

Ingreso domiciliario en un consultorio del médico de la familia

Home care services at a family physician health clinic

Dr. Osmel Viña Pérez, Dr. José Luis López Montaña, Lic. Enf. Carlos Gafas González, Dr. Oscar Duménigo Arias

Policlínico Comunitario Docente Ignacio Agramonte Loynaz. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación retrospectiva de un universo constituido por 36 pacientes a los cuales se les realizó ingreso en el hogar perteneciente al local # 3 del médico de la familia del Policlínico Comunitario Docente Ignacio Agramonte Loynaz en el período comprendido entre el 1^{er}o de enero y el 30 de septiembre de 1999. Se encontró que la edad más frecuente en que se realizaron los ingresos domiciliarios fue en menores de 15 años. El promedio de estadía que predominó fue de más de 7 días en la mayoría de la muestra estudiada. Primó la intolerancia a la leche ECIL como causa cardinal en 11 pacientes, las I.R.A y las E.D.A le siguieron en frecuencia. En 35 pacientes (79, 30 %) la evolución fue favorable y en uno solo no lo fue. Con los ingresos domiciliarios efectuados se ahorraron 7 825, 59 pesos.

DeCS: SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD A DOMICILIO; MÉDICOS DE FAMILIA.

ABSTRACT

A retrospective research was carried out with a study universe composed of 36 patients who had domiciliary admission, they belong to the health clinic # 3 of Family Physician

Plan, at Ignacio Agramonte Loynaz Polyclinic within the period from January 1st to September 30th, 199. It was found that the most frequent age for domiciliary admissions was that of years most of patients of the sample studied. Non-tolerance to Ecol milk predominated as a cardinal cause in 11 patients, acute respiratory infections and acute diarrheic diseases followed in frequency. Evolution was successful for 35 patients (79, 30 %) and non-successful in only one case. With these domiciliary admissions, 7825, 59 pesos were saved.

DeCS: HOME CARE SERVICES; PHYSICIANS FAMILY.

INTRODUCCIÓN

El papel del médico de la familia como consejero y asesor fue idealizado como lo fundamental o esencial en la relación médico-paciente después de 1890. ¹

A través de la historia y la evolución del concepto del médico de la familia, acompaña su imagen el ingreso domiciliario, como una característica específica en las innumerables tareas que realiza; sin embargo, no podemos identificarlo como programa hasta la década del 70 en New York, donde aparecen los primeros datos que lo definen. ²

El programa de larga duración de cuidados en la casa, también es conocido como clínica de reposo sin paredes, es una innovación y un compresivo programa médico en New York, logrando un considerable ahorro de gastos, mientras mejora la sobrevivencia en los pacientes.

En octubre del 1978 el Hospital de la Universidad de North Shore comenzó un nuevo programa de cuidados en el hogar para los pacientes de Oncología, cuya única alternativa anteriormente era la hospitalización. ^{1,2}

El ingreso en el hogar podemos definirlo como la atención médica domiciliaria continua a pacientes que necesitan de un seguimiento diario de su enfermedad y que no necesitan para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de su permanencia en el hospital, pero sí un encamamiento, aislamiento o reposo en el hogar. ^{2,3}

El ingreso domiciliario no constituye por lo tanto una modalidad nueva en el quehacer médico, antiguamente se utilizaba esta forma de atención, pero estaba limitada a las personas que contaban con recursos económicos suficientes para sufragar los gastos que este tipo de atención ocasionaba. ⁴ Antes del año 1959, la mayor parte de la población no podía recibir este servicio.

Al triunfar la revolución se produjo un viraje radical en la situación de la Salud Pública en Cuba, introduciéndose cambios cuantitativos y cualitativos que elevaron el nivel de salud de la población; como es la extensión y el perfeccionamiento de la Red Hospitalaria a todo lo largo y ancho del país, así como el surgimiento y desarrollo del policlínico y el plan del médico de la familia como unidades de atención ambulatoria.^{5, 6}

En los últimos años el ingreso en el hogar ha comenzado a ocupar un lugar relevante dentro de la atención primaria, hecho que nos ha motivado a realizar una caracterización del ingreso domiciliario en una comunidad atendida por el médico de la familia, con el objetivo de conocer la distribución del ingreso domiciliario según grupo etéreo, establecer la relación entre el promedio de estadía y los ingresos efectuados, precisar las causas que provocaron los ingresos y determinar la evolución de los pacientes a los cuales se les realizó el ingreso domiciliario, así como analizar cuantitativamente el ahorro económico que se obtiene con este tipo de ingreso.

MÉTODO

Se realizó una investigación retrospectiva de un universo constituido por 36 pacientes a los cuales se les realizaron ingresos domiciliarios en el local 3 del médico de la familia perteneciente al policlínico comunitario docente Ignacio Agramonte Loynaz en el período comprendido entre el 1^{ero} de enero y el 30 de septiembre de 1999.

El dato primario fue obtenido del registro estadístico del policlínico, se revisaron las historias clínicas de este grupo de pacientes y los datos fueron sometidos a un procesamiento automatizado mediante una computadora IBM compatible, utilizando el sistema estadístico Microstat, para obtener tablas de distribución de frecuencia.

RESULTADOS

La relación entre la edad de los pacientes estudiados y los ingresos domiciliarios y hospitalarios efectuados se muestra en la tabla 1, donde se puede apreciar que el mayor número de ingresos domiciliarios correspondió a pacientes menores de 15 años y de éstos un número significativo se encontraba alrededor del año de edad, lo cual demuestra que en edades tempranas de la vida es más frecuente la aparición de enfermedades que ameritan ingreso dadas las características propias de este grupo etéreo.

Es de señalar que de los siete pacientes mayores de 15 años que ingresaron en el hogar, en cuatro de ellos la causa de ingreso se produjo por enfermedades relacionadas con las gestación; un solo caso de la muestra estudiada necesitó hospitalización.

Tabla 1: Edad

Grupo Etéreo	Ingreso Domiciliario	Ingreso Hospitalario
Menores de 15 años	28	--
Mayores de 15 años	7	1
total	35	1

Fuente: Historias clínicas

El promedio de estadía de los ingresos efectuados se observa en la tabla 2, encontrando que de los pacientes ingresados en el hogar 19 permanecieron en esta situación por más de 7 días, mientras que el resto de los pacientes solo estuvieron ingresados menos de 7 días, al igual que el caso que necesitó ingreso en el Hospital Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora por presentar signos de alarma de parto pretérmino, luego de incumplir un ingreso domiciliario anterior con el diagnóstico de embarazo de bajo peso y vaginosis.

Tabla 2: Promedio de estadía

Estadía	Ingreso Domiciliario	Ingreso Hospitalario
Menos de 7 días	16	1
Más de 7 días	19	--
total	35	1

Fuente: Historias clínicas

Encontramos que la principal causa de ingreso domiciliario fue la intolerancia a la leche de ECIL, para un total de 11 casos (tabla 3); a ésta la siguieron las infecciones respiratorias agudas con seis casos, las enfermedades diarreicas agudas con cinco, así como lactante bajo peso y neumopatías inflamatorias en tres y dos pacientes, respectivamente.

Hallamos además otras causas en menor proporción, entre las que están parasitismo intestinal, anemia, cardiopatía, amenaza de aborto, embarazada bajo peso con vaginosis y embarazada bajo peso con ganancia insuficiente de peso. También se efectuaron otros ingresos en el hogar a un recién nacido, una puérpera y a un paciente con el diagnóstico de amigdalitis aguda. La alarma de parto pretérmino constituyó la única causa de ingreso hospitalario en nuestro estudio.

Tabla 3: Causas

Causas	Ingresos Domiciliarios	Ingresos Hospitalarios
Intolerancia a la leche ECIL	11	--
I.RA	6	--
E.D.A	5	--
Lactantes bajo peso	3	--
Neumopatía inflamatoria	2	--
Cardiopatía + Anemia	1	--
Parasitismo Intestinal	1	--
Amenaza de aborto	1	--
Embarazada BP + Vaginosis	1	--
Embarazada BP con GIP	1	--
S.A.P.P	--	1

Fuente: Historias clínicas

La evolución de los pacientes con ingreso domiciliario fue favorable en la mayoría de los casos, lo que representó un 97,30 % (tabla 4). Solo un caso tuvo evolución no favorable, lo que se debió al incumplimiento del ingreso por la paciente. No se reportaron fallecidos en nuestro estudio.

Tabla 4 Evolución

Evolución	Favorable		No Favorable		fallecidos
	#	%	#	%	
Ingresos domiciliarios	35	97,30	1	2,70	0

Fuente: Historias clínicas

El ahorro económico del ingreso domiciliario se muestra en la tabla 5, donde se señalan el costo día por pacientes de los hospitales en que se hubieran producido los ingresos de no haberse efectuado los mismos en el hogar, el total de días que duraron los ingresos y el total ahorrado.

Teniendo en cuenta que el costo día por pacientes en el hospital pediátrico es de 30, 5 pesos y que el total de días en que los pacientes debieron estar ingresados en dicho hospital fue de 196, se ahorraron 5 978, 00 pesos. De la misma forma se determinó el total ahorrado a los hospitales materno y clínico-quirúrgico, que fue de 847, 57 y 1000 02 pesos respectivamente. En total se produjo un ahorro de 7 825, 59 pesos al país, gracias a los ingresos en el hogar que se efectuaron.

Tabla 5: Ahorro económico del ingreso domiciliario

Hospital	Costo día/ paciente(\$)	Días Totales	Total Ahorrado (\$)
Pediatrico	30,50	196	5978,00
Materno	25,61	37	847,57
Clínico-Quirúrgico	47,62	21	1000,02
Total	--	--	7825,59

Fuente: Historias clínicas

DISCUSIÓN

El médico de la familia entre las tantas tareas que realiza hace posible que se lleve a cabo el ingreso domiciliario. Este juega un importante papel en pacientes con determinadas afecciones que no necesitan obligatoriamente permanecer en el hospital, pero sí de un seguimiento continuo y periódico por parte del médico y la enfermera.^{6,7}

En el estudio se apreció que el ingreso domiciliario correspondió a pacientes menores de 15 años; coincidiendo con el estudio realizado por Steel ⁶ sobre la edad de los pacientes. La principal causa del ingreso fue la intolerancia a la leche (Ecil), lo que no coincide con los restantes autores que encontraron las afecciones respiratorias como la principal causa de ingreso, para nosotros ésta ocupó el segundo lugar. ⁶⁻⁸

En reportes hechos por Sedeño ⁹ se encontró que la estadía de los ingresos domiciliarios es aproximadamente entre 7 y 10 días, en nuestro estudio osciló entre los 7 días; y en pocos de los mismos fue necesario su traslado e ingreso hospitalario. Otro aspecto de gran importancia es el ahorro que ofrece este tipo de ingreso para todos los autores revisados, Sorochan ⁵ lo expone bien en sus trabajos, para nosotros también este tipo de ingreso contribuyó a un gran ahorro material.

Nos gustaría hacer mención que para llevar a cabo un ingreso domiciliario hay que tener en cuenta algunos aspectos como son:

1. La voluntariedad del paciente
2. La decisión es del médico de la familia
3. Tiene que tener control periódico, como mínimo una vez al día
4. La enfermera participa del mismo
5. Disminuyen los riesgos de infección con relación al hospital
6. La familia participa del proceso de atención
7. Permite una utilización más adecuada de las camas hospitalarias
8. Garantiza una mejor atención a los pacientes en estadio terminal. Se eleva el grado de satisfacción del paciente y la familia. ^{10, 11}

A todos estos beneficios hay que añadir el significado que tiene la aplicación del ingreso en el hogar para la economía del país, dado el ahorro que reporta, pues es únicamente la familia quien costea los gastos del paciente mientras dure este tipo de ingreso; una razón más para incrementar el número de ingresos en el hogar.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes con ingreso domiciliario se encontraban en el grupo etario de menores de 15 años.
2. Es de señalar que los 35 pacientes que fueron ingresados en su hogar más de la mitad permanecieron bajo esta condición por más de 7 días.
3. La intolerancia a la leche ECIL como principal causa estuvo presente en 11 pacientes seguida de la I.R.A y de las E.D.A en 6 y 5 pacientes respectivamente.

4. De los 36 pacientes estudiados, en 35 se obtuvo evolución favorable para un 97, 30 % y solo un caso no evolucionó favorablemente para un 2, 70 % no existiendo fallecidos.
5. Se pudo comprobar que con los ingresos domiciliarios se ahorró al país un total de 7825, 59 pesos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maya MA. Lineamientos generales para el ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Int. 1998;4(1):25-32.
2. Pérez PY. Ingreso domiciliario. Teoría de Administración de salud. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1996.
3. Davis JE. Paciente ambulatorio. Rev Mexicana Med. 1998;3(1):5-11.
4. Ramos DB, Aldereguía HJ. Medicina social y Salud Pública en Cuba. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1990.
5. Sorochan M, Lynn BB. ¿Es un ahorro la asistencia domiciliaria? Salud Mundial. 1996;47(4):18-9.
6. Steel K, Tjassing H. La atención hospitalaria se desplaza a los hogares. Salud Mundial. 1999; 47(4):16-7.
7. Pita NF, Gómez SM, Blanco de la Portilla M. El ingreso en el hogar. Análisis de un año de trabajo. Rev Cub Enf. 1998;9(2):81-6.
8. Estrada LM, Socarras JP. Ingreso en el Hogar. Rev Esp Med. 1999;4(5):35-48.
9. Rodríguez MN, Sedeño BO. Ingreso domiciliario. Rev Venezolana Med. 1999;5(3):40-5.
10. Moreno BR. Comportamiento de los ingresos domiciliarios en un consultorio. Sus ventajas y dificultades que aún existen. Rev Cubana Med Gen Int. 1994;3(1):20-9.
11. Sedano PA, Sanchez TO. El ingreso domiciliario, un reto en la medicina moderna. Rev Esp Med. 1998;4(3):28-36.

Recibido: 12 de enero de 2001

Aprobado: 11 de octubre de 2001

Dr. Osmel Viña Pérez. Especialista de I Grado en Cirugía. Policlínico Comunitario Docente Ignacio Agramonte Loynaz. Camagüey, Cuba.