

---

---

## EXPERIENCIA MÉDICA

---

---

### *VENTAJAS DEL INGRESO EN EL HOGAR COMO FORMA DE ATENCIÓN AMBULATORIA*

*Isnoel Saura de la Torre,<sup>1</sup> Lázaro Luis Hernández Vergel<sup>2</sup> y Martha Elena Rodríguez Brito<sup>3</sup>*

**RESUMEN:** Se ofrece una revisión actualizada sobre las ventajas que ofrece el ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria, para el paciente, la familia, la comunidad, los profesionales de la salud y el Estado; donde se exponen 15 ventajas sacadas de la literatura nacional y extranjera con un total de 30 referencias bibliográficas. Puede servir de marco teórico para incentivar la realización de investigaciones para su desarrollo.

**DESCRIPTORES DECS:** SERVICIOS DE ATENCION DE SALUD A DOMICILIO; MEDICOS DE FAMILIA; ENFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA.

En los últimos años la atención primaria ha alcanzado la posición más relevante en nuestro sistema de salud, justificado en que es en la comunidad donde ocurren la mayor parte de los eventos que repercuten sobre la salud de los individuos, la familia y la población en general.<sup>1</sup>

No obstante existen insatisfacciones en la población determinadas por varios factores como son: el fraccionamiento en la

atención ocasionada por el desarrollo de un número mayor de especialidades y subespecialidades y la falta de continuidad en la atención, la cual se rompe frecuentemente cuando el paciente es remitido a otro especialista o cuando ingresa en un hospital, lo que unido al cambio en el perfil epidemiológico del país con un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles y un envejecimiento de la población,<sup>2</sup> hace

---

<sup>1</sup> Residente de 2<sup>do</sup> año en Medicina General Integral. Consultorio Médico 16-2. Policlínico "XX Aniversario". Santa Clara.

<sup>2</sup> Licenciado en Enfermería. Máster en Atención Primaria de Salud.

<sup>3</sup> Licenciada en Enfermería. Máster en Atención Primaria de Salud. Dirección Municipal de Salud de Caibarién. Villa Clara.

necesario el desarrollo de la atención ambulatoria igual que en el resto del mundo, redundando en un mejor costo—beneficio.<sup>3,4</sup>

El ingreso en el hogar es una de estas formas de atención ambulatoria, constituyendo una de las estrategias de impacto seguidas por la atención primaria en el país. (República de Cuba, Ministerio de Salud Pública. Balance anual del MINSAP 1995. Indicaciones generales del MINSAP para 1996. II Reunión Metodológica Nacional de directores municipales y otros dirigentes del S.N.S.I. Reunión de directores de hospitales. Ciudad de La Habana: EXPOCUBA, 1996). (República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. II Reunión Metodológica Nacional de Enfermería, 24-26 Abril: 1997. Villa Clara: S.N, 1997). Esto nos motivó a realizar un trabajo de revisión actualizado sobre las ventajas que esta forma de atención ofrece al individuo, la familia, el profesional de salud y al estado, y que pueda servir de marco teórico para estimular la realización de investigaciones para su desarrollo.

#### DEFINICIÓN DE INGRESO EN EL HOGAR:

Atención médica y de enfermería en el hogar a pacientes que necesiten ingreso con cuidados y seguimiento continuo cuya patología implica encamamiento, aislamiento o reposo, pero no necesariamente en un medio hospitalario.

#### VENTAJAS DEL INGRESO EN EL HOGAR:

1- Altera sólo en grado mínimo el modo de vida del paciente: El paciente permanece en su hogar, lo cual constituye un atractivo muy grande para él ya que no pierde

el control del hogar, y no tiene que separarse de sus seres queridos, estando libres de las rutinarias reglas y restricciones de los hospitales, así como se altera en grado mínimo la dinámica de la vida diaria del resto de los familiares. Esto es particularmente importante en los pacientes con enfermedades en estadios terminales y enfermedades crónicas no transmisibles, que habitualmente requieren largas estadías hospitalarias.<sup>7-12</sup>

- 2- El paciente recibe una atención más individual: El enfermo se convierte en foco de atención, para el equipo de salud, la familia y la comunidad no siendo uno de los muchos tipos de pacientes de un hospital. El individuo no sólo siente que recibe más atención, sino que ésta es más personal. Esto hace que se refuerce la relación médico-paciente.<sup>2,5-7,8,11</sup>
- 3- Se logra una atención más integral del enfermo: Al no separar el enfermo de su entorno familiar y comunitario es más fácil verlo como una entidad biopsicosocial. Muchas veces el médico del hospital ve limitada sus posibilidades diagnósticas, terapéutica y de rehabilitación porque no conoce realmente el modo y estilo de vida del paciente, su conducta habitual.<sup>2,5-7,13</sup>
- 4- La ansiedad del paciente se atenúa: Al no mezclarse con otros pacientes obviamente en muchas ocasiones más enfermos y desvalidos, el estar en el seno de su familia y estar rodeado de personas conocidas tiene un efecto alentador y beneficioso.<sup>2,7,8</sup>
- 5- Los costos de la atención se reducen tanto para la familia como para el estado: Al estar el enfermo en su hogar, está al tanto de la economía familiar, así como no es necesario en muchas ocasiones que los familiares dejen de trabajar para cuidarlo, pues un vecino u otro familiar que no podía cuidarlo en el hospital puede

cooperar, y para algunas familias es más económico buscar ayuda pagada, que los gastos que le ocasiona el ingreso hospitalario en transporte, alimentos y abandono de su puesto de trabajo, etc. Por otro lado los gastos en alojamiento, alimentos, medicamentos y transporte los garantiza en la mayor parte la familia, disminuyendo los costos para el estado.<sup>3,8,10,11,14,15</sup>

- 6- Hay menor riesgo de infección hospitalaria: Muchos pacientes bien informados reconocen la posibilidad (aún remota) de adquirir una infección si ingresan a un hospital y agradecen poder evitar aun este pequeño riesgo.<sup>7,8,10,16</sup>
- 7- El médico conserva el control sobre el paciente: Muchos médicos, están decepcionados del papeleo burocrático de los hospitales, demoras en el ingreso de pacientes, autorizaciones prolongadas y en ocasiones redundantes para él mismo, el número cada vez mayor de miembros del personal que desea participar en la atención de los enfermos (y en las decisiones al respecto) y las múltiples normas que se le imponen. Puede haber tantas personas con grados variables de entrenamiento, especialización y eficacia alrededor del paciente hospitalizado, que el médico pierde su control sobre él. Estos profesionales ven en la hospitalización en el hogar un medio para brindar atención más eficiente y eficaz a sus enfermos, de manera directa y adecuada.<sup>2,5-8</sup>
- 8- Permite la realización de un diagnóstico relacional: Los problemas familiares repercuten en el cuadro clínico, en el cual actúan como factores predisponentes, desencadenantes o ambos a la vez.<sup>17-19</sup> Existiendo un consenso en la mayoría de los terapeutas dedicados a la clínica, sobre la vinculación y complementariedad entre entidad individual y

grupal, elemento que tienen en cuenta nuestros médicos de familia, día tras día, aunque lo hagan en ocasiones de forma empírica.<sup>19</sup>

- 9- Permite la utilización de la terapia familiar como verdadera arma complementaria y en ocasiones de primera línea en el abordaje clínico-terapéutico de cualquier paciente: el trabajo con la familia brinda una ayuda formidable en la solución de múltiples problemas de salud individual y colectivos ya que como referimos los problemas familiares repercuten en el cuadro clínico.<sup>2,17-19,20</sup>
- 10- Utilización más racional de las camas y recursos hospitalarios: Muchas veces las camas del hospital son ocupadas por pacientes que requieren estudio, reposo, aislamiento o encamamiento pero no imprescindiblemente en un medio hospitalario encareciendo la atención médica para la familia y el estado.<sup>7,10,14,16,21-23</sup>
- 11- Promueve la participación de la familia, la comunidad y la sociedad en la atención y/o recuperación del enfermo, convirtiéndose en un elemento importante en la prevención y promoción de salud: Al promover la participación familiar, social y comunitaria, se estimulan estos factores a reconocer los elementos de riesgo o daños a la salud que los afectan y a tratar de preservar o mejorar los aspectos positivos de su salud. (Carta de Otawa para la promoción de la salud. "Una conferencia internacional sobre la promoción de salud" 17-21 de noviembre 1986. Otawa (Ontario) Canadá.<sup>2,5-7,24,25</sup>
- 12- Estimula una relación médico-paciente en términos horizontales: Ya no es el médico quien toma la mayoría de las decisiones de carácter diagnóstico y terapéutico, sino que ambos el médico y el paciente con su familia tienen sus responsabilidades, destacando especialmente el papel del paciente y su familia en la

identificación, estudio y resolución de sus problemas, lo que es particularmente importante en el grupo de las enfermedades crónicas y los pacientes en estadíos terminales de neoplasia y otros.<sup>2,13,24,26</sup>

13-Contribuye a reivindicar la profesionalidad médica: El médico de familia cumple con muchas actividades administrativas, sociales y se compenetra tanto con la comunidad, que en ocasiones ésta lo aparta un poco de la imagen del profesional, pero con la gran profesionalidad que debe asumir con los pacientes ingresados en el hogar y su actividad de líder de las acciones, esta imagen se refuerza.<sup>5-7,13,27</sup>

14-Estimula el desarrollo profesional y el accionar independiente de la enfermera: En el ingreso en el hogar la enfermera no sólo se limita a cumplir orientaciones médicas, sino que tiene que tomar decisiones, realizar el proceso de atención de enfermería y educar a la familia entre otras acciones de promoción y prevención de salud, lo cual requiere una gran profesionalidad y superación constante.<sup>5-7,26,28</sup>

15-Puede constituir una experiencia insustituible para la docencia en el pre y postgrado: Esto se logra ya que permite el abordaje del paciente en su medio de forma continua y directa y el análisis de sus aspectos somáticos y psicológicos con sus matices en su medio familiar.<sup>27,29,30</sup>

**SUMMARY:** An updated review on the advantages of home admission as a form of ambulatory care for the patient, the family, the community, the health professionals and the State is made. 15 advantages obtained from the national and foreign literature with a total of 30 bibliographic references are put into the readers' consideration. This may be used a theoretical basis to encourage research for developing this type of admission.

Subject headings: HOME CARE SERVICES; PHYSICIANS, FAMILY; COMMUNITY HEALTH NURSING.

### **Referencias bibliográficas**

1. La vigilancia en salud al nivel de la atención primaria (editorial) Rev Cubana Med Gen Integr 1995;11(2):109-11.
2. Rodríguez J, Gerardo E, Pérez P. La atención ambulatoria. El policlínico y el médico de la familia. En: Ramos Domínguez N, Aldereguía Henriques J. Higiene social y organización de la salud pública. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987:234-60.
3. Roos NP, Shapino E. Using the information system to assess change:the impact of downsizing the acute sector. Med Care 1995;33(12 Suppl):DS 109-26.
4. Bartel JC. Revised orientation program for ambulatory care. Nurs Manag 1996;27(1):40-1.
5. Moya MA, Garrido E, Rodríguez Abuines J, Foyo L, Moya R. Conocimientos generales para el ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr 1988;4(1):72-7.
6. Daves JE. Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. Clin Med Norteam 1987;4:685-707.
7. Mitchell RT. Organización de un programa de cirugía ambulatoria mayor. Clin Med Norteam 1987;4:685.
8. DeCos Blanco AI, Gómez Caldela C. Home and ambulatory artificial nutrition. Parenteral nutrition. Nutr Hosp 1995;10(5):252-7.
9. Prince JM, Mauley MS, Whiteneck GG. Self managed versus agency—provided personal assistance care for individuals with high level tetraplegia. Arch Phys Med Rehabil 1995;76(10):919-23.
10. Frusca T, Soregaroli M, Lojacomio A, Tanzi P, Valcamonico A, Gastaldi A. Hypertension in pregnancy: management protocols and pregnancy outcome followed at our ambulatory service. Minerva Ginecol 1995;47(5):215-22.

11. Council on Scientific Affairs. Educating physicians in home health care. *J Am Med Assoc* 1991;265(6):769-74.
12. Lindholm C. Leg ulcer treatment in hospital and primary care in Sweden: cost-effective care and quality of life. *Adv Wound Care* 1995;8(5):48-52.
13. Harrow BS, Tennstedt SL, Mckinlay JB. How costly is it to care for disabled elders in a community setting? *Gerontologist* 1995;35(6):803-13.
14. Gillis S, Dann EJ, Rund D. Selective discharge of patients with acute myeloid leukemia during chemotherapy-induced neutropenia. *Am J Hematol* 1996;5(1):26-32.
15. Sánchez Draz I. Enfoque diagnóstico terapéutico en la familia un punto de vista. *Medicentro* 1993;9(2):1-7.
16. Ruiz Rodríguez G. La familia. Concepto, funciones, estructura, ciclo de vida familiar. Crisis de la familia y aggar familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1990;6(1):58-73.
17. Almagro Domínguez F. Tendencias actuales y futuras de la terapia familiar. *Rev Cubana Med Integr* 1996;12(13):298-300.
18. Cierpka M, Frevert G. Indications for family therapy in university ambulatory psychotherapy. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1995;44(7):250-60.
19. Cooper MJ, Broodbert JA, Molnar BG, Richardson R, Magos AL. A series of 1000 consecutive out-patient diagnostic hysteroscopies. *J Obstet Gynaecol* 1995;21(5):503-7.
21. Abbott PJ, Quinn D, Knox L. Ambulatory medical detoxification for alcohol. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995;21(4):549-63.
21. Benzer W, Bitschnau R, Simma L. Ambulatory rehabilitation after myocardial infarct in Austria. *Wienklin Wochenschr* 1995;107(24):766-70.
22. Análisis del modelo de prestación de servicios de salud. *Educ Med Salud* 1992;26(3):298-423.
23. Ortiz de Cuevas LH, López Campo JH. A program for the home care of patients with symptomatic malignant terminal disease. *Cancer Nurs* 1995;18(5):368-73.
24. Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med* 1995;70(10):898-931.
25. Long CO, Ismeurt R, Wilson LW. The elderly and pneumonic. Prevention and management. *Home Health Nurse* 1995;13(5):43-7.
26. Hershey CO, Reed PD, James P, Rosenthal T. Experience with community academic practice: strategies for the ambulatory education of residents. *Am J Med* 1995;99(5):530-6.
27. Steel RK, Musliner MC, Boling PA. Home care in the urban setting a challenge to medical education. *Bull NY Acad Med* 1995;72(1):87-94.

Recibido: 21 de mayo de 1998. Aprobado: 7 de julio de 1998.

*Isnoel Saura de la Torre*. Residente de II año en Medicina General Integral. Consultorio Médico 16-2. Policlínico XX Aniversario, Santa Clara, Villa Clara, Cuba.