

Ingreso en el hogar: comportamiento en un grupo básico de trabajo

Home admissions: behaviour in a basic work group

Dr. Rodny Pujalá Melero; Dra. Yoimy Díaz Brito; Dra. Isel Pereira Jiménez; Dr. Reynaldo Rodríguez Ferrá

Policlínico Comunitario Docente Previsora. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de conocer el comportamiento del ingreso en el hogar del Grupo Básico de Trabajo # 2, perteneciente al Policlínico Comunitario Docente Previsora, desde el 1ro de enero hasta el 30 de junio de 2004. El universo de estudio estuvo constituido por los 165 pacientes ingresados en esta etapa. Los datos se obtuvieron del departamento de estadísticas del policlínico (historias clínicas y libros de costo de los hospitales), estos fueron plasmados en una ficha de vaciamiento y procesados de forma automatizada. El 45, 5 % tenían edades entre 15 y 59 años, el 60 % correspondió al sexo femenino, el 32, 8 % de los ingresos fueron por infección respiratoria aguda, con evolución favorable el 87, 9 %. Se concluyó que la estadía fue menor de siete días y se realizó un ahorro económico considerable.

DeCS: SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD A DOMICILIO; TRABAJO / tendencia; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA.

ABSTRACT

An observational descriptive study was carried out with the aim of knowing home care services in the Basic Work Group # two at Previsora Community Polyclinic from January 1st to June 30th, 2004. The study universe was composed of 165 home admittances preformed at such period. Data were obtained from the Statistic Department of the Polyclinic, medical histories of patients admitted, cost Record Book of hospitals and those in a specific distribution record that included the following variables: age group, sex, morbidity, patient evolution, stage, and treatment received, underlying disease and cost-days patients. All these data were processed by a computer. The 45, 5 % had age between 15-59 years, 60 % corresponded to female sex, 32, 8 % of admissions were due to acute respiratory infections, and 87, 9 % had favorable evolution. Concluding, home stage was fewer than seven days and the economic saving was significant.

DeSC: HOME CARE SERVICES; WORK / trend; EPIDEMIOLOGY DESCRIPTIVE.

INTRODUCCIÓN

La atención primaria con el médico y la enfermera de la familia constituyen la base del sistema de salud en nuestro país. ^{1, 2} La labor desarrollada por los equipos básicos de salud ha permitido alcanzar resultados superiores en el estado de salud de la población cubana. ²

Desde el surgimiento del plan del médico y la enfermera de la familia, comenzó experimentalmente, la iniciativa de ingreso en el hogar, ³ pronto se generalizó a todo el país y se convirtió en uno de los elementos distintivos del accionar del profesional de la salud. ^{3, 4}

La aceptación del ingreso en el hogar por pacientes y familiares, teniendo en cuenta lo económico que resulta y el humanismo que encierra, determinan la necesidad de que el médico de familia abogue en casos determinados por esta vía de ingreso. ³ Esta opción no constituye una modalidad nueva en el quehacer médico, desde tiempos inmemorables se utiliza. ^{3, 5}

El ingreso en el hogar es la atención médica integral domiciliaria y diaria que brinda el equipo básico de salud a los pacientes en los que las condiciones o evolución de su afección no requieren necesariamente de internamiento en el hospital, pero sí de encamamiento, aislamiento o reposo.^{2,6}

En la actualidad, el ingreso en el hogar es una de las estrategias seguidas por la atención primaria. En la provincia de Camagüey en el año 2002 se realizaron 38 960 ingresos en el hogar y en el año 2003, 37 144 (Comunicación personal. Anuario Provincial de Estadística. Sectorial Provincial de Salud Camagüey, 2002-2003).

Esta investigación se realizó con el objetivo de conocer el comportamiento del ingreso en el hogar del Grupo Básico de Trabajo # 2 del Policlínico Previsora en el primer semestre de 2004.

METODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de conocer el comportamiento del ingreso en el hogar del Grupo Básico de Trabajo # 2 perteneciente al Policlínico Comunitario Docente Previsora, desde el 1ro de enero hasta el 30 de junio de 2004. El universo de estudio estuvo constituido por 165 pacientes ingresados en esta etapa. Los datos se obtuvieron del departamento de Estadística del policlínico (historias clínicas y libros de costo de los hospitales), estos fueron plasmados en una ficha de vaciamiento y procesados de forma automatizada.

La ficha de vaciamiento fue confeccionada con la ayuda de expertos, las variables estudiadas fueron grupos de edades, sexo, morbilidad, evolución, estadía, tratamiento recibido (sintomático, antibiótico, enfermedad de base y costo días paciente). La misma constituyó el registro secundario de la investigación.

El costo días pacientes se obtuvo de la diferencia entre el costo días pacientes por ingreso en las diferentes salas de los hospitales base y el hogar materno menos el costo días pacientes de un ingreso en el hogar. Este valor numérico se multiplicó por los días totales de ingreso y causas que lo motivaron, se obtuvo el ahorro cuantitativo que representó el ingreso en el hogar.

Los datos se procesaron en una microcomputadora IBM compatible con el sistema estadístico SPSS. Se determinaron las estadísticas descriptivas como distribución de frecuencia y por ciento.

Definiciones operacionales

Tratamiento recibido:

- Tratamiento sintomático: se utilizan medidas que alivian los síntomas, no se usan antibióticos.
- Tratamiento con antibióticos: se utilizan los mismos.
- Tratamiento por enfermedad de base: necesidad de ajustar dosis, agregar nuevos medicamentos por antecedentes de una enfermedad crónica no transmisible.

Evolución:

Favorable: no sufre complicaciones y obtiene mejoría en su enfermedad.

Desfavorable: sufre alguna complicación, pero no requiere ingreso hospitalario.

Hospitalizado: por la gravedad de su dolencia se remite al hospital.

Fallecido: ocurre la muerte durante su ingreso.

Costos:

Días pacientes: es el gasto que representa la estadía de un paciente en el hospital y hogar durante un día.

Días totales: es la suma de la cantidad de días que el paciente estuvo ingresado.

Resultados:

Ingreso en el hogar: comportamiento en un grupo básico de trabajo.

RESULTADOS

Predominó el sexo femenino con un 60, 0 %. Se encontró mayor frecuencia en el grupo de edades de 15 a 59 años (45, 5 %), seguido por el de uno a cuatro años (19, 3 %) y los menores de un año (17, 6 %). Todos los grupos estuvieron representados en el universo, aunque la mayoría, el 57, 6 % tenían edades de 15 a 60 años y más.
Tabla 1.

Tabla 1. Distribución por grupo de edades

Grupos de edades	Frecuencia (No.)	%
Menor de 1 año	29	17,6
1-4 años	32	19,3
5-14 años	9	5,5
15-59 años	75	45,5
Mayor de 60 años	20	12,1
Total	165	100,0

Fuente: Ficha de vaciamiento.

En la distribución según el motivo de ingreso, predominaron las infecciones respiratorias agudas (IRA) con un 32,8 %, seguidas por las enfermedades no transmisibles (HTA, diabetes mellitus y asma bronquial) para un 18,9 %, dentro de ellas la HTA fue la causa más frecuente con un 12,1%, seguido de los ingresos en las embarazadas para un 15,8 %, la enfermedad diarreica aguda con un 15,1 % y otras causas de ingreso que representaron el 7,2 %. En la etapa analizada no se reportó ningún ingreso por enfermedades trasmisibles (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica). Tabla 2.

Tabla 2. Distribución según morbilidad (motivo de ingreso)

Morbilidad	Frecuencia (No.)	%
Infección respiratoria aguda	54	32,8
Embarazadas	26	15,8
Enfermedad diarreica aguda	25	15,1
Hipertensión arterial	20	12,1
Otras causas	12	7,2
Intolerancia a la leche fresca	10	6,0
Diabetes mellitus	8	4,9
Infección urinaria	4	2,4
Asma bronquial	3	1,9
Neoplasias	2	1,2
Puérperas	1	0,6
Total	165	100

Fuente: Ficha de vaciamiento.

Según la evolución de los pacientes, se observó que el 87,9 % tuvieron evolución favorable y en el 6,6 % desfavorable; de ellos cuatro pacientes que presentaron enfermedad diarreica aguda sufrieron deshidratación ligera, siete infecciones respiratorias agudas altas se complicaron, cinco con bronconeumonía y dos con bronquitis. Se remitieron al hospital el 4,9 % del total de ingresos por no contar con antibióticos de elección para su tratamiento, tres pacientes con bronconeumonía y una con infección urinaria; el resto de los hospitalizados correspondió a un paciente con hipertensión arterial y tres embarazadas, dos con aborto en curso y una con placenta previa. Hubo un fallecido portador de una enfermedad en estadio terminal.

Predominaron los ingresos con una estadía menor de siete días (82,4 %), seguidos de los ingresos entre siete y 14 días (14,6 %), sólo el 3,0 % del total de ingresos superó los 14 días.

Se constató que el 58,1% de los pacientes resolvió su problema de salud con tratamiento sintomático, el 31,6 % recibieron tratamiento con antibióticos y al 10,3 % se le realizó ajustes en el tratamiento para la enfermedad de base.

El ahorro económico que representó el ingreso en el hogar ascendió a la cifra total de \$ 22156,29, lo que constituyó el mayor ahorro con \$ 10272,10 en el hospital Pediátrico, seguido en orden decreciente con \$ 6881,65 al hospital Clínico Quirúrgico, y por último con \$ 5002,54 al hospital materno. Tabla 3.

Tabla 3. Ahorro económico que representó el ingreso en el hogar

Hospital	Costo días/ pacientes (pesos)	Días totales	Total ahorrado (pesos)
Pediátrico			
Respiratorio	33,73	200	6746,00
Diarrea	31,05	106	3291,30
Pediatría general	23,48	10	234,80
Subtotal			10272,10
Clínico - Quirúrgico			
Medicina	42,29	142	6005,18
Angiología	46,13	19	876,47
Subtotal			6881,65
Materno			
CPN	63,71	17	1083,70
Sala E	15,09	22	465,30
Aborto	14,98	8	119,84
Hogar Materno	18,02	185	3333,70
Subtotal			5002,54
Total			22156,29

Fuente: Departamento de Contabilidad de los hospitales base.

DISCUSIÓN

A lo largo de los años, las edades pediátricas han reportado los más altos porcentajes de ingreso en el hogar por la prioridad que tiene el Programa Materno Infantil en el Sistema Nacional de Salud.⁷

En esta investigación existió un bajo por ciento de ingresos en edades pediátricas, ya que esta vía no es muy utilizada en estos grupos de edades y guarda estrecha relación con las características familiares y la calidad de viviendas.

Según Roubiceck⁸ y Mitre Cotta⁹ la principal causa de ingreso son las IRA ya que representan un factor importante de morbilidad y son una de las causas principales de consultas.^{10, 11} Rubio Llanes³ plantea lo contrario, pues informa como causa mayor de ingresos a las enfermedades diarreicas agudas (EDA).

En Cuba se reconoce como procedimiento de alta utilidad el ingreso en el hogar, así se evita sacar al paciente de su medio familiar, aislarlo de su entorno habitual y ahorra tiempo a los familiares.¹²

El médico de familia es una experiencia grandiosa de nuestra Revolución; cuando de salud humana se trata, no se escatiman recursos, ni se desprecia el tiempo.⁹

El ingreso en el hogar aporta gran utilidad, acorta la estadía de una serie de procesos que se atienden en la atención secundaria. La calidad de los servicios constituye un sistema en el que el desempeño profesional y el trabajo en equipo representan un eslabón fundamental para alcanzar los objetivos previstos en el programa de atención integral a la familia.^{12, 13}

Esta vía de ingreso es un ahorro para el país, pues los medicamentos que utiliza el paciente son comprados por él o sus familiares.¹⁴ Es por ello que cuando el equipo básico de salud decide realizar el mismo debe consultar con el paciente y sus familiares para corroborar su voluntariedad.¹⁴

CONCLUSIONES

El grupo de edades que más ingreso en el hogar requirió fue el de 15-59 años. Predominó el sexo femenino. Las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar como motivo de ingreso, lo que requirió una estadía menor de siete días para establecer la mejoría de la enfermedad. El tratamiento sintomático fue el de mayor cuantía, evolucionaron favorablemente la mayoría de los pacientes y se demostró la existencia de un ahorro económico de \$ 22156, 29.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G. La Medicina General Integral en Cuba. En: Temas de Medicina General Integral. T I. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 22-7.
2. Cuba. MINSAP. Carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. La Habana; 2001.p. 49-50.
3. Rubio Llanes M. Informe preliminar sobre ingresos en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. 1986; 2 (1): 5-12.

4. Moya MA, Garrido E, Rodríguez Abrínes J, Foyo L, Moya R. Lineamientos generales para el ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr 1988; 4 (1): 72-7.
5. Cuba. MINSAP. Carpeta Metodológica. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1996.p.38-43.
6. Pita Navarro F, Machín Izquierdo D, Gómez Saley M, Portilla Blanco MC. El ingreso en el hogar. Análisis de un año de trabajo. Rev Cubana Enf 1993; 9(2): 81-6.
7. Márquez Morales N, Jiménez Cangas L, Torres Díaz JH. Costos y Beneficios del ingreso en el hogar .Rev Cubana Med Gen Integr 1998;14(5): 445-9.
8. Roubiceck J. Servicios de internación domiciliaria para pacientes con enfermedades agudas. Rev Panam. Salud Pública 1999; 6 (3) 172-5.
9. Mitre Cotta R. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectiva. Rev. Panam. Salud Pública 2001; 10(1): 45-53.
10. Organización Panamericana de Salud. Informe programa de infecciones respiratorias agudas de la OMS. Washington, DC: OPS-OMS 1990: 1-2.
11. Noticias sobre IRA. Boletín internacional sobre IRA 1994: 27.
12. MINSAP. Programa y trabajo del médico y enfermera de la familia, el policlínico y el hospital. Ciudad de La Habana; 2000 .p.5-25.
13. Vera Miyar CR., Fernández Aspiolea E, Alonso Freyre JC. Comportamiento del ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(5): 429 - 34.
14. Reyes Sigarreta MR, Garrido García RJ, Cárdenas MT. Impacto social del ingreso domiciliario en adultos en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19 (5): 3-9.

Recibido: 29 de septiembre de 2005

Aceptado: 2 de febrero de 2006

Dr. Rodny Pujalá Melero. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Comunitario Docente Previsora. Camagüey, Cuba.