> <p>Servicio nocturno Recursos económicos Rentabilidad</p>
--	---	--

<p>que le tiene que hacer una analítica...</p> <p>S: Y ahora volviendo a ser gerente de hospitalización a domicilio... seamos un poco más realistas (risas), no hay dinero para ampliar plantilla, no hay dinero para... para pagar más los sueldos... ¿con el dinero que tenemos, algún cambio especial que se pueda hacer para mejorar el servicio?</p> <p>P: Yo es que sinceramente no me creo que no haya dinero. Lo que hay que gestionar bien es el dinero. Y yo te lo digo porque lo he vivido por experiencia dentro de la sanidad. Yo trabajé en un laboratorio farmacéutico 14 años en un tipo de medicación que es lo más común del mundo eh... que es fluidoterapia. Sueros, glucosalinos, fisiológicos, ringer lactatos y lavadores. Yo te puedo decir que a mí me han rechazado la compra en un hospital yendo al 50% del precio del suero que estaban comprando.</p> <p>S: ¿Por qué? ¿Por qué?</p> <p>P: Pues... no lo sé. Piensa lo que quieras, bien o mal, que acertarás. Acertarás. Yo fui el primer delegado de un laboratorio que negoció con hospitales concurso público. ¿Con eso que me gané? Pues me gané la antipatía del 50% de los farmacéuticos hospitalarios de mi zona y era muy amplia eh.</p>	<p>urgencias puede salir más caro que el sueldo de un profesional.</p> <p>Insiste en la que la clave es la gestión del dinero y de los recursos.</p> <p>Refiere que tiene experiencia en el ámbito de la sanidad y que los "amiguismos" son un problema para la buena gestión de los recursos.</p>	<p>Gasto</p> <p>Invisible</p> <p>Acudir a urgencias</p> <p>Caro</p> <p>Ambulancia</p> <p>Técnico ambulancia</p> <p>Especialista</p> <p>Analítica</p> <p>Triaje</p> <p>Enfermera triaje</p> <p>Enfermera URG</p> <p>Personal administración</p> <p>Recursos económicos</p>
--	--	---

<p>Era Aragón, Soria, rioja y navarra (risas). Piensa lo que quieras. O sea, si el hospital se está gastando en fluidoterapia al año, yo que sé... 1.200.000€ y tú le bajas la factura a 600.000 y no te compran, en algo que ya te digo que es lo más simple del mundo eh.</p> <p>S: Es básico.</p> <p>P: Agua y azúcar, agua y sal. Que no estamos hablando de una vacuna contra el coronavirus. Que dices tienes que morir al palo y la vendo al precio que quiero. No. Sencillo de la farmacéutica eh. Entonces pienso que el problema es que hay que recortar en lo que se tiene que recortar. Y no hace falta externalizar servicios eh, que al final te sale mucho más caro.</p> <p>S: Usted que ha formado parte del gremio de la sanidad y tal, ¿qué le parece que no conociese el servicio?</p> <p>P: Pues porque la verdad que no me lo habían ofertado nunca.</p> <p>S: ¿Pero cree que es un problema de la propia sanidad el que...?</p> <p>P: Yo creo que es que es un problema... que antes estábamos hablando del gerente del hospital, pero a los primeros que hay que concienciar es a los jefes de servicio. Mentalizarlos lo que vale un ingreso hospitalario y lo que vale un ingreso domiciliario. Pienso que</p>	<p>El paciente cuenta una anécdota de mala gestión de una institución hospitalaria en referencia a compra de material.</p> <p>En su opinión se debe recortar en lo que sea necesario y no se deben externalizar los servicios, ya que al final sale más caro para todos.</p> <p>No le habían ofrecido el servicio de HaD nunca, desconocía este servicio.</p> <p>Reconoce que son los jefes de servicio los que se deben concienciar del</p>	<p>Amiguismos Demanda Compra Experiencia Fluidoterapia</p> <p>Fluidoterapia Compra Recursos económicos</p>
---	--	--

<p>quien tiene que potenciar eso es el jefe de servicio de cada unidad. Yo tuve una amputación de un dedo hace 3 años, del dedo meñique del pie derecho y estuve ingresado en cirugía vascular 29 días. Y un día pues vino el jefe de servicio y dijo: oiga es que aquí no lo vamos a poder tener más. Digo: si yo no quiero estar. Y a mí lo que me ofertó fue irme al sociosanitario, digo: oiga, yo qué hago en el sociosanitario por una amputación de un dedo que se ha macerado. A mí no me ofrecieron.</p> <p>S: ¿No le ofrecieron irse a su casa?</p> <p>P: No.</p> <p>S: De esos 29 días...</p> <p>P: Vamos te puedes imaginar.</p> <p>S: ...cuántos días cree que... o sea, ¿cuándo cree que se podría haber ido a su casa?</p> <p>P: ¿Yo? A los tres días de amputarme el dedo. Bueno si... en unos de los ingresos de estas amputaciones últimas me amputaron el dedo en la cama, sin anestesia eh. Me estuve una hora con el dedo vendado por si había hemorragia y me fui a mi casa, me dieron el alta.</p> <p>L: O sea que cree que fue innecesario tantos días.</p> <p>P: Hombre. Y eso sí que te crea unos problemas... eso sí que te crea problemas psicológicos.</p>	<p>gasto que suponen los ingresos no tan necesarios, y en ese caso potenciar la unidad de HaD.</p> <p>Comenta que tuvo un amputación del dedo hace 3 años y que después de eso estuvo 29 días ingresado en la planta hasta que le dijeron que no podía estar más allí y que si quería podía ir a un centro sociosanitario. Él no entendió por qué debía ir allí y tampoco le ofrecieron el servicio de HaD.</p> <p>Coincide en que el tiempo de ingreso fue excesivo. La última amputación fue sin medidas médicas y a las horas le dieron el alta.</p>	<p>Recortes</p> <p>Externalizar servicios</p> <p>Desconocimiento</p> <p>Jefes de servicio</p> <p>Conciencia</p> <p>Coste del ingreso</p> <p>Potenciar HaD</p> <p>Ingreso innecesario</p> <p>Amputación</p> <p>Sociosanitario</p> <p>Demanda plant</p> <p>Tiempo excesivo</p>
---	---	--

<p>Tenerte 28 días allí con una amputación de un dedito del pie. Se te hace aquello eterno. Una sensación de pérdida de tiempo, porque dices bueno no es que me están haciendo otras pruebas otras cosas. Por eso yo esta vez cuando me ofrecieron eso dije. Lo que pasa es que aquí me lo hicieron mal dos veces. Cuando me amputaron el primer dedo, el vascular que me dio el alta me dijo: pues ahora con la VAC a casa. Pues vale, muy bien, 5 días allí y para casa. Y la supervisora: no, es que con la VAC no puede ir a casa. Tiene que ser atención domiciliaria. Y el médico le dijo: no, no, no, a curarse a la consulta de cardiovascular. Total, que bueno a mí me pusieron la VAC, vino la supervisora que hasta salió al ascensor a recordarme de que la VAC esa era de la planta. (risas generales)</p> <p>P: Que sobre todo que la cuidara que pagué y que si me la quitaban que la llevara yo personalmente a la planta eh. El primer fin de semana, la VAC tuvo que ir a urgencias a que me la quitaran. Y decirle a la residente que bajó: oye sobre todo devuelve esto a la planta a la supervisora.</p> <p>S: Estaba usted atemorizado.</p> <p>P: Que si no me la cobran eh.</p>	<p>Comenta en que el ingreso le creó problemas psicológicos, y más si no es necesario. En su opinión se sintió como que estaba perdiendo el tiempo allí.</p> <p>Después de su paso por HaD piensa que el error fue no ingresar antes con este servicio. Primero se fue de alta con la VAC a casa y a hacerse las curas a la consulta de vascular, todo esto después de una discusión médico-supervisora por dónde iría la VAC. Antes de marchar a casa la supervisora le repitió que fuese con cuidado, ya que el coste de la VAC podría correr de su cuenta si le pasase algo.</p> <p>El primer fin de semana acude a urgencias por problemas con la VAC, allí</p>	<p>Última amputación Alta precoz</p> <p>Problemas psicológicos Pérdida de tiempo Error</p> <p>Alta VAC en casa Cura en consultas Discusión Advertencia Supervisor</p> <p>Visita urgencias Retirada VAC Fallo VAC Devolución Residente Supervisor</p>
--	---	--

<p>L: Dios. Me lo creo, es que el problema es que me lo creo (risas).</p> <p>P: No, no, es que lo que te estoy contando es verdad.</p> <p>L: Sí, sí.</p> <p>P: Voy al lunes siguiente a la consulta de cardiovascular. A la cura. “ah pues ya pediremos una VAC”. La señora que había allí pidió una VAC al representante. Me ponen la VAC, vuelvo a los dos días a la cura. No había dispensador, fuera la VAC. Al... (risas) vuelvo el próximo día... no había el film para sellar... (risas). Al final dije: mira... “no, no, que no te vamos a poner la VAC”. Pues así me pegué... 5 meses yendo a consulta. Y nada, me vine después de las otras amputaciones a casa, y ahí se terminó de curar el... con la atención domiciliaria se terminó de curar el primer dedo. O sea, es un poco... es un poco...</p> <p>S: Está claro que es un servicio que recomendaría.</p> <p>P: Vamos. Pero yo que lo conozco... lo tengo clarísimo.</p> <p>S: Y si volviese a ingresar... esperemos que no... por una amputación... ¿usted pediría...?</p> <p>P: Vamos, al día siguiente. Al día siguiente (risas).</p> <p>P: No tengo ninguna queja, en absoluto.</p>	<p>se la quitan y menciona que devuelvan la VAC a la supervisora.</p> <p>Refiere que le dijeron que si perdía la VAC se la iban a cobrar.</p> <p>Acude a la cura en consultas y deben pedir una VAC porque no hay. Después de unos días vuelve y como no los días siguientes no hay suficiente material para la cura se la quitan, pasaron 5 meses.</p> <p>Con la atención domiciliaria se la acabó de curar el primero dedo con mucha rapidez y por eso recomienda el servicio.</p> <p>Recomienda este servicio y reconoce que si volviese a ingresar y le ofreciesen este servicio se marcharía con la HaD al día siguiente.</p>	<p>VAC Supervisor</p> <p>Pedido VAC Falta de material Retirada VAC 5 meses</p> <p>Atención domiciliaria Recuperación rápida</p> <p>Recomendación Reingresar Satisfactorio</p>
--	--	---

<p>S: ¿Del 0 al 10 cómo valoraría la estancia en hospitalización a domicilio y el trato recibido?</p> <p>P: Un 10. Un 10.</p> <p>L: Y... si ahora mismo... bueno ya lo hemos dicho antes pero es importante para ir acabando la entrevista. Si ahora tuviera que volver a ingresar en un servicio y tendría que volver a pasar por lo mismo, ¿volvería a pasar por hospitalización a domicilio?</p> <p>P: Hombre. Pero lo tengo muy claro, que sí.</p> <p>L: O sea, si pudiera volver a elegir, ¿volvería a hospitalización a domicilio?</p> <p>P: Sí. Vamos aunque fuera por otro motivo. Si podía ahorrarme una estancia allí y que me atendieran en casa. De todas a todas, ya te digo. Es que no tengo ni una queja ni media.</p> <p>L: Vale.</p> <p>P: Y no es que me haya visto solo una persona, que no es peloteo. Con nadie del colectivo que han venido. Si han venido 5, 6 personas diferentes a curarme... nunca. Y... en puntualidad, en... si no podían venir por la mañana llamarme a primera hora y oye que pasaremos por la tarde... ni en sábado, ni en domingo... nada. Ni una vez dado el alta en informarme. Que tampoco tendría por qué haber</p>	<p>No tiene ninguna queja del servicio.</p> <p>Valora el servicio con un 10.</p> <p>En un futuro preferiría ahorrarse un ingreso en planta e ir a casa con HaD.</p> <p>Nunca tuvo ningún problema con los diferentes profesionales que iban a verle y siempre fueron puntuales.</p>	<p>Sin quejas</p> <p>Excelente</p> <p>Ingreso planta Ingreso HaD</p> <p>Sin problemas Contento Profesionales HaD Puntualidad</p>
---	---	--

<p>llamado allí. Porque en realidad tendría que haber llamado a la planta que en realidad es... a mí me han dado el alta oficialmente des de la...</p> <p>S: Del hospital.</p> <p>P: Del hospital. Pero después de la experiencia de la VAC (risas). Que cuando se me estropeó, no te lo he terminado de contar antes, subí y pasé por la planta y que: “no, no aquí no, a urgencias”.</p> <p>L: Ah.</p> <p>S: ¿Siempre le derivaban a urgencias?</p> <p>P: A urgencias. Y eso la VAC que me pusieron ellos y que tenía que irme a curar a cardiovascular.</p> <p>S: Con lo que eso representa el ir a urgencias.</p> <p>P: Hombre. Pues ya ves tú...</p> <p>S: Las esperas...</p> <p>P: Y ya no es ir a urgencias. Es ir a urgencias con la bomba de perfusión... (risas) la VAC colgada del otro lado... un espectáculo. Y con suerte de que hubiera box y que en caso de que hubiera box estuviera el cirujano vascular por ahí. Vi que ya se encargó la supervisora de decírselo a una residente y me estaban esperando eh... pero sobre todo por la máquina eh.</p>	<p>Cuando no tuvo información de otra parte le dijeron dónde tenía que ir y cuándo.</p> <p>Añade que antes de pasar por urgencias cuando tuvo problemas con la VAC fue a la planta dónde estaba ingresado y le dijeron que fuese a urgencias.</p> <p>Comenta que siempre acababa en urgencias si tenía un problema.</p> <p>Reconoce que el problema no fue tener que ir a urgencias, sino ir con todo encima, la bomba, la VAC etc. Además, según él en urgencias puedes tener suerte y que haya un box para él y con el especialista de vascular. Cree que le esperaban</p>	<p>Ayuda post-alta</p> <p>Planta</p> <p>Sin ayuda</p> <p>Derivación a urgencias</p> <p>VAC</p> <p>Urgencias</p> <p>Problemas urgencias</p> <p>Espera</p> <p>Box</p> <p>Especialista</p> <p>VAC</p> <p>Atención rápida</p>
--	--	---

<p>S: Además que... como dice usted en urgencias le tenía que visitar el... el vascular...</p> <p>P: Claro.</p> <p>S: Pero en domicilios no le visitaba el vascular era un médico de urgencias.</p> <p>P: Ya pero... yo sí que... yo le pregunté un día a la médico que venía si era vascular. Y me dijo que no. Pero sí que... que te llevan un control de la herida a base de fotografías y... que ella cuando ve alguna complicación esas fotografías se las pasa a los vasculares.</p> <p>S: Aquí sí que hay buena comunicación.</p> <p>P: Por lo que se ve sí.</p> <p>S: ¿Qué le parece que... que se utilicen registros con fotografías?</p> <p>P: A mí ideal. Todo lo que sea que a mí me pueda solucionar mi problema médico o... o tomar una decisión si la cosa no funciona bien, una maravilla. ¿que a lo mejor es lo único que podías echar en falta en la atención domiciliaria, no? La visita del especialista, pero bueno si hay coordinación, y yo sí que es verdad que a la doctora que ha venido aquí algunas veces... es que no me acuerdo ahora del nombre de ella ahora. Eh... yo la he visto por la planta muchas veces. Por la planta de vascular hablando</p>	<p>para atenderle y por la VAC.</p> <p>Comenta que la médica de HaD no es especialista en vascular pero que se comunican con los especialistas del seguimiento mediante imágenes si surgen complicaciones.</p> <p>Le parece bien que se haga el seguimiento mediante imágenes. También explica que puede ser que en el servicio de HaD haya echado de menos la visita del especialista, pero si hay comunicación no le parece un problema. Refiere que a la doctora de HaD la ha visto muchas</p>	<p>Comunicación Seguimiento Imágenes Vascular</p> <p>De acuerdo Visita especialista Despreocupado Doctora HaD Confianza Hilo comunicativo</p>
---	---	---

<p>con... antes de que yo viniera... y tuviera este servicio sí que la había visto por ahí. O sea debe haber un hilo de...</p> <p>S: De comunicación.</p> <p>P: ...de comunicación. Lo mismo que eso sí que lo echado en falta cara al vascular, o sea, aunque te hayan dado el alta, 6 meses cuando te han hecho 2 arteriografías o por si te tiene que derivar al servicio este de pie diabético o de rehabilitación... lo veo una barbaridad. Que... 6 meses que aún no sé si se ha adelantado porque llamé yo a atención domiciliaria a ver qué tenía que hacer.</p> <p>S: Exactamente.</p> <p>P: Yo en mi CAP de referencia no hay... no hay pie diabético ni hay eh... vamos estáis grabando no lo puedo decir. (risas generales)</p> <p>P: Cuando no grabes te lo cuento.</p> <p>L: Vale. ¿Bueno hay algo más que nos dejemos, Sergi?</p> <p>S: Yo no tengo nada más que preguntar. Si usted quiere comentar alguna última cosa.</p> <p>P: Poco más de lo que hemos comentado. Que yo es un servicio que a nivel hospitalario yo le haría mucha más publicidad, propaganda o como lo quieras llamar, pero sí que es un servicio</p>	<p>veces por planta y que eso le da confianza, ya que hay un hilo de comunicación.</p> <p>Se queja de que después de 6 meses aún no sepa dónde debe ir y se muestra agradecido por la ayuda de HaD.</p> <p>En su CAP no hay consulta del pie diabético y eso le supone un problema.</p> <p>Explica que le daría más publicidad al servicio de HaD. Supondría según él; evitar la congestión en los</p>	<p>Queja</p> <p>Desconocimiento</p> <p>Agradecido</p> <p>Sin consulta</p>
--	--	---

<p>que yo lo fomentaría. Uno, porque evitarías aglomeraciones en los hospitales, saturación de camas, de que la gente tenga que estar día y medio en un box si tiene que ingresar porque están esperando a ver a quién le pueden dar el alta... se evitarían muchas estancias hospitalarias que quieras o no... una... si estás fastidiado, estas fastidiado, mira te da igual y dices en el hospital te cuesta esto y ya está. Pero para ciertas cosas te toca... te lo digo que te toca psicológicamente el pegarte 28 días ingresado por una amputación del dedo meñique del pie. Uno, porque no ves a tus hijas... y los problemas que crea es que uno es necesario en casa. Mi mujer trabajando, tres hijas pequeñas que tenían 10 años. Que estás tú en casa, y aunque estés ingresado en tu casa pero es otra cosa, es otra cosa.</p> <p>S: Puedes continuar un poco con tu vida.</p> <p>P: Con tu vida. Con las limitaciones de que no puedes andar mucho, en mi caso. Pero bueno yo salía todos los días, aunque <i>andara</i> 300 metros. Pues compraba el pan, fruta, y en casa pues... echas una mano.</p> <p>S: Como usted mismo ha dicho, no se sentía un enfermo.</p>	<p>hospitales, la saturación de camas, que la gente deba estar esperando días en urgencias en un box para ingresar, y evitaría las estancias innecesarias.</p> <p>Por otra parte, también le parece muy importante que hay pacientes diferentes. Una cosa es estar muy grave que te da igual estar en el hospital y otra es estar en el hospital pudiendo estar en casa. En su caso estuvo 1 mes sin poder ver a sus hijas pequeñas y con su mujer trabajando. Reconoce que el estar ingresado en casa te hace sentir útil y estar con los tuyos ayuda ya que puedes echar una mano en casa por pequeña que sea.</p> <p>Reconoce que mientras estuvo ingresado en HaD pudo continuar con su vida diaria, podía andar y echar una mano con las tareas de casa.</p>	<p>Dar publicidad Congestión servicios Saturación de camas Esperas de días Evitar ingresos</p> <p>Diversidad Ver familia Mujer trabajando Hijas solas Sentirse útil Ver a sus hijas</p> <p>Seguir rutina diaria Andar Tareas de casa</p>
--	---	--

<p>P: No, te sientes útil con tus limitaciones hasta que te den el alta. Pero ya está.</p> <p>S: Muy bien. Pues muchas gracias.</p> <p>P: Nada a vosotros.</p> <p>S: Muy agradecidos.</p> <p>L: Sí, sí. Muy agradecidos.</p>	<p>Comenta que se siente útil con sus limitaciones.</p>	<p>Sentirse útil Consciente de limitaciones</p>
--	---	---

<p>S: Buenos días, le recordamos que esta entrevista será gravada y se usará para la realización de un trabajo de investigación sobre la experiencia de pacientes de Hospitalización a Domicilio. Sus datos serán tratados de acuerdo con la ley orgánica 3/2018 “Ley de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales”, por lo que su identidad se mantendrá en el anonimato. Usted ha aceptado voluntariamente la realización de esta entrevista y puede decir abandonarla en cualquier momento, esperemos que eso no ocurra y le agradecemos enormemente su colaboración. Vamos a iniciar la entrevista si le parece bien.</p>	<p>Introducción. Se le hace firmar un Consentimiento Informado al entrevistado conforme él está de acuerdo en proceder a hacer la entrevista.</p>	<p>Voluntario</p>
<p>P: Perfecto.</p>		
<p>S: Empecemos por...eh... que nos explique por qué ingresó en HaD.</p>	<p>El paciente explica que no tiene un riñón, y su empeoramiento posterior al hacer una eventración que por motivos de lista de espera se convirtieron en dos.</p>	<p>Eventración</p>
<p>P: Porque a mí en el 2001 me quitaron un riñón, porque tenía el riñón en herradura y me quitaron la parte derecha. La operación fue bien, y no tuve ningún problema hasta el año 2018, en el que, trabajando, haciendo un mal gesto se me abrió la cicatriz, hizo una eventración. Por motivos de lista de espera esa eventración se convirtieron en dos y me operaron en Joan XXIII.</p>		<p>Cicatriz Riñón Patología Complicación</p>

<p>S: ¿En qué año le operaron?</p> <p>P: En el 2019.</p> <p>S: Entonces, ¿cómo fue el proceso desde que le operaron hasta que ingresó en la unidad de HaD?</p> <p>P: Me operaron el 13 de noviembre y si no recuerdo mal 2 días más tarde vino a verme un enfermero que era responsable de la unidad de HaD. Y me explicó que cumplía los criterios y cuales eran, que cumplía los criterios para entrar en el programa de HaD y eh... me preguntó si a mí me parecía bien acceder a ese programa. Yo le dije que sí y nada...para casa.</p> <p>L: ¿Y el médico de la planta no le informó de que ingresaría?</p> <p>P: ¡Ah sí! ¡Perdón eh!</p> <p>L: No se preocupe (risas).</p>	<p>Comenta que fue operado en el Hospital Joan XXIII en 2019.</p> <p>Relata que tras la operación tan solo estuvo dos días en la planta. Entonces vino el supervisor de HaD a informarle de cómo funcionaba la unidad y a preguntarle si quería estar ingresado en casa.</p>	<p>Operación</p> <p>Supervisor</p> <p>Enfermera HaD</p> <p>Ingreso HaD</p> <p>Criterios</p> <p>Domicilio</p> <p>Alta planta</p>
<p>P: ¡No si ya está bien que preguntéis sí, sí! Vino el cirujano que me operó a explicarme que existía ese programa y que yo cumplía los criterios, me los explicó por encima, pero él no fue el que me dio toda la información. La información más concreta me la dio precisamente este enfermero que os he dicho. Porque tenía que venir la doctora, pero en ese momento no venía...y para ir avanzando tiempo el enfermero me lo explicó todo</p>	<p>Menciona que el cirujano le informó del programa, aunque no contaba con toda la información.</p> <p>Más tarde le informa el enfermero de HaD de todo lo que debe saber, así como del CI.</p>	<p>Cirujano</p> <p>Programa</p> <p>Información</p> <p>Enfermera HaD</p> <p>Criterios</p> <p>CI</p>

<p>perfectamente y me dio mucha información. Antes de firmar el Consentimiento informado para acceder al programa vino la doctora.</p> <p>S: ¿Conocías el servicio antes de ingresar en él?</p> <p>P: Sí, sí.</p> <p>S: ¿Habías oído hablar de él?</p> <p>P: Sí que lo había escuchado y varias veces.</p> <p>S: ¿Y cómo habías escuchado hablar de él?</p> <p>P: Porque yo soy fisio y por mi trabajo hago domicilios y entonces alguna vez me he encontrado con compañeros del programa HaD y nos cruzábamos en los domicilios...</p> <p>S: Tenías alguna...eh...como decirlo... ¿Creías que te iban a tratar peor en casa que en el hospital?</p> <p>P: No, en ningún momento. Siempre sabía...a lo mejor por el hecho de que ya conocía el servicio por eso que os he dicho de mi trabajo... ya sabía cómo funcionaba más o menos...no específicamente pero más o menos lo sabía. Entonces nunca dudé de que me trataran peor...de hecho todos los profesionales que pasasteis muy bien...bueno ya os lo decía</p>	<p>Antes de firmar el CI llegó la doctora para acabar de informar al paciente.</p> <p>Refiere que conoce el servicio.</p> <p>Lo conoce porque es fisioterapeuta y va a domicilios donde se ha llegado a encontrar a compañeros de HaD.</p> <p>Explica que no pensó que le iban a tratar peor o de forma diferente por estar en casa.</p>	<p>Doctora HaD CI</p> <p>Conocimiento Servicio HaD</p> <p>Servicio HaD Domicilios Compañeros Fisioterapeuta</p> <p>Organización HaD Profesionales HaD Conocimiento</p>
--	--	--

<p>S: Y yo tampoco (ríe). Pero bueno, en principio con ese aparato ya te enviaban a casa para hacer el seguimiento allí, ¿no?</p>	<p>Comenta que no recuerda el nombre de la máquina para la cicatrización precoz de la herida.</p>	<p>Máquina cicatrización</p>
<p>P: Sí, con ese aparato y con el redón. Entonces me dijeron que iríais vosotros...o sea la unidad de domicilios. Y entonces a nivel técnico lo que hacían era asegurarse de que esa máquina funcionaba... de nombre que no recuerdo...mirar el nivel del redón... mirar que el estado de la cicatriz fuera bien...el estado de las grapas para que no hubiese infección... Entonces me curaban y al tercer o cuarto día de vuestras visitas me quitaron el aparato ese porque ya no iba nada... y si no recuerdo mal un día más tarde de quitarme ese aparato me quitaron el redón. Me quitaron las grapas a días alternos y como no hubo ningún problema, la cosa iba bien. La cicatriz no se infectó... el profesional que me quitó el redón lo hizo muy bien.</p>	<p>Le explican que irá el servicio de HaD. El seguimiento consistía en asegurarse de que la máquina funcionaba, también de revisar el drenaje, la cicatriz, las grapas y de que no hubiese infección.</p>	<p>Servicio HaD Vigilancia Máquina cicatrización Nivel de drenaje Redón</p>
<p>L: Sí (risas).</p>	<p>A los 4 días le retiran la máquina que facilitaba la cicatrización porque no funcionaba. Al día siguiente también le retiraron el redón y las grapas en días alternos, asegurándose de que no hubiera infección. Refiere que quién le quitó el drenaje lo hizo muy bien.</p>	<p>Estado cicatriz Herida Grapas Infección Signos de infección Cura Periodicidad Retirada redón Profesionalidad</p>
<p>S: Jajajaja (risas).</p>	<p>Comenta que está muy contento con el servicio.</p>	<p>Contento</p>
<p>P: O sea bien... ¡Es que estoy muy contento con el servicio! (Risas).</p>		
<p>S: ¿Cuánto tiempo estuvo ingresado? O sea, en domicilios.</p>		

<p>P: Ocho días...o diez... a dos semanas no llegó, estoy seguro.</p>	<p>El paciente estuvo menos de dos semanas ingresado en el servicio de HaD.</p>	<p>Tiempo Ingreso</p>
<p>S: Que cosas eh... ¿Cuántos días estuviste ingresado después de la intervención en el hospital? ¿Dos días?</p>		
<p>P: Sí, dos días.</p>		
<p>S: ¿Qué valoras positivamente de estar allí en el hospital o de estar en casa o al revés? ¿Qué cosas buenas tenía estar en el hospital y que cosas tenías buenas estar en casa?</p>	<p>Estuvo 2 días ingresado en la planta del hospital.</p>	<p>Planta Tiempo Hospital Intervención</p>
<p>P: Cosas buenas de estar en el hospital... eh... que me encontré con una enfermera del pueblo y estuvimos hablando (risas). No ahora enserio... bueno eso también influye, ¿no? Porque cuando sales de la operación estás un poco... como... ¿Qué ha pasado? Y que te encuentres una cara conocida ayuda. Entonces a nivel técnico, pues... que estás allí, justamente dónde ha pasado. Y... contras... allí no hay ninguno... sé que hay gente que le molesta compartir habitación, pero yo pienso que es divertido. No me molesta... de hecho no veo ninguna cosa negativa. Y el hecho de estar en casa... un montón de cosas positivos, comodidad mía... como yo los primeros días estaba bastante limitado por el tipo de</p>	<p>Comenta que como positivo de su estancia en el hospital se encontró con una enfermera de su pueblo y que el hecho de encontrar una cara familiar es positivo, ya que puedes estar desorientado.</p> <p>También refiere que estar en el hospital ingresado estaba bien porque estaba dónde había pasado todo.</p> <p>Comenta que tampoco le molesta compartir habitación, lo encuentra divertido y que no ve nada negativo en estar ingresado en el hospital.</p>	<p>Positivo Conocidos Desorientación</p> <p>Planta Mismo sitio</p> <p>Hospital Diversión Negativo</p>

<p>operación la persona que me cuidaba era mi madre... entonces claro... si yo hubiese estado en el hospital mi madre arriba y abajo... Entonces el hecho de estar en casa supone comodidad para mí y para ella. Se reduce el riesgo de infecciones hospitalarias...eh... estás solito en tu habitación... que, aunque a mí no me moleste compartir habitación en el hospital en tu casa siempre tienes más intimidad. Y luego el hecho de que vayan a tu casa a hacerte las curas también te da una sensación de más...no me sale la palabra... ¿Complicidad?</p> <p>S: Sí puede ser. Un trato más personal.</p> <p>P: Un trato más personalizado, exacto.</p> <p>S: Pero... ¿te sentías más seguro en el hospital que en casa?</p> <p>P: No.</p> <p>S: ¿Te sentías igual de seguro?</p> <p>P: ¿Con seguro a que te refieres? ¿A que si me pasaba algo me podrían atender?</p> <p>S: Sí, por cualquier complicación.</p> <p>P: No porque... eh... cuando tenía un teléfono contacto directo con la doctora. Entonces si yo hubiera tenido algún problema hubiese</p>	<p>Más tarde, comenta que el hecho de estar en casa tiene muchas cosas positivas como comodidad suya y de su madre (cuidadora principal), se reduce el riesgo de infecciones hospitalarias, se tiene más intimidad y complicidad con los profesionales que van a domicilios.</p> <p>Refiere un trato más personalizado por el servicio de HaD.</p> <p>Explica que no se sintió menos seguro por el hecho de estar en casa, dice que le facilitaron un teléfono para contactar con la doctora y que si hubiese tenido algún problema</p>	<p>Estar en casa Comodidad Menor riesgo de infección Intimidad Complicidad</p> <p>Trato Personalizado Servicio HaD</p> <p>Seguridad Contacto directo Peligro Problema Teléfono</p>
---	---	--

<p>marcado ese teléfono y me lo hubiera cogido directamente ella.</p> <p>S; ¿Tuviste que llamar alguna vez?</p> <p>P: No. Entonces tenía ese teléfono y que te digan que te lo cogerán al momento pues te da seguridad. En ningún momento me sentí inseguro.</p> <p>S: ¿Cómo valoras la atención que recibiste tanta del equipo médico cómo el de enfermería?</p> <p>P: Genial, un 10. Si es que no tengo pegas. (Risas)</p> <p>L: ¿Y el 10 a que se debe?</p> <p>P: Al control de las técnicas, trato personal... personal en cuanto a trato humano. Entonces todos los profesionales que iban tanto enfermería como medicina... demostraban que sabían lo que hacían... o sea... un dominio las técnicas, de los conocimientos, de lo que había que hacer... Siempre me aconsejaban, me decían las cosas que podía hacer y las que no. Luego mucha empatía, parece que el hecho de ir a casa hay una mejor correlación, ¿no? A trato personal... entonces empatía. Y luego todos eran muy simpáticos, que eso quieras o no influye.</p> <p>S: O sea sobre todo... ¿el trato personal?</p> <p>P: El trato personal, personalizado.</p>	<p>podría haber consultado lo que fuese.</p> <p>No tuvo que llamar nunca porque todo fue según lo previsto. Repite que no se sintió inseguro.</p> <p>Valora con un 10 la atención de la unidad de HaD, añade que no tuvo inconvenientes.</p> <p>La valoración excelente se debe a: ejecución y dominio de las técnicas, el trato humano, conocimientos, consejos que le daban, simpatía y empatía, buena relación con los pacientes. Al tener buena relación con el equipo asistencial influyó en su estado de ánimo durante la recuperación.</p>	<p>Inseguridad Buena evolución Teléfono</p> <p>Excelente Atención Profesionales HaD Valoración</p> <p>Sobresaliente Ejecución Técnicas Trato Humano Aconsejar Empatía Simpatía Vínculo Recuperación Animado</p>
---	---	---

<p>L: Y cuando iba el servicio médico a verle... Por la mañana, ¿no? ¿Tuvo la necesidad de que vinieran más veces a verle de las que venía? ¿O no?</p> <p>P: No.</p> <p>L: ¿O con las que venían le parecía bien?</p> <p>P: Me parecía bien. No siempre era de mañana, o de mañana o de tarde... cosa que a mí me daba igual porque como estaba en casa y no salía. Entonces... perdona... ¿la pregunta exacta? Que se me ha ido.</p> <p>L: Ah, nada... ¿Crees que el médico tenía que ir más veces al domicilio?</p> <p>P: No. No me hizo falta. No, no, no. Como todo fue bien... y yo no tuve sensación... de peligro... ni de que las cosas fueran mal ni nada no lo eché en falta. No consideré que tenían que venir más... un día incluso que la doctora dijo que iba a ir</p> <p>L: Mmm sí.</p> <p>P: Por un motivo personal no pudo ir y me llamó expresamente para disculparse, cosa que también es de agradecer.</p> <p>S: ¿Te visitaban cada día?</p> <p>P: Enfermería sí, medicina 3 días a la semana. Enfermería cada día...</p>	<p>Afirma que con el número de veces que iba las doctoras le parecía bien. Establece que el horario le era indiferente porque no podía salir de casa.</p> <p>Explica que todo fue bien, no tuvo sensación de peligro, ni de empeoramiento y que por estas cosas no cree que tuviese necesidad de visitas más periódicas.</p> <p>También comenta que un día tenía visita con la doctora, la visita al final no se hizo y esta le llamó para disculparse, cosa que agradeció mucho.</p> <p>Comenta que el servicio de Enfermería le visitaba cada día pudiendo ser</p>	<p>Número de visitas</p> <p>Horario</p> <p>Mañana</p> <p>Tarde</p> <p>Indiferencia</p> <p>Turno</p> <p>Empeoramiento</p> <p>Mal</p> <p>Necesidad de visita</p> <p>Llamada doctora</p> <p>Disculpa</p> <p>Doctora HaD</p> <p>Enfermería</p>
---	--	--

<p>ya fuera mañana o tarde. (Tose) Todos eran buenos y cada día sí.</p> <p>L: Vale. Y que cosas... bueno esto lo hemos hablado... en plan que cosas te gustaron más... pero ¿qué cosas te gustaron menos? ¿O hubo algo que no te gustó?</p> <p>P: No. Realmente me gustó todo.</p> <p>S: Si tuviese que pasar otra vez por un proceso quirúrgico... ¿pedirías que después de la intervención te derivasen a tu domicilio para seguir tratamiento?</p> <p>P: Si te refieres a preguntar por el echa de pedir permiso... "Oye, puedo ir a casa...que vayan a mi domicilio"... Sí, lo pediría, lo pediría. Porque el trato fue bien.</p> <p>También es verdad que antes de decirme a mí que me iban a enviar a este programa de atención domiciliaria, me dijeron que cumplía unos criterios. Entonces lógicamente, aunque yo lo pidiera...sino cumplo esos criterios pues no podría hacerlo...pero pedirlo sí que lo pediría.</p> <p>S: Antes has dicho que sí que conocías el servicio porque formas parte un poco del gremio sanitario... ¿Crees que el resto de la población que no está tan relacionada con la sanidad lo conoce?</p>	<p>mañana o tarde, y el de Medicina cada 3 días, refiere que todos tenían mucha destreza en su campo.</p> <p>Refiere que durante todo el proceso le gustó la atención que le ofrecieron.</p> <p>Explica que, si tuviese que pasar por otro ingreso, y sin saber si cumple los criterios pediría ingresar con HaD para el seguimiento.</p>	<p>Medicina Diariamente Periódicamente Destreza</p> <p>Proceso asistencial Gustar Oferta Asistencial</p> <p>Reingresar Criterios Reingresar</p>
--	---	--

<p>P: No. Seguro, seguro. Porque cuando voy a domicilios a nivel fisio... eh... pues alguna vez... es ya estrictamente laboral. A veces quedo con algún paciente a las 10.30 am en su casa, alguna vez ha pasado que he llegado tarde porque me he encontrado con algún compañero de atención domiciliaria...y por H o por B he salido tarde del domicilio... y el de las 10.30 me he presentado media hora más tarde... he pedido disculpas diciendo "Ay es que me he encontrado al enfermero de domicilios". Ahí les doy un poco la razón. Y muchas veces me han respondido " ¿Ah, que los enfermeros también van a casa?" Y yo "Sí claro". O sea que sí... a ciencia cierta me han dicho que no lo conocían... Y de hecho mismamente mi madre, que yo soy su hijo... mi madre tampoco lo sabía... o sea que te quiero decir... pues que es una cosa poco conocida.</p> <p>S: ¿Y qué crees que habría que hacer para dar más publicidad? O si crees que habría que darle más publicidad.</p> <p>P: Buena pregunta. ¿Hay que dar publicidad a una cosa que existe...pero que de antemano no se puede ofrecer a toda la población? Es decir...si tú haces</p>	<p>El entrevistado explica que, en su opinión, el servicio de HaD es poco conocido entre la población.</p> <p>Alguna vez se ha encontrado con compañeros de HaD, ha pedido disculpas a su paciente, explicando el porqué del retraso y algunas veces se han quedado sorprendidos de que existiese dicho servicio. También explica que a su madre no lo conocía tampoco.</p>	<p>Desconocimiento</p> <p>Población Paciente Madre Retraso Enfermera HaD Fisioterapeuta</p>
---	---	---

<p>publicidad del servicio y Fulanito sabe que Menganito ha recibido esa atención, lo primero que vas a crear en mi opinión es que esa persona "Ay, ¿porque a este sí y a mí no?". Entonces... dar publicidad... más que dar publicidad sería dar información cuando sea estrictamente necesario. Para no crear una falsa demanda cuando no sea necesario.</p> <p>L: Aha, sí.</p> <p>S: Entonces... hay que ir con cuidado no vaya a ser que...</p> <p>P: Exacto. Porque a ver, normalmente cuando alguien está ingresado en un hospital, en términos generales, el paciente acepta la opinión médica. Pero siempre hay un porcentaje pequeñito que te monta el pollo... ¿pollo se puede decir? Bueno ya lo he dicho. (Risas) Entonces... ¿me entendéis lo que quiero decir?</p> <p>L: Sí.</p> <p>S: Sí. Queda registrado. (Risas)</p> <p>L: Da igual.</p> <p>P: Entonces, ¿me entendéis lo que os quiero decir?</p> <p>S: Sí.</p> <p>L: Sí.</p>	<p>El entrevistado reflexiona por la pregunta de si se debe dar publicidad al servicio. Según su opinión, no se debe dar publicidad ya que no es accesible para todos los pacientes, sino que se debe dar la información justa, precisa y clara cuando sea estrictamente necesario para evitar una falsa demanda.</p> <p>Explica que normalmente los pacientes cuando están ingresados aceptan la opinión médica. Pero como no siempre es así, hay un pequeño porcentaje que puede crear problemas si conoce el servicio y no se lo ofrecen.</p>	<p>Accesible Dar publicidad Justa Paciente Precisa Clara Necesario Leal Falsa demanda</p> <p>Conflicto Grupo Opinión médica</p>
--	--	---

<p>P: Entonces... respondiendo a vuestra pregunta... publicidad... entendiendo publicidad como publicidad... yo no haría publicidad. Solamente informaría... de hecho hay folletos informativos...De hecho hay folletos informativos porque cuando a mí me dieron... cuando yo firmé el consentimiento para que fueran a casa me dieron un folleto informativo... así que folleto informativo hay. O sea que publicidad hay, no hace falta ir... creo yo. Sino también sería crear... que a lo mejor no es la palabra correcta... pero sería crear una expectativa, ¿no? O sea, alguien que va al hospital sabe que hay este servicio "pues voy a precisarlo". Pues no. Si a ti no te hace falta... ¿No?</p> <p>S: O sea que cree que hay que ir un poco con cuidado ¿no?</p> <p>P: Con cuidado, sí. Pero que es útil repito que sí. Y necesario.</p> <p>S: ¿Piensas que se podría ampliar un poco más el servicio? Igual lo criterios eran muy... muy limitados y se podrían ampliar un poco más para que haya más población.</p> <p>P: Es que exactamente yo no sé cuáles son los criterios para acceder a ese programa. A mí me explicaron que yo cumplía criterios.</p>	<p>Concluye en que él no haría publicidad de la unidad de HaD. También nos comenta que existen los folletos informativos que les dan a las personas antes de ingresar, y concluye en que información hay.</p> <p>Insiste en que podría pasar que la gente empiece a precisarlo sólo por el motivo de que existe.</p> <p>Vuelve a comentar que es un servicio necesario y útil pero que debe ir con cautela.</p> <p>Se le pregunta por si considera que se podría ampliar el servicio, y contesta que él no sabe</p>	<p>Publicidad Folleto informativo</p> <p>Precisar Innecesario Expectativa Falsa demanda</p> <p>Útil Necesario Cautela</p> <p>Desconocimiento</p>
--	---	--

<p>S: ¿Solamente le dijeron eso?</p> <p>P: Sí. Entonces claro a mí me dijeron "Usted cumple los criterios, que son estos, tal, tal, tal y tal". Entonces a mí me explicaron mis criterios, yo no sé si hay... por decir algo... a mí me dijeron que cumplía 5 criterios, yo no sé si en esa lista de 5 criterios hay 5 más que te permiten acceder al servicio. Entonces respondiendo a la pregunta que me hacéis... es que exactamente yo no sé si hay que ampliar criterios o no porque no sé cuántos hay. Yo sé que en mi caso los cumplía y en mi caso... a lo mejor porque tengo conocimientos... yo estaba de acuerdo en que cumplía esos criterios... o sea que no...En mi caso, ¿ampliar criterios? En mi caso no, en mi caso eran los justos y necesarios. De hecho...ah...antes de firmar el consentimiento me preguntaron un par de veces "¿Usted está de acuerdo en que cumple los criterios y está de acuerdo en hacer... en entrar en este programa?" O sea que tampoco es que te pusieran el cuchillo en el cuello de vamos a ir a tu casa. No. También te piden permiso entre comillas.</p>	<p>cuáles son los criterios para entrar en el programa, sólo le explicaron que los cumplía. No conoce si aparte de los que él cumplía hay más criterios.</p> <p>Por lo tanto, no lo tiene claro si se deben ampliar criterios.</p> <p>Afirma que antes de ingresar en HaD, el personal le preguntó si estaba de acuerdo con que fueran a su domicilio. Se sintió bien al saber que su opinión se tenía en cuenta y que podría haber rechazado la oferta e ingresar en planta de hospital.</p>	<p>Duda</p> <p>Criterios</p> <p>Población diana</p> <p>Criterios</p> <p>Complacido</p> <p>Voluntario</p>
---	---	--

<p>S: ¿Sentiste que podías haberlo rechazado y haber seguido en el hospital?</p> <p>P: Sí, me dieron esa sensación. Sí, sí, sí, sí.</p> <p>S: ¿Qué sugerencias tienes de mejora para la unidad?</p> <p>P: ¿Sugerencias de mejora? (Carraspea). A nivel técnico/profesional ninguno porque todos demostrasteis ser buenos profesionales. A nivel organizativo... yo personalmente ninguno, pero puedo llegar a entender a lo mejor porque me dedico al ramo... que muchas veces decíais "Mañana vamos por la mañana". Y a lo mejor justo antes de la hora de ir llamabais diciendo "No que van por la tarde". Entonces para mí eso no supone un problema en absoluto, pero puedo llegar a entender que hay gente que le moleste... no que le sea un poco problemático. ¿Por qué? Porque imagina que sea alguien que no... que vive solo, que no tiene familia y por ejemplo esté pagando a una persona para que en ese momento le abra la puerta. Y está esperando por ejemplo a las 11 de la mañana y se llama a las 10.30 diciendo "Es que no podemos ir. 'Claro ahí ya hay un pequeño <i>trasbals</i> de..."</p>	<p>El paciente refiere que como puntos de mejora podría ser la organización de la unidad, aunque el no tuvo ningún problema durante su ingreso. Comenta que puede ser un problema que el paciente esté esperando la visita de unidad si no tiene un cuidador las 24 horas del día, ya que a veces se avisa un poco tarde de a qué hora se les va a visitar. Explica que puede ser que haya un problema de descoordinación en ese caso, pero que él no tuvo ningún problema durante su periodo de recuperación. También comprende que el personal y el horario de visitas son aproximados y</p>	<p>Organización HaD Planificación Cuidador Llamada Avisar Problema Descoordinación Cambios Impedido Imprevistos</p>
--	--	---

<p>¿Trasbals? ¿No sabéis que es trasbals?</p> <p>L: ¡No! Yo no.</p> <p>P: Hay un pequeño problema de descoordinación.</p> <p>S: Sí.</p> <p>P: Porque claro, tú estás solo, vives solo, no tienes familia... has contratado a alguien para te abra la puerta porque no te puedes mover de la cama. Entonces yo entiendo que eso pueda ser la única cosa que así... pero ya os digo... para mí no hubo ningún problema. Estaba con mi madre en ese momento y porque he dicho "Yo me podía levantar de la cama". ¿No? Pero sería lo único destacable a lo mejor. Los cambios de horario. Que por otro lado entiendo que son necesarios porque vosotros vais de casa en casa siempre pueden surgir imprevistos, ¿no?</p> <p>S: Bueno, pero es entendible.</p> <p>L: Sí.</p> <p>S: No sé si recuerdas que... al ingresar o si se lo hicieron... al ingresar te dieron también una encuesta de satisfacción para que rellenases al recibir el alta. ¿Lo recuerdas?</p> <p>P: Recuérdame... ¿al ingresar yo en domicilio?</p>	<p>que pueden surgir imprevistos.</p> <p>Repite que el único inconveniente son los cambios de horario.</p>	<p>Cambios Imprevistos</p>
--	--	--------------------------------

<p>S: Sí.</p> <p>P: Un 10. Un 10.</p> <p>S: Y la otra parte de la entrevista valoraba el trato recibido con una serie de ítems... que vamos a ir uno por uno. Decía " ¿Cómo valoras el trato personal y amabilidad de los médicos?"</p> <p>P: 10.</p> <p>S: El trato personal y amabilidad también, pero del equipo de enfermería.</p> <p>P: Más de un 10. Porque cómo ibais más a menudo. Se crea más vínculo... aunque van cambiando ¿no? Pero nunca hubo un personal o sea un profesional que fuera solamente un día, aunque iban cambiando e iban repitiendo. Entonces se crea como un vínculo más empático ¿no? O sea, más de un 10.</p> <p>S: ¿Cómo valoras las explicaciones que te daban sobre su estado de salud? Si eran adecuadas, si faltaba información...</p> <p>P: No. Adecuadas... adecuadas y suficientes. Sí.</p> <p>S: ¿Se sentía escuchado por los profesionales a la hora de sus preocupaciones?</p> <p>P: Sí.</p>	<p>Comenta que las explicaciones que le daban sobre su estado de salud eran de forma adecuada y suficiente.</p>	<p>Explicaciones Novedades Adecuada Suficiente Comprensible</p>
---	---	---

<p>S: ¿Y se sentía escuchado también por los profesionales si quería dar su opinión?</p> <p>P: Sí.</p> <p>S: Eh...</p> <p>P: Es más me la preguntaban.</p> <p>S: ¿La opinión?</p> <p>P: Sí.</p> <p>S: ¿Te sentías en buenas manos?</p> <p>P: Sí.</p> <p>S: ¿Una sensación de estar protegido y en buenas manos?</p> <p>P: Seguro protegido, sí.</p> <p>S: ¿Era coherente la información que te daban los diferentes profesionales? Si un día venía un médico, otro día venía un enfermero... ¿Era coherente la información que...?</p> <p>P: Sí, sí, sí.</p> <p>S: ¿...que te daban con la del día siguiente?</p> <p>P: Coherente y entendible.</p> <p>S: La... en tu caso... eh... ¿Tuviste dolor durante el ingreso? ¿Crees que la analgesia que te daban era la correcta?</p> <p>P: Sí. Era la correcta, no tuve dolor. Y de hecho empecé a disminuir la</p>	<p>El paciente explica que se sintió escuchado por los profesionales sobre sus propias preocupaciones.</p> <p>Se sintió escuchado si quería dar su propia opinión, le gustó que le preguntaran y que le tuviesen en consideración.</p> <p>Expresa que se sintió en buenas manos.</p> <p>Los profesionales de enfermería y medicina daban la misma información al paciente. Tuvo la sensación de que había un consenso.</p> <p>El entrevistado responde que no tuvo dolor y que considera que la analgesia era la correcta, la</p>	<p>Preocupaciones Escucha Activa Apoyo</p> <p>Escuchado Importante Contento Opinión</p> <p>Protegido Seguro</p> <p>Coordinación Consenso Acuerdo</p> <p>Analgesia correcta Confort Disminuir</p>
---	---	--

<p>medicación incluso antes de lo que pensaba la doctora.</p> <p>S: Y, por último, ¿Crees que tus familiares también estaban informados sobre tu estado de salud?</p> <p>P: Sí, sí. Porque aparte...eh una cosa que me gustaba y que ayuda a crear ese vínculo de empatía quieras o no a nivel profesional se mejora también el trato profesional es que mientras me curabais mi madre estaba presente en la habitación. Se crea un vínculo... que por ejemplo en domicilios...ay en hospital no se hace ¿no? Porque cuando hay curas de enfermería los familiares salen de la habitación. Cosa que en el domicilio no, eso también... es una cosa que me gusta ¿sabes? No había pensado en decíroslo. El hecho de que esté el familiar ahí... porque si yo... con la edad que tengo me sentía más seguro con el hecho de tener un familiar allí...imagínate una persona pequeña ¿no? Un crío de 10 o 11 años que pueda estar el familiar allí...</p> <p>S: O una persona mayor...</p> <p>P: O una persona mayor más desvalida, sí.</p> <p>S: Claro igual en el hospital como dices a la familia se le hace como</p>	<p>disminuyó antes de lo previsto.</p> <p>Refiere que su madre estaba debidamente informada ya que se le hacía partícipe de los cuidados pudiendo estar presente durante las curas, y que eso le gustó mucho del servicio de HaD. Explica que eso no pasa en el hospital y que puede ser que así la familia no esté tan bien informada.</p> <p>También comenta de la importancia del apoyo familiar sobre todo para personas mayores o para niños, ya que la figura de un familiar aporta tranquilidad.</p>	<p>Informada Partícipe Cuidados Complacido Desinformación Acompañantes</p> <p>Apoyo Familiar Niños Personas mayores Tranquilidad</p>
--	---	--

<p>L: Pero el personal, ¿no?</p> <p>P: No.</p> <p>L: ¿Y por qué crees que...tienes esa sensación?</p> <p>P: ¿De que yo mismo me sentía un paciente?</p> <p>L: De por qué tú piensas eso y de que por qué crees que no te hacían sentir así.</p> <p>P: Yo mismo me sentía como un paciente porque yo soy una persona muy activa... entonces claro... verme tan limitado... Y aparte por el tipo de operación siempre me avisaron sobre todo el cirujano que recuerdo una anécdota...os la puedo explicar, ¿no?</p> <p>S: Por supuesto.</p> <p>L: ¡Sí, sí, explícanos lo que quieras!</p> <p>P: Que eh... a lo mejor esa frase fue lo que a mí me hizo sentir a mí mismo como un verdadero paciente. Os he dicho antes que por motivos de lista de espera la eventración que tenía se convirtieron en dos... se hicieron más grande. Entonces cuando yo me desperté de la anestesia recuerdo que una de las primeras frases que me dijo el cirujano...es que...claro yo entré en el quirófano con una imagen a nivel de cirugía</p>	<p>Él se sentía como un paciente al ver que su movilidad y autonomía habían disminuido, ya que se considera una persona muy activa.</p> <p>El paciente nos explica una anécdota en relación con su sentimiento como paciente.</p>	<p>Activa Paciente Autonomía Movilidad</p> <p>Autoimagen</p>
--	---	--

<p>de un TAC ¿no? Y me iban a operar con relación a la imagen de ese TAC. Cuando me abrieron el cirujano me explicó que el TAC no se correspondía con la realidad, que en realidad mi estropicio era importante del que salía en el TAC. De hecho, dijo una frase que dijo “Es que parece...” Claro porque las eventraciones se van formando poco a poco ¿no? Entonces la ruptura muscular es ordenada. Él me dijo que no se sabía por el tiempo que estuve esperando... mis dos eventraciones eran como muy desordenadas, el tejido no estaba roto de manera “bonita”. Y su frase fue “Es que parece que en lugar de dos eventraciones alguien te haya pegado dos cuchillazos”. Tal era el estado. Entonces me dijo “Como la operación ha sido más importante de lo que creíamos porque tu estado era peor... ahora tu recuperación será más estricta”. Y me dijo una frase que es la que os decía que a lo mejor me hizo sentir realmente como un enfermo, porque me dijo “Ahora te enviaremos a casa, tal... tal... tal. Y en casa tienes que ser muy estricto con el peso”. Y la frase que me dijo que me marcó “Cuando te sientes ni siquiera puedes levantar la silla para sentarte”. ¿Sabéis cuando nos levantamos... que</p>	<p>El cirujano le explicó que la intervención había sido de mayor riesgo, lo que vieron en el quirófano no coincidía exactamente con la imagen del TAC, y por ello debía tener un seguimiento más estricto. Por esta razón se sintió como un paciente. Añade que el cirujano le explicó que parecían dos incisiones por arma blanca en lugar de dos eventraciones. Por ello le prohibió levantar peso utilizando como ejemplo el peso de una silla, en ese momento se sintió impedido y como un enfermo.</p>	<p>Frase cirujano Estricto Grave Enfermo TAC Operación Peso Inquietud Impotencia Impedido Sentarse Estropicio</p>
--	--	---

<p>levantamos la silla y la echamos para atrás para sentarnos? Pues yo ese gesto no lo podía hacer. Me dijo "Para apartar la silla la tienes que arrastrar con el pie". Entonces claro... una silla que puede pesar, ¿2 o 3 kilos? Pues que te digan que no puedes levantar eso y que la tienes que arrastrar. Y yo recuerdo que dije "Vale, ¿durante cuantos días?". Me dijeron "Un par de meses". Entonces claro... (Risas).</p> <p>S: Un golpe de realidad...</p> <p>P: Ahí está... Entonces a lo mejor la frase que me hizo sentir mal. Y luego otra cosa... ¡ay mal! ¡Paciente! Y luego por otra cosa que también me hizo ser paciente eh... las transferencias que yo me levantaba me cambiaban de postura... El hecho es que la cicatriz me tiraba mucho. No me dolía porque dolor ya os he dicho que prácticamente tuve muy poquito, pero la sensación de tirantez era mucho. Luego me parece que un día... tu ibas con la doctora... la enfermera. Me parece que un día que fuisteis tú y ella que ella me dijo que es que como la cicatriz era tan grande, lógicamente al ser más grande tiraba más. Entonces claro en ese momento yo la cicatriz no me la había visto aún... que es que no recuerdo si fuiste tú con ella u otro compañero</p>	<p>Refiere que pensaba que su recuperación iba a ser más corta y que cuando le dijeron que iba a ser más larga se preocupó y se puso triste.</p>	<p>Recuperación larga Tristeza</p>
---	--	--

<p>tuyo... que me hicisteis una foto y en ese momento yo fui consciente de que realmente mi cicatriz es más grande... era más grande de lo que yo pensaba, por eso notaba la tirantez. Entonces los dos motivos por los que me sentía paciente, la tirantez que es que me tiraba mucho, y el hecho ese, peso tan limitado que no podía levantar. Tened en cuenta que yo tengo una... por aquella época mi sobrina tenía 3-4 meses y tampoco me dejaban levantarla a peso. Entonces por esos aspectos yo me sentía paciente. Y la segunda parte de la pregunta era...</p> <p>L: No, si los profesionales te hicieron sentir como un paciente.</p> <p>P: Mmmm....</p> <p>S: ¿Te limitaban la...?</p> <p>P: No lo único...</p> <p>L: ¿Te trataban contigo, cuando hablaban contigo, te explicaban las cosas...? ¿Fueron siempre cordiales?</p> <p>S: ¿De persona a persona?</p> <p>P: De persona a persona. Lo único es que ellos también me insistieron en lo del peso. Era el único momento en el que a lo mejor me podía sentir paciente, pero por parte vuestra... pero no porque aparte de que era parte de vuestro trabajo</p>	<p>Explica que sentía bastante tirantez en el lugar de la herida. No tuvo dolor, pero si molestias porque le tiraba mucho.</p> <p>Y dice que comprendió el grado de tirantez cuando vio en una imagen del tamaño de su cicatriz. Resume que se sintió paciente por la tirantez de la herida y por no poder levantar peso o movilizarse.</p> <p>Fue importante para él el hecho de que no podía levantar a su sobrina, eso le costaba llevarlo en su día a día.</p>	<p>Tirantez Herida Tamaño</p> <p>Tamaño Tirantez Cicatriz Peso</p> <p>Sobrina Peso Paciente</p>
--	--	---

<p>decirlo vosotros también lo teníais que decir porque me lo decía todo el mundo. O sea que no...</p> <p>S: Vale. ¿No crees que había un trato diferente?</p> <p>P: No. No. Cómo me enrolló, ¿no?</p> <p>L. ¡No, no! No te preocupes</p> <p>S: Es el objetivo, al final....</p> <p>S: Sí el objetivo es que al final... que nos expliques y que...</p> <p>S: Es conocer tu experiencia íntegra y total.</p> <p>P: Vale, vale.</p> <p>L: Bueno yo creo que lo tenemos todo y además en un tiempo muy bueno.</p> <p>S: Sí.</p> <p>L: Yo no tengo más preguntas.</p> <p>S: Si quieres hacer algún último comentario o...</p> <p>P: Último comentario... Eh...buen servicio, buena profesionalidad, buena atención, mucha empatía que es lo que hace falta. Y que es un buen servicio que se tendría que instaurar más, pero con la particularidad que os he dicho antes. Hacer una publicidad justa en su medida y dejando claro quién puede tener acceso a ese servicio y quién no. O sea que el paciente</p>	<p>Comenta que los profesionales no le hicieron sentir cómo un paciente pero que le insistieron en el tema del peso.</p> <p>Resume básicamente la mayoría de los puntos tratados en la entrevista. Considera que la unidad de HaD es un buen servicio que da muy buena atención asistencial. Respecto al equipo resalta la empatía, necesaria en el ámbito de la salud, la relación terapéutica que establecen con el paciente y la escucha activa. Según su opinión se debe ampliar, pero explicar qué pacientes pueden tener acceso a la unidad y quienes no para evitar una congestión innecesaria,</p>	<p>Insistir peso Trato humano Normalidad Profesionalidad</p> <p>Cuestiones Competencia Atención óptima Empatía Necesario Salud Relación terapéutica Escucha Activa Ampliación Criterios Acceso limitado Colapso Directrices Clara Tardanza</p>
---	--	--

<p>cuando esté ingresado en el hospital no piense que... "como hay ese servicio lo tengo que utilizar sí o sí". Que el paciente sea claro...perdón...que las directrices sean claras, que el paciente entienda que hay gente que puede acceder a ese servicio y hay gente que no. Por lo demás perfecto, sí, sí. De hecho, se debería haber creado este servicio antes.</p> <p>S: Bueno...</p> <p>L: ¡Esta de hace 25 años!</p> <p>P: Eso ya no lo sabía yo...</p> <p>S: En Joan XXIII lleva ya años, pero es el único de Tarragona que lo tiene por ejemplo....</p> <p>L: Si. El Gregorio Marañón fue el primero que ya llevarán 25 años y el nuestro llevará sobre los 15, ¿más de 15?</p> <p>S: Sí, llevaba 20.</p> <p>P: ¿Fue el primero de toda Catalunya que lo instauró?</p> <p>S. No lo sé...</p> <p>P: ¿Por delante de los de Barcelona?</p> <p>S: No sé...</p> <p>L: Yo es que no soy de aquí entonces....</p> <p>P: Pues si lleva casi 20 años primero noticia que tengo.</p>	<p>donde las directrices sean claras y con una <i>publicidad realista y justa</i>. También resalta que se debería haber creado este servicio antes.</p> <p>El entrevistado reconoce que no sabía de la existencia de la unidad de HaD desde su inicio, pensaba que no era tan longeva.</p>	<p>Desconocimiento Prematura</p>
--	--	--------------------------------------

10.4 Lista de categorías y sus códigos.

Proceso asistencial:	Profesionales:	Percepciones y valoración subjetiva del paciente:
5 meses	10	
Accesible	Aconsejar	Aburrimiento
Acceso limitado	Avisar	Acompañantes
Acudir a urgencias	Ayuda post-alta	Agradecido
Alta CAP	Cardiovascular	Amabilidad
Alta HaD	Carga laboral	Ambulancia
Alta planta	Cirujano	Ampliación
Alta precoz	Compañeros	Analgesia correcta
Amputación	Complicidad	Animado
Arteriografía	Con cariño	Apoyo
Atención Primaria	Con prisa	Apoyo familiar
CAP	Confianza	Atención óptima
CE	Consenso	Autoimagen
CI	Control bueno	Autonomía
Cicatrización	Control telefónico	Autosuficiente
Consulta	Cronometrados	Buen funcionamiento
Derivación a urgencias	Cura HaD	Buen trabajo
Domicilio	Destreza	Buena evolución
Estar en casa	Diariamente	Buena programación
Eventración	Diversas enfermeras	Cansado
Fallo VAC	Doctora HaD	Caro
Grave	Dolor	Cautela
Herida	Drenaje	Clara
Horario	Empatía	Colapso
Hospital	Enfermera experta	Comida casera
Hospital en casa	Enfermera HaD	Cómodo
Información pre-ingreso	Enfermera residente	Compañero
Ingreso HaD	Enfermera retén	Competencia
Ingreso planta	Especialista	Complacido
Mala evolución	Estado anímico	Comprensible
Oferta	Experiencia	Conciencia
Operación	Expertos en curas	

Rehabilitación	Explicaciones	Conflicto
Reingresar	Fiebre	Confort
Última amputación	Fisioterapeuta	Congestión servicios
VAC	Hilo comunicativo	Conocimiento
Voluntario	Imágenes	Consciente de limitaciones
	Llamada HaD	Contentísimo
	Muy profesionales	Contento
	Nivel de drenaje	Coordinación
	Número de visitas	Coste del ingreso
	Peso	Criterios
	Podólogo	Dar publicidad
	Redón	De acuerdo
	Relación terapéutica	Desconocimiento
	Signos de infección	Descoordinación
	Teléfono	Desinformación
	Trato humano	Desorganización
	Vínculo	Despreocupado
	Visita médica	Disminuir
		Echar una mano
		En tierra de nadie
		Encantado
		Encuesta
		Enfermería especializada
		Enfermo
		Enlace
		Entorno
		Escucha activa
		Escuchado
		Estricto
		Evitar ingresos
		Excelente
		Externalizar servicios
		Extraordinario
		Falsa demanda
		Falta de información
		Familia

		Folleto informativo Formación Fuera del circuito Gratitud Gustar Hijas solas Hospitalizado Ignorancia Impedido Importante Impotencia Imprevistos Indiferencia Información insuficiente Informada Inquietud Insuperable Intimidad Jefes de servicio Justa Leal Madre Molestar familiar Movilidad Muy bueno Muy organizado Necesario Óptimo Paciente Pedir ambulancia Peligro Personalizado Planificación Potenciar HaD Precisa Presencial
--	--	---

		Recuperación larga Recuperación rápida Rentabilidad Sano Satisfacción Satisfactorio Seguir rutina diaria Seguro Servicio nocturno Sentirse útil Simpatía Sin quejas Sobresaliente Sobrina Soledad Suficiente Ver familia
--	--	--

10.5 Lista de códigos y su definición.

10: nota que le pone al servicio de HaD.

5 meses: tiempo que pasó yendo a consultas externas a curarse.

A piñón: un paciente detrás de otro sin parar, así son las visitas de enfermería tanto en la planta como en HaD, según el paciente.

Aburrimiento: lo que le pasaba en la planta.

Accesible: se puede acceder cumpliendo unos criterios, pero no es un servicio inaccesible.

Acceso limitado: no debe ser para todo tipo de pacientes. Característica de la HaD.

Acompañantes: cuidadores de los pacientes.

Aconsejar: lo que hacía el equipo de HaD en las visitas

Activa: concepto de sí mismo, actitud movida.

Acudir a urgencias: consecuencias de no tener un servicio nocturno.

Acuerdo: idea conjunta sobre la información que le daban al paciente.

Adecuada: la forma en la que le transmitían la información.

Advertencia: la supervisora le avisa que la VAC tiene que volver al hospital.

Agradecido: cómo se siente después de su paso por HaD.

Aislamiento: medida de protección por la infección de su herida en el hospital.

Alargar el ingreso: consecuencia de una mala asistencia en las plantas, como las enfermeras retén.

Alta CAP: se le da de alta de su CAP para pasar a revisiones en ce pero no le explican nada.

Alta HaD: fin del ingreso en casa, alta de HaD

Alta planta: irse a casa con HaD.

Alta precoz: después de la amputación se marchó a casa a las horas.

Amabilidad: cualidad del servicio médico.

Ambulancia: uno de los recursos de los que se hacen uso en los servicios de urgencias.

Amiguismos: problema en el mundo de la sanidad que no permite gestionar bien.

Ampliación: se refiere a incluir más población y pacientes en la ratio de la HaD.

Ampliar plantilla: propuesta de mejora del paciente.

Amputación: acción de cortar un miembro, hace referencia a sus dedos del pie.

Analgesia correcta: cómo considera que era la analgesia que le proporcionaba HaD.

Analítica: uno de los recursos de los que se hacen uso en los servicios de urgencias.

Andar: beneficios de HaD.

Animado: cómo se sentía por la situación y la relación con el equipo

Antibiótico: medicamento.

Apoyo familiar: ayuda familiar importante durante cualquier ingreso.

Apoyo: muestra de ayuda ofrecida por el personal de HaD.

Aprendizaje: lo que se lleva de este proceso de HaD.

Aquacel plata: apósito que se le ponía en el cap.

Arteriografía: las 2 pruebas médicas.

Atención domiciliaria: asistencia recibida en el domicilio.

Atención especializada: redes de hospitales.

Atención óptima: cualidad que da al servicio que ofrece HaD.

Atención Primaria: redes de centros de salud.

Atención rápida: calidad que puede tener el servicio de urgencias.

Autoimagen: concepto de sí mismo, sano y activo.

Autonomía: necesidad alterada.

Autosuficiente: cómo ve al equipo de enfermería de HaD.

Avisar: informar con antelación de la visita.

Ayuda post-alta: HaD le explica dónde tiene la visita.

Baldío: cómo se sintió en el proceso de alta.

Bomba de perfusión: material.

Box: habitación de urgencias.

Buen funcionamiento: situación en que cada enfermera tenga un lugar fijo en función de su vocación y formación, esta será continuada.

Buen trabajo: situación en que la enfermera que acude a un servicio lo conoce.

Buena evolución: cómo iba su herida o recuperación. También es uno de los motivos por el que no se sintió inseguro

Buena programación: característica de HaD.

Cada 2 días: la periodicidad de las curas en el CAP.

Cambio de cura: cuando se pasa del catrux al aquacel plata.

Cambios: hacer una visita más tarde o pronto de lo estimado.

Cansado: cómo se sentía al tener que ir a curarse.

CAP: dónde se le hacía la cura después del alta de HaD.

Caro: cómo es la cama de hospital, los recursos, la atención en urgencias, etc.

Cardiovascular: hace referencia a la especialidad y al médico especialista.

Carga laboral: característica de HaD y del hospital.

Cartelito: cómo llama él al aislamiento.

Casi cerrada: cómo estaba la herida después de que le diesen en alta en HaD.

Catrix: polvos que favorecen la cicatrización.

Cautela: ir con cuidado ofertando el servicio y con la publicidad.

Ce: consultas externas, lugar de las curas.

Ci: consentimiento informado, documento en el que se expone su voluntad de ingresar con HaD.

Cicatriz: el resultado de una herida que ha cerrado.

Cicatrización: proceso de cierre de una herida.

Cicatrización rápida: característica de HaD.

Circuito de atención: lo que considera como asistencia médica integral en todos sus departamentos, especialidades y centros.

Cirujano: médico encargado de practicar la cirugía. Quien le operó.

Clara: característica de cómo debe ser la información de HaD, que no da lugar a confusión.

Cojera: secuela de las amputaciones.

Colapso: situación que puede derivar de la demanda excesiva.

Comida casera: comer lo que le preparan en casa.

Cómodo: cómo se sentía al estar ingresado en casa y cuando el equipo de HaD iba a su casa

Compañero: cosa negativa de estar en el hospital.

Compañeros: integrantes del equipo de HaD, servicio médico y de enfermería.

Competencia: característica de la HaD, que saben realizar su labor.

Complacido: como se sintió después de decirle que si estaba de acuerdo en ingresar en HaD.

Complicidad: relación que mantiene el paciente con el equipo de HaD.

Compra: lo que debe hacer el hospital para cumplir las necesidades.

Comprensible: características de la información ofrecida.

Con cariño: característica de las curas de HaD.

Con prisa: característica de las curas en planta.

Conciencia: pensar el coste que supone asumir pacientes en la planta.

Confianza: lo que siente con la doctora de HaD.

Conflicto: problema derivado de la publicidad del servicio, que no se le oferte a todos los pacientes y hayan quejas.

Confort: cómo se sintió al no tener dolor y durante el proceso con el equipo de HaD.

Congestión servicios: situación que se podría evitar con el uso de la unidad de HaD.

Conocidos: beneficio del hospital, encontrar una cara familiar.

Conocimiento: sabía de la existencia de HaD.

Conocimientos médicos: el entrevistado estudió medicina.

Consciente de limitaciones: beneficios en HaD.

Consenso: acuerdo entre los servicios de enfermería y medicina de cómo proceder.

Consulta: donde se hace el seguimiento y curas.

Contacto directo: número de HaD para llamar por cualquier consulta.

Contaminar: lo que se quería evitar con el aislamiento tanto a él como a los demás.

Contentísimo: cómo se siente después de pasar por HaD.

Contento: cómo se siente después de pasar por el servicio de HaD.

Control telefónico: cómo le hacían el seguimiento desde HaD los días que no le visitaban.

Control bueno: característica de HaD.

Coordinación: característica HaD.

Coste del ingreso: dinero que supone al día el paciente en la planta.

Criterio diferente: característica del hospital en cuanto a las curas.

Criterios: regla, norma o perfil que debe cumplir un paciente para ingresar con HaD.

Cronometrados: los enfermeros de HaD van con el tiempo justo.

Cuestiones: temas tratados en la entrevista.

Cuidados: acciones de los enfermeros de HaD.

Cura: cuidados sobre la herida con el fin de cerrarla.

Cura diferente: cuando le cura cada día una persona diferente la cura es diferente cada día.

Cura en consultas: medida terapéutica que se hace después de la 3ª amputación.

Cura HaD: cura realizada en el domicilio por HaD.

Curas diarias: técnica realizada en HaD.

Curas diferentes: entre la planta y el hospital.

Curas mejores: cómo son en HaD.

Curas periódicas: técnicas de HaD

Curas poco eficaces: las que se hacen por enfermeras que son retén.

Dar publicidad: considera que él sí que le daría publicidad al servicio de HaD.

De acuerdo: en el seguimiento con imágenes.

Delegar: ceder actividades a otras enfermeras porque a la que los lleva no le da tiempo.

Demanda planta: motivo por el cual se iba de la planta, la demanda de cama.

Demanda: necesidades a cubrir por el hospital.

Derivación a urgencias: cuando tiene que acudir a urgencias.

Desconocimiento: cualquier cosa que no conocía el paciente.

Descoordinación: falta de coordinación, de entendimiento entre dos partes.

Desinformación: falta de información sobre un tema o una situación.

Desorganización: entre el equipo de HaD y AP.

Desorientación: acción de no encontrarse en espacio y tiempo después de una operación.

Desplazamiento: el inconveniente de visitar a los pacientes a domicilio.

Despreocupado: ya que sabe que hay comunicación con el especialista.

Destreza: habilidad del servicio de HaD.

Diariamente: periodicidad de visitas de enfermería de HaD.

Directrices: organización que debe cumplir el nuevo modelo de HaD.

Disculpa: lo que ofreció la doctora cuando no pudo ir a visitarle.

Discusión: médico-enfermera a la hora de organizar la recuperación del paciente.

Disminuir: acción de reducir, se refiere a la analgesia.

Diversas enfermeras: las que fueron a visitarle.

Diversidad: hace referencia a la posibilidad de asumir pacientes con diferentes patologías, seguimiento y necesidades.

Diversión: por compartir habitación

Doctora HaD: médica de HaD.

Dolor en caderas: secuelas de las operaciones.

Dolor: síntoma. Pregunta que se hace para el seguimiento.

Domicilio: lugar, casa de los pacientes.

Domicilios: ir a trabajar a casa de pacientes.

Drenaje: implante médico encargado de drenar.

Duda: no sabe si se deben ampliar los criterios.

Dudoso: si hubo comunicación entre el hospital y el cap.

Echar una mano: la enfermera que se marcha a otra planta para ayudar.

Ejecución: proceder a técnicas de enfermería

Empatía: el equipo de HaD se ponía en el lugar del paciente

Empeoramiento: lo que sucede si no se hacen bien.

En tierra de nadie: cómo se sintió al no tener dónde acudir porque ya estaba dado de alta, pero sin pautas claras.

Encantado: como se sintió con el servicio.

Encuesta: herramienta con la que valoran el servicio de HaD.

Enfermería especializada: considera que es un punto necesario para que enfermería sea más autónoma y eficaz.

Enfermera cambiante: característica del hospital.

Enfermera CAP: profesional que le hacía la cura en su cap.

Enfermera ce: la enfermera con más experiencia.

Enfermera experta: la persona que sabe curar en la planta porque tiene experiencia.

Enfermera HaD: profesional encargada de los cuidados de enfermería perteneciente a la unidad de HaD.

Enfermera novata: la que llegó a ce y no lo conocía incluyendo la cura.

Enfermera residente: enfermera que fue a verle y que se estaba especializando.

Enfermera retén: enfermera que va cambiando de planta.

Enfermera triaje: los recursos de los que se hacen uso en los servicios de urgencias.

Enfermera URG: los recursos de los que se hacen uso en los servicios de urgencias.

Enfermo: cómo se sentía él.

Enlace: se refiere a que hace falta un punto de unión entre la Atención Especializada y Atención Primaria.

Entorno: estar en su casa le dio más tranquilidad.

EPIs: equipo de protección individual.

Error: lo que cree que fue el ingreso de la 3a amputación con 29 días de estancia en el hospital.

Escucha activa: manera en que el servicio de HaD atendía a las preocupaciones del paciente.

Escuchado: cómo se sintió durante el proceso con el equipo de HaD.

Especialista: médico especializado.

España: tiempo que tuvo que aguardar para ver al especialista.

España de días: problema de urgencias, tiempo que aguardas hasta que puedes ingresar.

Estado anímico: síntoma. Pregunta que se hace para el seguimiento. Esto según el entrevistado muestra mucha empatía.

Estado cicatriz: cómo es el estado de la herida.

Estar en casa: estar ingresado en HaD.

Estricto: cómo debía ser el seguimiento y la recuperación.

Estropicio: las eventraciones.

Estudio pie: lo que le hizo el podólogo.

Eventración: hernia sobre la herida quirúrgica anterior del paciente.

Evitar ingresos: situación que se podría evitar con el uso de la unidad de HaD.

Excelente: el trato y la atención por parte de HaD.

Expectativa: idea de que cualquier paciente puede precisar e ingresar con HaD.

Experiencia: cualidad necesaria para estar en un servicio. Característica fundamental de las personas que realizan curas.

Expertos en curas: característica de HaD.

Explicaciones: razonamientos que le argumentaban al paciente sobre su estado de salud.

Externalizar servicios: problemas para la gestión.

Extraordinario: el trato de las médico/as.

Fabuloso: adjetivo que le da al equipo de HaD.

Fallo: cómo considera que es la comunicación entre instituciones.

Fallo VAC: problema que puede ocurrir con la VAC.

Falsa demanda: lo que podría pasar sino se hace un publicidad justa y leal.

Falta de información: no saber dónde ingresaba.

Falta de material: lo que sucedió en ese cap.

Familia: poder tener a su familia al completo fue muy bueno.

Fiebre: síntoma. Pregunta que se hace para el seguimiento.

Fisioterapeuta: profesional que se encarga de practicar la fisioterapia. Es el entrevistado.

Fluidoterapia: a lo que se dedicaba el entrevistado.

Folleto informativo: información de HaD.

Formación a medias: lo que no se debe hacer.

Formación: característica fundamental de las curas.

Frase cirujano: cosa que le hizo considerarse un paciente.

Fuera de horario: más tarde de las 14 horas.

Fuera del circuito: cómo se sintió después del alta de AP.

Gasto: lo que supone siendo paciente de HaD y tener que visitar el servicio de urgencias.

Grapas: elemento que une los extremos de la herida.

Gratitud: sentimiento cuando te atiende una enfermera con experiencia.

Grave: cómo fue la intervención.

Grupo: personas que se quejan de no ser atendidas por HaD

Gustar: le pareció muy bien la atención

Habichuelas: hace referencia a que fue él el que se tuvo que esforzar para saber dónde tenía la visita y cuando.

Herida: lesión, motivo de la salud comprometida del paciente.

Hidratar: qué se debía hacer en la cura.

Hijas solas: problema de estar en el hospital.

Hijas: parentesco.

Hilo comunicativo: entre la doctora de HaD y el especialista.

Horario: franja horaria en que se hacía la visita.

Hospital en casa: cómo le llama él a HaD.

Hospital: centro destinado a proporcionar cualquier asistencia médica. Se refiere al hospital Joan xxiii.

Hospitalizado: cómo no se sentía cuando estaba ingresado en HaD.

Ignorancia: sentimiento al no conocer el servicio de HaD.

Imágenes: cómo se hace el seguimiento de la herida en HaD.

Impedido: cómo se sentía en casa al no poder moverse mucho.

Importante: cómo se sintió durante el proceso con el equipo de HaD.

Impotencia: cómo se sentía en casa al no poder moverse mucho.

Imprevistos: situaciones no controlables que hacen que la organización de una mañana o tarde se vean afectadas.

Incógnita: no sabe si se produjo la comunicación.

Incómodo: cómo se sentía al tener que ir a curarse.

Indiferencia: lo que sentía hacia el horario de las visitas.

Inexistente: cómo se sintió cuando en planta no podían darle información.

Infección: invasión o multiplicación de agentes patógenos en un tejido u organismo

Infeccioso: proceso de la herida.

Información insuficiente: sensación que tuvo y qué tenía el informe de alta.

Información pre-ingreso: el enfermero da HaD y la doctora le explican al paciente en qué consiste la unidad y la manera o forma de proceder a su asistencia médica.

Información visita: lo que le dio la profesional de HaD.

Información: noticia que informa sobre algo.

Informada: cómo se sintió su madre durante el periodo de ingreso del paciente en HaD.

Informe insuficiente: cómo cree que era el informe de alta ya que faltaba mucha información que él considera importante.

Ingreso HaD: entrar en el programa de HaD.

Ingreso innecesario: después de la amputación estuvo 1 mes en el hospital.

Ingreso planta: estar hospitalizado en planta

Innecesario: precisar ingresar con HaD sin cumplir los criterios.

Inofensivo: cómo se pensaba que era la infección si le dejaban salir.

Inquietud: sentimiento derivado de la falta de información.

Insistir: las enfermeras y médicas recordaban asiduamente que no podía levantar peso.

Insuficiente: nivel de información en planta.

Insuperable: el servicio de enfermería.

Intimidación: cosas que le aporta ingresar con HaD

Invertir: qué haría él con HaD.

Invisibles: los recursos de los que se hacen uso en los servicios de urgencias.

Jefes de servicio: responsables de una unidad hospitalaria.

Justa: debe ser una publicidad real y fidedigna.

Leal: debe ser realista y de acuerdo a las posibilidades.

Llamada HaD: forma de hacer el seguimiento.

Llamada doctora: hace referencia a la llamada de la doctora para disculparse.

Madre: familiar que no conoce el servicio.

Mal: valoración negativa.

Mala asistencia: lo que puede pasar cuando las enfermeras dan asistencia en una nueva planta.

Mala evolución: motivo de las amputaciones.

Mañana: turno de 8 a 15h

Máquina cicatrización: herramienta que favorece la cicatrización de la herida.

Más tiempo: lo que genera tener retén en las plantas.

Médica diferente: característica del hospital.

Mejor situación: si viniese una enfermera con experiencia.

Mejor: cómo se veía él en HaD

Menor riesgo de infección: cosas que le aportan ingresar con HaD

Metatarsianos: localización de las heridas.

Miembros: 1er, 2º y 3er dedos amputados.

Misma competencia: característica HaD, mismo dominio.

Misma cura: característica HaD, misma forma de curar entre los enfermeros de la unidad.

Mismo criterio: característica HaD, sólo siguen el de la doctora de HaD y un médico de vascular.

Mismo personal: técnica HaD.

Mismo sitio se refiere a estar en el lugar donde te han operado, tener más proximidad al lugar donde ha pasado todo.

Molestar familiar: consecuencias de no tener un servicio nocturno.

Molesto: cómo se sintió después del alta del hospital.

Movilidad: necesidad alterada.

Mujer trabajando: problema de estar en el hospital.

Muy bueno: la atención recibida por HaD.

Muy importante: el hecho de que haya especialidades de enfermería.

Muy organizado: característica de HaD.

Muy positiva: la valoración que les da a HaD.

Muy profesionales: cómo fue el equipo de HaD con él.

Necesario: la HaD y el momento de darle publicidad

Necesidad de visitas: no pensó que necesitase más visitas.

Necrosis: muerte del tejido.

Negativo: no considera negativa la estancia en el hospital ni en HaD

Niños: pacientes menores de edad.

Nivel de drenaje: cuanto líquido ha drenado, si está en buena posición.

Normalidad: cómo le trataba el personal.

Novedades: nuevas noticias o noticias sobre su seguimiento.

Número de visitas: cuantas veces le iban a visitar.

Oferta asistencial: cuidados que le ofrecía el equipo de HaD

Oferta: posibilidad de ingresar en HaD.

Operación: intervención por las 2 eventraciones.

Opinión médica: criterio médico u opinión que se crea un médico después de revisar un caso.

Opinión: la opinión del paciente cuenta.

Oportunidad laboral: lo que supone para el personal cualificado la existencia de la HaD.

Oportunidad: cómo ve él la posibilidad de ingresar en HaD.

Óptimo: cómo considera el número de visitas.

Paciente: persona que recibe los cuidados y sensación de ser un paciente.

Partícipe: incluir a la familia en los cuidados en casa.

Pasear: lo que le dejaban hacer en la planta para evitar el aburrimiento.

Patología: sinónimo de enfermedad

Pedir ambulancia: consecuencias de no tener un servicio nocturno.

Peligro: no tuvo sensación.

Peor: cómo se veía él en el hospital.

Pérdida de tiempo: cómo se sentía el ingresado.

Perdido: cómo se sintió sin esas pautas de dónde ir si tiene un problema.

Periódicamente: periodicidad de visitas de HaD.

Personal administración: los recursos de los que se hacen uso en los servicios de urgencias.

Personal vascular: le dio una información muy escueta.

Personalizado: cómo fue el trato del servicio de HaD al paciente.

Personas mayores: personas de la 3ra edad.

Peso: lo que no podía levantar ni usar.

Pie diabético: consulta sobre úlceras relacionadas con la diabetes.

Pie izquierdo: localización de las heridas.

Pila: pieza que suministra energía a algunas máquinas. Se refiere al cambio de pila de la máquina de cicatrización.

Planificación: anticipar las visitas para organizar las siguientes.

Planta: lugar del hospital.

Población diana: pacientes que cumplen criterios para ingresar con HaD.

Población: personas que no conocen el servicio.

Poco cuidado: característica de las curas en planta.

Poco exudativa: cómo estaba la herida en el cap.

Podólogo: profesional que trata los problemas de los pies.

Poner catrux: qué se debía hacer para la cura.

Positivo: se refiere a beneficios de estar en planta, también de estar en casa.

Potenciar HaD: solución para descongestionar las plantas y no disminuir los costes.

Precisa: cómo debe ser la información sobre HaD.

Precisar: necesitar entrar en HaD.

Prematura: cómo pensaba que era la creación de la HaD.

Preocupaciones: sentimientos que pudo tener el entrevistado mientras estaba en casa ingresado.

Presencial: la madre estaba presente en la cura.

Problema bomba: complicaciones que hay en domicilios y en planta con las bombas de infusión.

Problema de pautas: se refiere a que hay un problema cuando un paciente necesita asistencia fuera del horario y tiene que ir a urgencias. No se le explica que debe hacer.

Problema: posibilidad de complicarse su estancia en casa.

Problemas psicológicos: lo que el ingreso de 29 días le produjo.

Problemas urgencias: todo lo que le pasaba en urgencias cuando acudía.

Proceso HaD: el periodo de ingreso en HaD.

Proceso asistencial: todo el tiempo que recibió cuidados de HaD.

Profesionales HaD: equipo de HaD.

Profesionales HaD: se refiere a ellos con muy buenas valoraciones.

Profesionalidad: cómo se le retiró el drenaje.

Programa: se refiere al servicio de HaD.

Protegido: cómo se sintió durante el proceso con el equipo de HaD.

Prótesis: elemento para ayudarlo a andar.

Puntualidad: característica de los profesionales de HaD.

Queja: por el desconocimiento de que debe hacer después del alta.

Recomendación: lo que hace el servicio de HaD.

Recortes: problemas para la gestión.

Recuperación larga: cómo iba a ser la recuperación.

Recuperación rápida: debido al ingreso en HaD.

Recuperación: tiempo después de la primera amputación (6 meses).

Recursos económicos: lo que un hospital puede gastar.

Red de servicios: conjunto de instituciones que ofrecen asistencia sanitaria a la población.

Redón: tipo de drenaje.

Rehabilitación: servicio para la recuperación total.

Reingresar: volver a ingresar con HaD.

Relación terapéutica: vínculo entre el paciente y el equipo de HaD.

Relación: conexión entre el paciente y los profesionales de HaD.

Rentabilidad: cómo sería el servicio nocturno de HaD.

Residente: quién le visitó en urgencias.

Retirada redón: hace referencia a la retirada del redón y de la máquina para la cicatrización precoz.

Retirada VAC: cuando se le retira en urgencias.

Retraso: tardanza en las visitas (el equipo y él mismo en su trabajo).

Riñón: órgano

Rutina: tener sus quehaceres le dio autonomía

Salir: lo que le dejaban hacer en la planta para evitar el aburrimiento.

Salud: ámbito laboral.

Sano: concepto de sí mismo.

Satisfacción: grado de bienestar después de pasar por el servicio de HaD.

Satisfactorio: cómo fue su ingreso en HaD

Saturación de camas: situación que se podría evitar con el uso de la unidad de HaD.

Saturación: porcentaje de oxígeno en sangre. Se lo miraban en planta y en casa.

Seguimiento insuficiente: lo que considera que hay después de la AP.

Seguir rutina diaria: beneficios en HaD.

Segundo dedo: parte amputada en la 2ª intervención.

Seguridad: cómo se sintió en su estancia en casa.

Seguro: cómo se sintió durante el proceso con el equipo de HaD.

Sentarse: acción que debía hacer con cautela.

Servicio de enfermería: equipo de enfermería de HaD.

Servicio de medicina: médicos de HaD.

Servicio HaD: unidad de HaD.

Servicio nocturno: qué haría él con HaD.

Sentirse útil: beneficios en HaD.

Signos de infección: si hay evidencia de infección

Simpatía: eran agradables con él.

Sin ayuda: cómo se sintió después del alta del hospital.

Sin consulta: no hay consulta del pie diabético en su cap.

Sin opciones: cómo se sintió él por tener que ir a urgencias.

Sin problemas: no tuvo queja alguna ni problemas en la cura.

Sin quejas: el trato por parte de HaD.

Situación complicada: cuando le cura una persona que no sabe demasiado y no le parece que vaya bien el proceso de curar en planta.

Situación descoordinada: después del alta de AP.

Situación planta: momento en el que estaba ingresado y lejos de su familia.

Sobresaliente: cómo valora la atención por parte de HaD

Sobrina: a quien no podía levantar.

Sociosanitario: lugar dónde lo derivaban.

Soledad: qué sintió durante la estancia en planta.

Suficiente: la cantidad de información necesaria para que sea comprendida.

Supervisor: jefe de enfermería de una unidad.

Tac: es la referencia para la intervención.

Tamaño: la cicatriz era más grande de lo que se pensaba.

Tardanza: hace referencia a que se podría haber realizado antes.

Tarde: turno de 14:15 a 21:15.

Tareas de casa: lo que podía hacer al estar ingresado en HaD.

Técnico ambulancia: técnico de emergencias sanitarias, se encargan de trasladar a los pacientes hasta el hospital.

Teléfono: se refiere al contacto con la unidad de HaD por si necesitaba ayuda.

Temperatura: valores que con valor científico dan una impresión de un estado de salud u otro. Se le hacían en planta y en casa.

Tensión: valores que con valor científico dan una impresión de un estado de salud u otro. Se le hacían en planta y en casa.

Tercer dedo: parte amputada en la 2ª intervención.

Tiempo excesivo: valoración sobre el tiempo de ingreso.

Tiempo: duración del ingreso.

Tiempo-dependiente: a más tiempo sin curar peor el pronóstico.

Tirantez: la herida le tiraba mucho.

Trabajo: campo al que se dedica todo el equipo de HaD.

Tranquilidad: sentimiento de paz.

Trato humano: como describe el trato recibido por HaD.

Trato: acción de tratar al paciente.

Triaje: los recursos de los que se hacen uso en los servicios de urgencias.

Tristeza: cómo se sintió después de la visita del cirujano.

Turno: franja de visitas.

Última amputación: última operación que le realizaron en el pie.

Urgencias: lugar del hospital donde acuden los pacientes fuera de horario y si tienen alguna complicación.

Útil: beneficios de HaD.

VAC en casa: medida terapéutica que se hace después de la 3ª amputación, sin estar todavía en HaD.

VAC: terapia de presión negativa que se usa para la cicatrización de heridas complejas.

Vacío organizativo: lo que existe después del alta de Atención Primaria, no saber el próximo paso.

Valoración satisfacción: característica con la que valorar el servicio de HaD.

Vascular: especialidad a la que pertenecía el paciente y médico especialista que le atendía.

Vendaje: ligadura hecha con vendas.

Ver a sus hijas: beneficios en HaD.

Ver familia: cosas que podía hacer.

Vigilancia: supervisar, hace referencia al estado de la herida para que no haya infección.

Vínculo: con el servicio de enfermería.

Visita en vascular: cita que le dan después de AP.

Visita especialista: lo que echa en falta en HaD.

Visita médica: asistencia de la doctora al domicilio.

Visita urgencias: por complicación de la VAC.

Visitas médicas periódicas: la doctora no le visitaba tanto porque no era preciso

Vital: cómo fue el equipo de enfermería para él en HaD.

Vocación: que les guste su trabajo.

Voluntario: hace referencia al hecho de ser entrevistado y al ingreso en la unidad de HaD.