

COMPORTAMIENTO DEL INGRESO EN EL HOGAR

Clara Raisa Vera Miyar,¹ Ernesto Fernández Aspiolea,² Jorge Luis Alonso Freyre,¹ Lourdes Basanta Marrero¹ y Gladys Zuazaga Cabrera¹

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo comparativo acerca del comportamiento del ingreso domiciliario en un grupo constituido por una población de 476 habitantes, pertenecientes al consultorio 21 de la policlínica "Mario A. Pérez", en relación con un grupo control formado por una población de 7821 habitantes pertenecientes a 15 consultorios médicos de dicha policlínica seleccionados al azar, durante un período de 1 año. El comportamiento de ambos grupos fue diferente en cuanto a la incidencia y se obtuvo como resultado una mayor incidencia de ingresos en el hogar en el grupo estudio respecto al grupo control. La principal causa de ingreso en ambos grupos fueron las afecciones respiratorias, seguidas por las cardiovasculares. Fue altamente significativo el grupo de pacientes que no ingresó por decisión médica en el grupo control, respecto a los que no ingresaron por malas condiciones higiénico sanitarias de su vivienda, en el grupo de estudio. En ambos la causa principal de evolución no satisfactoria de los ingresados en el hogar fueron las neoplasias.

DeCS: ATENCION PRIMARIA DE SALUD; SERVICIOS DE ATENCION DE SALUD A DOMICILIO; EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA.

La atención primaria representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, y lleva lo más cerca posible la atención de salud al hogar donde residen y trabajan las personas, constituye, por tanto, un elemento permanente de asistencia sanitaria.¹

El ingreso en el hogar es la atención médica domiciliaria continua a pacientes que necesitan de un seguimiento diario de su enfermedad y que no lleva necesariamente para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, permanencia en el hospital, pero sí

su permanencia en cama, aislamiento o reposo en el hogar.²

Aunque inicialmente el desarrollo de la medicina paliativa se centró en el cáncer, hoy abarca muchas patologías como el SIDA, las insuficiencias orgánicas, las enfermedades degenerativas y las propias de la vejez. En todos estos casos de enfermos en situación terminal es evidente que hay mucho por hacer, lo cual se recoge en el perfil básico del Médico de Familia, a quien se encomienda la atención del individuo en todas las etapas de la historia natural de su enfermedad, coordinando la colaboración de otros especialistas y de la asistencia

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

hospitalaria, pero tratando siempre que el paciente permanezca lo más cerca posible de su familia.³

La atención domiciliaria tiene múltiples ventajas, entre ellas está la posibilidad de instaurar diversos tratamientos sencillos sin tecnicismos, pero de adecuado sostén que le permitan al paciente la menor sensación posible de estar constantemente enfermos y de llevar una vida lo más normal posible dentro de las limitaciones de su enfermedad.⁴ Nosotros somos fieles defensores de esta modalidad de atención primaria, que consideramos es una estrategia de impacto seguida en nuestro país, con la cual se puede lograr un mayor bienestar en la población en cuanto a salud se refiere, si se cumplen estrictamente los lineamientos generales establecidos. El objetivo del presente estudio es determinar el comportamiento de los ingresos en el hogar realizados por nosotros, siguiendo de forma correcta todos sus requisitos con relación a un grupo de consultorios del área, reconocer la incidencia de ingresados en ambos grupos, analizar si existieron diferencias en cuanto a las causas de ingresos en el hogar y reconocer las causas que impidieron el ingreso en el hogar y a qué se debió la evolución no satisfactoria en ambos grupos. Hemos observado que no se le está dando la máxima utilidad a los ingresos en el hogar y se quedan por debajo el número de pacientes que pueden recibir esta atención; deseamos fomentar la práctica entre nuestros colegas, por eso nos vimos motivados a realizar este trabajo, que esperamos le resulte de interés.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo-comparativo en la Policlínica "Mario A. Pérez" de Sagua la Grande, acerca de los ingresos en el hogar en un período de 1 año. Se utilizó como grupo estudio a 158 pacientes que se ingresaron en el hogar en el consultorio

21, el cual tiene una población total de 476 habitantes, y como grupo control, a 250 pacientes ingresados por esta modalidad pertenecientes a 15 consultorios del Médico de Familia, seleccionada al azar de una población total de 7 821 habitantes.

En el grupo estudio se siguieron los lineamientos generales para el ingreso en el hogar⁵ y los datos se recogieron en una encuesta que incluyó los datos generales del paciente, motivo de ingreso, fecha de ingreso, de egreso, diagnóstico, estadía y evolución final. Los datos del grupo control se obtuvieron en el Departamento de Estadísticas de la policlínica a través de las hojas de cargo, y una encuesta que se aplicó a los médicos e incluyó la cantidad de pacientes atendidos en consultas, la cantidad de certificados médicos emitidos, los pacientes con diagnósticos compatibles con ingresos domiciliarios, y de ellos, pacientes ingresados, no ingresados y por qué no ingresaron.

En el trabajo con el grupo estudio se siguió el principio de voluntariedad del paciente y sus familiares, y fueron de estricto cumplimiento los requisitos siguientes:

- Tener en el hogar condiciones socioeconómicas e higiénico ambientales adecuadas.
- Estar de acuerdo uno o más miembros de la familia en participar en el ingreso en hogar.
- Visitar diariamente al paciente ingresado.
- Participar la enfermera en dicho ingreso ejercitando las acciones y procedimientos de enfermería orientados por el médico.
- Orientar adecuadamente a los familiares del paciente sobre la enfermedad, pronóstico y tratamiento, rigurosidad de la dieta, movilización del paciente y otras indicaciones que se estimen para el ingreso.
- Las pruebas diagnósticas se realizarían en el hogar de acuerdo con las posibilidades de la policlínica.
- Ingresar en el hogar a todos los pacientes a los que se le emitió certificado médico.

- Los medicamentos fueron comparados por los pacientes.

Se confeccionó una base de datos automatizada con el sistema de gestión de base de datos dBase III, donde se obtuvieron las distribuciones de frecuencia y los cruces de variables necesarias para el análisis de la información obtenida. Se consideran resultados no significativos si $p > 0,005$, significativos si $p < 0,05$, muy significativos si $p < 0,01$ y altamente significativos si $p < 0,001$.

Resultados

En la tabla 1 se expone el estudio realizado con la incidencia de ingresos en el hogar en el grupo de estudio en comparación con el grupo de control, y como se puede apreciar en el grupo estudio ingresaron 158 pacientes para un 33,1 % respecto a los 250 pacientes del grupo de control que representó solo un 3,1 %, con diferencias altamente significativas ($p < 0,001$).

En la tabla 2 observamos que las enfermedades respiratorias predominaron en ambos grupos; en el grupo estudio con 51 pacientes (32,3 %) y en el control con 84 pacientes (33,6 %), sin diferencias significativas por causas de ingreso. Le siguieron

TABLA 1. Incidencia de ingresos en el hogar

Grupo	Población		Ingresados	
	No.	No.	No.	%
Estudio	476	158	33,1	
Control	7 821	250	3,1	
Total	8 297	408	36,2	

Fuente: Datos de la investigación.

las enfermedades cardiovasculares, las digestivas y las asociadas al embarazo.

Las causas de evolución no satisfactoria (tabla 3) en los ingresados en el hogar se comportaron de la forma siguiente: 9 pacientes no evolucionaron bien en el grupo estudio y en el grupo control 12. Las neoplasias fueron el principal motivo de evolución no satisfactoria con un 33,4 % y 33,3 % respectivamente, seguido por las enfermedades respiratorias con un 22,2 % en el grupo estudio y 25 % en el grupo control.

Por último, en la tabla 4 se aprecia que las causas que impidieron el ingreso en el hogar fueron solo 16 en el grupo de estudio y debido a malas condiciones higiénico sanitarias con un 50 %, mientras que en el grupo control 1 077 pacientes no ingresaron por decisión médica que constituyeron un 80,2 %, y estas diferencias fueron altamente significativas ($p < 0,001$).

TABLA 2. Causas de ingresos en el hogar

Causas	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Respiratorias	51	32,3	84	33,6
Cardiovasculares	26	16,4	38	15,2
Digestivas	21	13,3	35	14
Asociadas al embarazo	20	12,6	32	12,8
Genitourinarias	14	8,9	18	7,2
Oftalmológicas	8	5,1	15	6
Posoperatorias	7	4,4	9	3,6
Neoplasias	3	1,9	4	1,6
Otros	8	5,1	15	6
Total	158	100	250	100

Fuente: Datos de la investigación.

TABLA 3. Causas de evolución no satisfactoria

Causas	Evolución no satisfactoria			
	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Neoplasias	3	33,4	4	33,3
Afecciones respiratorias	2	22,2	3	25
Afecciones cardiovasculares	2	22,2	2	16,7
Afecciones obstétricas	2	22,2	3	25
Total	9	100	12	100

Fuente: Datos de la investigación.

TABLA 4. Causas que impidieron el ingreso en el hogar

Causas	Pacientes no ingresados			
	Grupo estudio		Grupo control	
	No.	%	No.	%
Mala situación económica	3	18,7	21	2
Malas condiciones higiénicas	8	50	53	4,9
Falta de medicamentos	2	12,5	10	0,9
Negativa de los pacientes	3	18,8	129	12
Decisión médica	0	0	864	80,2
Total	16	100	1 077	100

Fuente: Datos de la investigación.

Discusión

El ingreso en el hogar según los resultados obtenidos no se está aplicando en toda su potencialidad. Esto puede deberse a que el personal de salud no ha interiorizado la importancia y las ventajas que representa, tanto para el paciente y su familia, como para la sociedad; otro factor que influye en nuestro caso es que el médico y la enfermera no conviven en la comunidad lo cual limita las posibilidades de seguimiento. *Cuesta Mejías*, también señala estas causas como limitantes del ingreso hospitalario en nuestro país,⁶ además puede deberse a la inestabilidad de antibióticos en farmacia y que los complementarios que se pueden realizar en el hogar están limitados.

Con relación a las causas más frecuentes de ingreso, las enfermedades respiratorias constituyen la primera causa de morbilidad, atendida en nuestro municipio, lo que coincide con otros autores que plantean son las enfermedades más frecuentes de la humanidad.⁷ *Díaz Novas* en un estudio realizado en varias policlínicas de Ciudad de La Habana encontró también a las enfermedades respiratorias como la principal causa de morbilidad.⁸ En cuanto a las enfermedades cardiovasculares las más comunes son la hipertensión arterial (HTA) y la insuficiencia cardíaca. *Kaplan* señala que la HTA es la causa principal de visita a los enfermos en los E.E.U.U.⁹

Aunque no se encuentra entre las principales causas de ingreso en el hogar en este estudio, es importante señalar el

posoperatorio, ya que esto es una nueva modalidad que está cobrando auge en el mundo y en nuestro país debido a sus ventajas. *Paul White* y otros plantean que en los E.E.U.U. el 60 % de las intervenciones programadas se realizan en régimen ambulatorio, lo cual contribuye a una disminución del 25-75 % de los costos hospitalarios globales comparado con un paciente en las mismas condiciones, pero en un régimen de ingreso hospitalario.¹⁰ Otro aspecto que consideramos importante señalar aunque no se encuentra entre las principales causas de ingreso son las neoplasias, debido al bienestar psicológico que producen al paciente en fase terminal el hecho de encontrarse en su hogar rodeado de sus familiares. La atención domiciliaria a estos pacientes garantiza interconsultas con otros especialistas y la realización de complementarios si fuera necesario.¹¹

En cuanto a la decisión médica de no ingresar, que predominó como causa principal de no ingreso en el hogar en el grupo de control, esto confirma lo ya explicado anteriormente del por qué la baja incidencia de ingresos en el hogar en este grupo, y cómo proponiéndoselo tanto el médico como la enfermera pueden lograr mejores resultados.

Las neoplasias es lógico que predominen como principal causa de evolución no satisfactoria en los ingresados en el hogar por la alta letalidad que tienen estas enfermedades, además estos pacientes son en-

viados a las áreas de salud procedentes de la atención secundaria generalmente cuando ya se encuentran en estadio terminal. *Addington-Hall* también reporta a las neoplasias como principal causa de evolución no satisfactoria.¹² En segundo lugar aparecen las enfermedades respiratorias y esto se explica por la evolución tórpida que se observa en las neumonías y bronconeumonías, especialmente en ancianos debido al deterioro del sistema inmunológico que existe en ellos, lo que aumenta su gravedad.

Conclusiones

El comportamiento en ambos grupos fue diferente en cuanto a la incidencia de los ingresos en el hogar, que tuvo un predominio altamente significativo en el grupo estudio respecto al control, y las causas que impidieron el ingreso en el hogar fueron también diferentes, con un predominio de las condiciones higiénico sanitarias de las viviendas en el grupo estudio y la decisión médica de no hacerlo en el grupo control.

En cuanto a las causas más frecuentes de ingresos fueron similares en ambos grupos: las afecciones respiratorias, seguidas por las cardiovasculares. Por último podemos señalar que la evolución no satisfactoria se debió a las neoplasias seguida de las enfermedades respiratorias.

SUMMARY: A comparative descriptive study on the home care behavior in a group made up of a population of 476 inhabitants seen at the physician's office 21 of "Mario A. Pérez" polyclinics and a randomly selected group composed by a population of 7 821 inhabitants from 15 physician's offices of the same polyclinics was carried out for a year. The behavior of both groups was different as to the incidence of home care that was higher in the study group as compared with the control group. The main cause for providing home care service in both groups were respiratory distress, followed by cardiovascular problems. The group of patients who did not receive this type of service due to medical decisions was highly significant in the control group in relation to those in the study group, who did not receive home care services because of inadequate sanitary conditions in their houses. The main cause of unsatisfactory recovery of the patients under home care system was neoplasias.

Subject headings: **PRIMARY HEALTH CARE; HOME CARE SERVICES; EPIDEMIOLOGY; DESCRIPTIVE.**

Referencias bibliográficas

1. Jiménez Cangas L, Baez Dueñas RM, Pérez Maza B, Reyes Alvarez I. Metodología para la evolución de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. *Rev Cubana Salud Pública* 1996;22(1):37-43.
2. Council on Scientific Affairs. Home care in the 1990. *JAMA* 1990;265(9):1241-4.
3. Altisent R. Cuidados paliativos y medicina de familia: una alianza necesaria. *JANO* 1996; 50(1166):21.
4. Serret Rodríguez B. La atención del paciente terminal. En: *Bioética desde una perspectiva cubana*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997:158-64.
5. Moya MA, Garrido E, Rodríguez Abrines J, Foyo L, Moya R. Lineamientos generales para el ingreso en el hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1988;4(1):72-7.
6. Cuesta Mejías LA. El ingreso en el hogar y el fortalecimiento de la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997; 13(3):205-6.
7. Murray JF. Enfermedades respiratorias. En: Beeson PB, Mc Dermalt W, Wyngaarden JB. *Tratado de medicina interna de Cecil*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1984; t. 1, v. 2:1113-25.
8. Díaz Novas J. Algunos datos estadísticos sobre morbilidad e invalidez temporal de utilidad para el médico de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992;8(2):178-80.
9. Kaplan NM. HTA. En: Stein JH. *Internal Medicine*. 4ta ed. St Louis: Mosby, 1994:302-22.
10. White PF, Díaz Rodríguez – Labajo A. Cirugía y anestesia ambulatoria: pasado, presente y futuro. *Mapfre Med* 1996;7(1):7-15.
11. Carrera Ruiz O. *Cáncer*. Santiago de Cuba. Editorial Oriente, 1996:87.
12. Addington –Hall J, Mc Marthy M. From cancer. Results of a national population-based investigation. *Palliat Med* 1995;9(4):295-305.

Recibido: 28 de noviembre de 2000. Aprobado: 11 de octubre de 2001.

Dra. Clara Raisa Vera Miyar. Solís # 114 entre Libertadores y Plácido, municipio Sagua La Grande, Villa Clara, Cuba.