

ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL INGRESO EN EL HOGAR

Jorge A. Naranjo Ferregut,¹ Amarily Delgado Cruz,² Carmen R. Forcelledo Llano³ y Mabel R. Camejo Macías⁴

RESUMEN: Se realiza un análisis metodológico del ingreso en el hogar estructurándolo en 3 etapas: valoración, intervención y alta o egreso, lo que permite su implementación de una forma más pedagógica y didáctica por el Médico de la Familia. Se plantean los requisitos necesarios para realizar un ingreso en el hogar, así como las funciones de cada miembro del equipo de salud interrelacionados con otras instituciones de la atención primaria.

Descriptores DeCS: ADMISION DEL PACIENTE; ATENCION PRIMARIA DE SALUD/métodos; MEDICINA FAMILIAR; CUIDADOS DOMICILIARIOS DE SALUD/métodos; ATENCION INTEGRAL DE SALUD/métodos; CUIDADOS AMBULATORIOS.

El desarrollo de la salud pública en Cuba y en especial de la atención primaria, ha permitido el rescate de algunas modalidades antiguas de atención médica entre las que se encuentran el ingreso en el hogar, proceder este que tiene sus orígenes desde tiempos inmemoriales pero con características distintivas dependientes de la forma de actuación médica, carácter de la medicina, sistema social, recursos económicos, entre otros.^{1,2}

Con la implantación y desarrollo del subsistema del Médico y la Enfermera de

la Familia, surge la posibilidad de ingresar en su domicilio a aquellos pacientes que necesitan un seguimiento diario de su enfermedad sin que sea necesario su ingreso en el hospital, pero que sí requieren guardar cama, aislamiento o reposo.³ Esto a su vez permite un estado psicológico positivo del paciente y sus familiares, disminuyendo el estrés porque permanece en su hogar y se le permite a la familia participar activamente en el proceso del enfermo, elevándose así el grado de satisfacción.

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Vice-director Docente del Policlínico "Turcios Lima".

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Jefe de Grupo Básico de Trabajo. Policlínico "Turcios Lima".

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Jefe de Grupo Básico de Trabajo. Policlínico "Turcios Lima".

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Vice-Director Docente del Policlínico "Hermanos Cruz".

En la práctica diaria se observa que aún persisten dificultades por parte de los médicos y enfermeras para la realización del ingreso en el hogar, pero al ser una estrategia priorizada en la atención primaria de salud, hemos decidido profundizar en esta temática.

Para hacer más comprensible este proceder hemos dividido didácticamente el ingreso en el hogar en 3 etapas o fases:

1. Valoración.
2. Intervención.
3. Alta o egreso.

La primera fase incluye la valoración médica integral por parte del equipo de salud, y la valoración del paciente y su familia sobre la aceptabilidad de que se realice este tipo de ingreso, pues tiene un carácter voluntario.

En la valoración médica integral se deben tener presentes varios aspectos, dentro de los que se encuentran las características propias de la enfermedad como es su gravedad, medios diagnósticos necesarios (laboratorio clínico, electrocardiograma, etc.) al alcance del paciente, disponibilidad de medicamentos para el tratamiento y de los recursos necesarios para la rehabilitación.

Las características del medio familiar son un elemento esencial al realizar esta valoración, por lo que es necesario analizar el funcionamiento de la familia haciendo énfasis en el desenvolvimiento de los roles intrafamiliares y el grado de comunicación y preocupación mutua entre sus miembros, lo que permitirá que la familia como tal participe activamente en la atención al paciente para lograr una atmósfera adecuada que facilite la evolución satisfactoria.

Conjuntamente con esto hay que evaluar las características higienicoambientales del hogar, que deben ser óptimas para que no afecten la evolución del enfermo.

Las condiciones socioeconómicas son otro elemento a analizar pues los medicamentos que utilizará el paciente deben ser comprados por él o sus familiares, aunque esto no significa que los enfermos bajo la asistencia social los pueden adquirir gratuitamente. También se deben tener presentes los gastos de una alimentación diferenciada durante el ingreso; así como los días laborales perdidos por el familiar que va a atender al enfermo.

Una vez analizados todos estos aspectos es que se decide la posibilidad del ingreso en el hogar, lo cual es facultad únicamente del Médico de la Familia y que debe ser consultado con el paciente y sus familiares para corroborar su voluntariedad.

La segunda fase o intervención incluye el conjunto de actividades médicas y de enfermería que van dirigidas directamente a la atención del paciente, y que contempla la confección de la historia clínica que puede ser en la propia historia clínica individual del paciente, el pase de visita diario por el médico y la enfermera al menos una vez al día, o tantas veces como lo requiera el paciente, y en el cual se analiza la evolución clínica y terapéutica del enfermo, decidiéndose además el momento adecuado para la interconsulta con otras especialidades. Todo eso se complementa con las acciones propias de enfermería dirigidas al paciente.

En esta forma no se puede obviar la atención psicológica al paciente y su familia; y en ocasiones, y siempre que el caso lo requiera, se debe lograr una adecuada intersectorialidad con el objetivo de obtener el apoyo de las organizaciones políticas y de masas, así como de otros sectores del área.

La última fase con la que finaliza este proceder es el alta o egreso del paciente, caracterizado por 3 posibilidades:

- el paciente evoluciona satisfactoriamente y se le da el alta del ingreso en el hogar

con su reincorporación paulatina a la vida social y laboral.

- el paciente evoluciona desfavorablemente y es necesario su traslado a otra unidad médica para su valoración y tratamiento.
- el paciente fallece en su hogar.

Durante el tiempo que realice el ingreso domiciliario el médico lo reportará en su hoja de consulta y especificará la causa que lo motivó y al terminarlo aclarará la evolución final del paciente.

Para realizar este proceder se hace necesario mantener una estrecha relación con el policlínico base, el cual brindará los recursos necesarios (diagnósticos y terapéuticos), también con la farmacia principal municipal que suministra medicamentos diferenciados necesarios para la atención de estos pacientes, y en el caso de que sea necesario su traslado a otra institución de salud, se deben establecer las coordinaciones necesarias con el policlínico principal de urgencias.

Los jefes de equipos básicos en su condición de administrativos son los encargados de monitorear y evaluar el desarrollo de esta actividad, verificando y controlando la metodología y calidad con que se realiza; además participarán en la valoración médica y terapéutica de los pacientes, lo que desarrollarán desde su perfil docente asistencial, además de proponer y realizar investigaciones sobre esta temática.

Los profesores interconsultores participarán directamente en la evaluación y seguimiento de los pacientes y controlarán el desempeño profesional del médico y la enfermera.

Por todo lo anteriormente expuesto, podemos concluir que el ingreso domiciliario es un proceder que facilita el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria, así como el alta hospitalaria precoz. Para ello debe existir una adecuada interrelación entre ambos niveles de atención, pues el Médico de la Familia es el conocedor de las particularidades del paciente y de su familia, y por tanto el único capaz de decir acertadamente su realización.

SUMMARY: A methodological analysis of domiciliary hospitalization is made by structuring it into 3 stages: evaluation, intervention and discharge, which allows its implementation in a more pedagogical and didactic way by the family physician. The requirements for home hospitalization as well as the functions of each member of the health team interrelated with other primary care institutions are stated.

Subject headings: PATIENT ADMISSION; PRIMARY HEALTH CARE/methods; FAMILY PRACTICE; HOME NURSING/methods; COMPREHENSIVE HEALTH CARE/methods; AMBULATORY CARE.

Referencias bibliográficas

1. González Montalve JJ. Primary care at home. Domiciliary hospitalization geriatric care at home. Med Clin (Bare) 1992;98(1):p38.
2. López Benito I, Baydal R. Hospitalization at home in the rural environment. Med Clin (Bare)1993;100 (11):p415-6.

3. Moya MA, Garrido E, Rodríguez Abuines J, Foyo L, Moya R. Lineamientos generales para el ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr 1988;4(1):p72-7.

Recibido: 30 de marzo de 1998. Aprobado: 1ro. de octubre de 1998.

Dr. Jorge A. Naranjo Ferregut. Pedro Téllez No. 368 e/Capitán San Luis y Luis Pérez, Pinar del Río, Cuba.