

LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA DIFERENCIADA DE AGUDOS

Dres. Juan Roubicek, Adrián Salvatore, Gabriela Kavka, Pablo Ferreras, Carlos Wiersba.

INTRODUCCIÓN

La internación hospitalaria no es la panacea para el paciente. Suele ser física¹ y emocionalmente² estresante, tanto para el paciente como para la familia. Además, es costosa para el sistema de salud³; y la tendencia mundial es dejar las camas hospitalarias para los pacientes muy agudamente enfermos.

Nuestro hospital, con más de 25 años de experiencia en esta ciudad, ha sido pionero en la creación de esta nueva modalidad de atención de pacientes; como lo fue en su momento la creación de un sistema de cuidados de pacientes crónicos en los domicilios. En 1995 se creó en el seno de Clínica Médica y con supervisión directa de la dirección del Hospital, el Servicio de Internación Domiciliaria Diferenciada. Contaba con sólo 5 camas de internación de pacientes posagudos fuera del hospital y era impulsado por la Dra. Verónica Svetaz. La buena aceptación y los resultados favorecieron su rápido crecimiento para conformar el panorama actual. Desde comienzos de este año el servicio dejó de existir como tal, para conformarse en un programa, según determinación de la FMMDP, y pasó a depender del departamento de Atención Primaria, aunque mantiene la supervisión médica del servicio de Clínica Médica por intermedio del Dr. Carlos Wiersba.

CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

Estructura

El servicio cuenta con tres enfermeras profesionales, y cuatro médicos de dedicación exclusiva; una administrativa, un coordinador médico y una jefa de enfermeras de dedicación parcial.

A diario se constituyen dos equipos de atención cada uno con:

- un médico
- una enfermera
- un móvil (provisto por el médico)
- un teléfono celular
- las historias clínicas e indicaciones de los pacientes
- un maletín de material de enfermería de uso diario

- un maletín con la medicación diaria de cada paciente
- uno de medicación y descartables extra

Modalidad de Atención

Los pacientes son evaluados en sus casas una o dos veces por día dependiendo de los requerimientos de atención. El resto del día el contacto es principalmente telefónico excepto tratamientos antibióticos endovenosos, curaciones, controles glucémicos o visitas no programadas. Cada equipo tiene a su cargo un máximo de 10 pacientes, y el promedio la visita médica dura entre 30' y 45' (con traslado incluido).

El funcionamiento es similar al de una sala de internación hospitalaria típica. Además, se explica la administración de la medicación, se entrena al familiar en la atención y cuidados básicos del enfermo. Durante la visita y a lo largo del día los cuidadores y el paciente tienen una actitud activa frente a la enfermedad, llegando a un mejor conocimiento y manejo más adecuado de la misma y del tratamiento.

Estudios complementarios y procedimientos

Los estudios complementarios de laboratorio son tomados en el domicilio; mientras que los estudios por imágenes se realizan en el hospital. Los procedimientos en el domicilio son los mismos que en una sala de clínica médica.

Distribución y actividades

El área geográfica de cobertura del servicio comprende 104 km² del área urbana de la ciudad de Mar del Plata.

El servicio funciona durante todo el año. El horario diario de actividades se extiende desde las 8 a 18 hs. La distribución del mismo es variable dependiendo de factores tales como el número de pacientes, la complejidad de los mismos y de los tratamientos, la cantidad de interconsultas y derivaciones. Incluye una recorrida con el coordinador, las visitas a los pacientes, la contestación de interconsultas, la solicitud de consultas a otros especialistas o laboratorios, etc.

Durante todo el día se mantiene una guardia telefónica a cargo de los médicos del servicio a través de dos teléfonos celulares de uso exclusivo de IDD.

Admisión de Pacientes

Los criterios de admisión de pacientes pueden resumirse de la siguiente manera:

- Pacientes con criterio de internación en sala hospitalaria que, por las características favorables de su patología, de su estado general y/o de su situación social; pueda ser tratado en el domicilio, bajo supervisión médica y de enfermería.

- Con un entorno social adecuado

- Aceptación por parte del paciente y cuidador, del sistema de Internación Domiciliaria. Eventualmente autorización de la obra social.

- La gravedad del estado del paciente no es una limitante si el paciente es un paciente terminal, o si el costo beneficio está a favor del paciente.

Los criterios de admisión/exclusión no son estrictos. Actualmente el perfil del paciente internado en IDD incluye también casos especiales de pacientes que antes no eran considerados para esta modalidad de atención:

-- Pacientes con relaciones conflictivas con los médicos y/o la institución, demandantes y disconformes. De esta manera el servicio de IDD es un recurso intermedio para alta definitiva. Estos pacientes requieren más tiempo y dedicación en la recorrida domiciliaria.

- Pacientes con tratamientos endovenosos prolongados: antibioticoterapia, tratamiento diurético.

- Pacientes con enfermedad terminal en cuidados de paliativos parenterales, situación que se acompaña de gran ansiedad familiar y requiere especial dedicación del equipo tratante.

Los pacientes pueden ingresar al servicio desde cualquier servicio de internación o ambulatorio. El ingreso es a través de interconsultas escritas, verbales o telefónicas.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES Y RENDIMIENTO DEL SERVICIO

Generalidades

Se analizan los datos obtenidos de los primeros 26 meses en que el servicio mantuvo una estructura similar, a pesar de los rápidos cambios evolutivos. Mil setecientos ochenta y nueve pacientes tuvieron internación en IDD desde enero de 1996 hasta febrero de 1998. La edad me-

dia de los mismos fue de 73,6 años (DS 12,9 años); con 52% de mujeres. Más del 80% eran mayores de 65 años y no difirieron del resto de la internación de CM.

Rendimiento y cobertura

Un promedio de 69 pacientes por mes egresaron de IDD, con una mediana de internación de 4 días (no fue una distribución normal), para una media hospitalaria de 4,3 días de internación⁴. El porcentaje de ocupación promedio fue del 63%, sobre 20 camas disponibles. Corresponden al 6% de los pacientes que egresaron mensualmente del HPC, teniendo IDD 10% de las camas del Hospital. Todos estos valores tuvieron importantes variaciones mes a mes, acorde a los vaivenes que se observan en todas las áreas del hospital, con picos de demanda y nadires. Comparando con el resto del hospital nuestra media de internación es de 5 días probablemente por el grupo de pacientes con tratamientos endovenosos prolongados o con cuidados por patología terminal que fueron derivados a nuestro servicio precisamente por esa condición (sesgo de selección).

Noventa y tres por ciento de los pacientes pertenecían al INSSJP (pacientes capitados en esta institución); 5,4% fueron pacientes con planes prepagos de salud de nuestro hospital, y 1,6% pacientes de obras sociales y otros prepagos.

El 76,5% de los pacientes ingresaron previa internación hospitalaria: 68,5% en el área clínica y 8% del área quirúrgica. Los demás pacientes tuvieron acceso directo al servicio: 21% de los Servicios de emergencia, guardia domiciliaria y atención domiciliaria de crónicos; y los restantes (2,5%) ingresaron desde consultorios externos. El haberse creado IDD como extensión de la sala de CM se corresponde con estos valores

Patologías y mortalidad

La patología respiratoria, incluyendo enfermedad pulmonar obstructiva crónica reagudizada y neumonía representó el 26,4% de los diagnósticos de egreso. La patología cardiovascular (que incluye a los accidentes cerebrovasculares, según la codificación utilizada) fue el segundo grupo de diagnósticos en frecuencia, con 19,1%. Los pacientes con enfermedad neoplásica (causante

ésta de la internación) fueron el 14,2%. Un 7,3% de pacientes fueron internados por patología de piel: celulitis en su gran mayoría; y un 7 % por trastornos metabólicos: diabetes descompensadas y trastornos hidroelectrolíticos. En este período 20 pacientes fueron tratados por endocarditis bacteriana y cinco por infecciones de cadera postquirúrgicas (todos pacientes con antibioticoterapia endovenosa prolongada). Las patologías más frecuentes de la internación hospitalaria en Clínica Médica concuerdan con las de IDD.

La mortalidad de este período fue del 8%. La mayoría de las muertes fueron predecibles por tratarse de pacientes en fases terminales de sus respectivas enfermedades

El uso de métodos complementarios de diagnóstico fue sustancialmente menor al hospitalario: 20,7% de los pacientes tuvieron uno o más análisis de laboratorio, la mayoría exámenes de baja complejidad; mientras que 20,7% de los pacientes tuvieron estudios radiológicos simples. En menos del 5% de los pacientes se requirió evaluación por especialistas a través de interconsultas.

Satisfacción

En el mes de mayo de 1996 se realizó una encuesta de satisfacción sobre una muestra de pacientes ya egresados del servicio. La misma fue telefónica y estuvo a cargo de la secretaria de IDD. Los resultados de la misma mostraron muy buena respuesta con respecto al nuevo sistema: 95% de los encuestados (pacientes o familiares que tuvieron acceso al servicio) tuvieron satisfechas sus expectativas y calificaron al servicio con la máxima puntuación.

Costos

El análisis de costos del servicio correspondió a una estimación a partir de datos del período mayo-agosto '97 realizado por contaduría. El costo global de una cama de Internación Domiciliaria, a similar complejidad que la internación hospitalaria de clínica médica, fue menor al 70% de la de esta última. Los datos de la literatura no son comparables por no encontrarse modalidad de atención (nacional o extranjera) similar a la nuestra. La mayoría de las prestaciones domiciliarias que se publican son de las características

de nuestra Atención Domiciliaria.

Comentario

El resurgimiento del cuidado de pacientes es una tendencia mundial, en el contexto del cambio de la medicina por otros aspectos sociales de la salud del paciente, el acento en la calidad de vida⁵, y los cuidados paliativos⁶, la revalorización del médico de cabecera y las políticas de salud acordes a las realidades sanitarias⁷ locales y nacionales. La Internación Domiciliaria como alternativa a la hospitalaria no sólo es válida y enriquecedora, sino que ofrece una atención más completa del paciente y su entorno.

Dentro de los varios aspectos concernientes a la atención de pacientes con patología aguda en el domicilio, queremos resumir algunos puntos de los cuales no tenemos valoración cuantitativa, pero que nos parecen sobresalientes.

Las ventajas de la Internación Domiciliaria son⁸:

Para el paciente:

- Se mantiene en contacto estrecho con su red social y familiar, sin restricción de horarios
- Mantenimiento de actividad ocupacional (aunque sea mínima y cuando el cuadro lo permite)
- Un ambiente conocido (fundamental para pacientes ancianos y con deterioro cognoscitivo)
- Mayor dedicación y reconocimiento del equipo tratante a aspectos psicosociales relacionados o no a la enfermedad actual

Para la familia:

- Espacio para mantener los roles familiares (incluidos los laborales y de sostén del grupo)
- Poder disponer de tiempo necesario y conveniente para el paciente; con participación de más familiares en el cuidado que en el hospital.
- Participación activa en los cuidados del paciente (fundamental y excluyente en nuestro sistema de IDD)
- Facilitación de los procesos de aceptación de enfermedad y duelo

Por su parte, el sistema sanitario al que responde un programa como el nuestro puede obtener:

- Mejor uso del recurso

- Menor estadía hospitalaria promedio y consecuente mayor disponibilidad de camas
- Menor gasto económico con calidad y complejidad comparables a la de la internación hospitalaria.

CONCLUSIÓN

La internación domiciliaria de agudos es un sistema factible para el cuidado de pacientes que requieren internación por patologías agudas o posagudas no graves. Su eficiencia es comparable a la del hospital general, considerando el sesgo en la selección de pacientes. Es un sistema de relativa alta complejidad y bajo costo, que enfoca al paciente en su totalidad bio-psico-social.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Creditor M C. Hazards of hospitalization of elderly. Ann Intern Med 1993; 118: 219-223
- 2) Coccaro E F, Prudic J, Rothpearl A, Nurnberg H G. Effect of hospital admission of DST results. Am J Psychiatry 1984; 141: 982-985
- 3) Council on Scientific Affairs: Home Care in the 1990s. JAMA 1990; 263; 1241
- 4) Servicio de apoyo administrativo a los Servicios asistenciales: Boletín Estadístico Mensual. Hospital Privado de Comunidad, 1996-1997
- 5) Villamizar E. de "Morir con dignidad" - Fundamentos del cuidado paliativo, atención interdisciplinaria del paciente terminal-: Capítulo 4 Sufrimiento o calidad de vida: los derechos del enfermo terminal. (Autores: Bejarano P, Jaramillo I) Amazonas editores Ltda, Bogotá 1992. Pág 45-55
- 6) Eladio Darío García Rodríguez. Asistencia domiciliaria. La muerte en casa. Coordinación entre los distintos niveles asistenciales. Pág 229-251
- 7) van Weel C. Primary care: favourite or scientific discipline? Lancet 1996;348:1431-1432
- 8) Gonzalez Barón M. Tratado de medicina paliativa. Atención domiciliaria. De editorial médica Panamericana, 1996: 104-113