

El papel de la internación domiciliar en el cuidado del enfermo

The role of home-care in treating patients

“La internación domiciliar es una herramienta útil para el cuidado del enfermo. Deben existir condiciones adecuadas para garantizar los cuidados domiciliarios, según la valoración realizada previa al alta hospitalaria del paciente. Es importante la evaluación periódica del plan terapéutico y su implementación por los diferentes miembros del equipo de salud.”

(especial para SIIC © Derechos reservados)

Entrevista exclusiva a

Mónica Senillosa

Médica, Coordinadora médica, Servicio Medicina Domiciliar, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Entrevistador

Paul Medina González

Médico kinesiólogo, Médico del Departamento de Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

Acceda a este artículo en siicsalud



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



+ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de la autora.

www.siicsalud.com/dato/ensic.php/142476

Ciudad de Buenos Aires, Argentina (especial para SIIC)
PMG: *Siendo las pautas de admisión a internación domiciliar (ID) referidas a elementos de soporte familiar, tales como la estructura de la casa, las conductas asertivas y la capacidad de resolución de problemas; y conociendo la realidad desigual y de vulnerabilidad social, cultural y geográfica expresada en Latinoamérica, ¿cómo se solucionaría la problemática en el caso de un paciente que no cumpla con estos criterios?*

MS: La ID constituye una herramienta útil y efectiva sólo si se utiliza en la población adecuada. Si el domicilio no cumple los requisitos mínimos indispensables o el paciente no cuenta con la red de contención sociofamiliar, no se pueden garantizar los cuidados domiciliarios y, por consiguiente, pueden generar mayor riesgo en la salud de ese individuo. Para analizar todas estas aristas, en nuestro hospital se realiza la evaluación prealta, donde se lleva a cabo una entrevista con el paciente y su familia/entorno para determinar si puede o no ingresar al sistema. Dicha evaluación es realizada por un médico del Servicio de Medicina Domiciliar, entrenado en esta disciplina, y puede

requerir la colaboración de otras especialidades, como Servicio Social, para concluir con el alta hospitalaria. El Hospital Italiano tiene un sistema de medicina prepaga con 156 811 afiliados, de los cuales 2757 están en cuidados domiciliarios (767 en cuidados agudos y 1990 en cuidados crónicos). Lamentablemente, esta población no es extrapolable a la de América Latina, ya que para pertenecer a este sistema, en principio, el paciente debe tener un nivel adquisitivo determinado. Entiendo que la heterogeneidad de la población general es absolutamente mayor. Sin embargo, la evaluación para el ingreso debería contemplar las mismas variables. En una región geográfica en donde no se puede asegurar la accesibilidad del sistema médico no debería indicarse una ID, ya que seguramente fracasará inmediatamente, de la misma manera si no cuenta con la red social necesaria. La evaluación prealta es la herramienta que justamente hace homogénea a la población que puede beneficiarse con la ID.

El universo de los cuidados domiciliarios incluye a los pacientes frágiles en la etapa final de la vida. En este contexto, ¿cuáles son los estándares de práctica que propone este programa para diagnosticar e intervenir la capacidad funcional del paciente, considerando la movilidad en cama hasta el traslado dentro del hogar en el contexto de las actividades básicas de la vida diaria?

En nuestro hospital nos basamos en la evaluación clínica de cada paciente, no utilizamos una herramienta de medición cuantitativa de la fragilidad. Si bien una gran parte de los pacientes tienen un PS 4 (*Performance Status*)

es una forma de medir la calidad de vida de un paciente oncológico que va de 0 al 4. El PS 4 se aplica a pacientes que están postrados el 100% del tiempo, por lo tanto



incapacitados, y necesitan asistencia médica y familiar constante), no implica que los que no cumplen esa valoración no puedan ingresar, ya que pueden presentar menor fragilidad pero tener una necesidad real de ID. Por ejemplo, puede ingresar un paciente con enfermedad oncológica terminal en PS 4, que requiere cuidados paliativos en la etapa final de la vida. Y también puede ingresar un paciente que cursa un posoperatorio de fractura de cadera para realizar profilaxis tromboembólica y rehabilitación de la marcha. Ambos pacientes tienen la necesidad de los cuidados domiciliarios y se beneficiarán de estos, con un estado funcional absolutamente distinto y objetivos totalmente diferentes.

¿Cómo dialoga el diagnóstico clínico centrado en el daño orgánico o estructural con el diagnóstico de otros profesionales, los cuales se centran en aspectos de funcionalidad, ambiente y sociedad? y, ¿el liderazgo de este proceso es preestablecido según la profesión dominante o se podría proyectar la toma de decisiones según la evaluación de profesionales atinentes a la problemática encontrada?

Como ya mencioné, en nuestra institución realizamos la evaluación prealta de todos los pacientes, siempre con el mismo equipo profesional. Éste consta de un jefe y 7 coordinadores, todos especialistas en Clínica Médica, con una vasta experiencia en ID. El paciente, durante la internación, es seguido por su equipo tratante (clínico, traumatológico, cardiológico, etc.). Cuando se aproxima el alta, el equipo tratante solicita la evaluación del Servicio de Medicina Domiciliaria.

La coordinación de la ID la realiza la evaluación clínica-social y, si encuentra alguna dificultad para el alta, puede solicitar las prestaciones que requiera. Quien lidera la gestión del cuidado en el primer momento (alta hospitalaria) es el médico coordinador de ID. Luego, una vez que el paciente ya está en el domicilio, quien comanda el trabajo del equipo es el médico clínico a cargo en el domicilio. El médico a cargo es quien determina el plan terapéutico necesario y evalúa periódicamente la continuidad de los cuidados en conjunto con enfermería y kinesiología, según se hayan cumplido los objetivos.

Del mismo modo, si se ha instaurado un diálogo interdisciplinario horizontal y considerando el costo que significa la estructura del equipo institucional propuesta (75 médicos, 55 enfermeros, 4 farmacéuticos y 11 empleados con funciones específicas), ¿cuál es su opinión acerca de especificar perfiles diagnósticos según profesiones pertinentes a los contextos funcionales, ambientales y sociales del sujeto, considerando la eficiencia del sistema?

Afirmativamente, el médico clínico desempeña un papel fundamental como eje del cuidado domiciliario. Es quien determina qué prestaciones se requieren y plantea los objetivos a alcanzar. El equipo multidisciplinario trabaja para alcanzar las metas propuestas.

En nuestro sistema, la enfermería cumple un papel esencial en la evaluación de riesgo de caídas, cuidado de la piel y riesgo de aparición de úlceras por presión. Cuando el equipo del domicilio lo cree necesario, puede solicitar la evaluación de Servicio Social o cualquier otra especialidad.

En el contexto de la formación universitaria para atender este tipo de necesidades, ¿cómo vislumbra el proceso formativo de los futuros profesionales, considerando el complejo saber actual como elemento central y cuál es su apreciación acerca de las metodologías documentadas con la denominación de aprendizaje y servicio?

Actualmente, no hay un espacio definido en la formación médica universitaria, ni en la carrera de especialista en Medicina Interna. Sin embargo, existen diversos cursos, propios de nuestra institución, para los profesionales, tanto de nuestro hospital como de otras organizaciones. Asimismo, se realizan talleres operativos mensuales y jornadas intensivas anuales, con participación de todo el equipo profesional. En nuestro país contamos con el Consejo de Medicina Domiciliaria, perteneciente a la Sociedad Argentina de Medicina, donde se reúnen representantes de los sistemas de ID de diversas instituciones. Es materia pendiente incorporar formalmente estos temas dentro de la currícula de formación de grado. Respecto de las metodologías documentadas con la denominación de aprendizaje y servicio, creo que constituye una interesante estrategia enriquecedora, aplicable a nuestra especialidad. Nuestros talleres operativos son un espacio de discusión organizado con todo el equipo que integra el servicio, que ofrece un tiempo de reflexión sobre los casos asistidos y la responsabilidad que eso conlleva. Desde ese punto de vista, se parece bastante a la metodología descrita; sin embargo, por ahora no contamos expresamente con un espacio de aprendizaje y servicio.

¿Cuál es su opinión acerca de la implementación de un sistema de atención a distancia (por ejemplo, telemedicina), con el propósito de educar y monitorizar la evolución de los pacientes, y que este sistema pueda ser utilizado por las diferentes disciplinas al servicio del paciente?

Claramente, los avances tecnológicos colaboran en el Servicio de Medicina Domiciliaria. Hoy contamos con dispositivos que emiten información valiosa instantáneamente a otro dispositivo en manos del profesional interviniente (tensiómetros, balanzas, termómetros, saturómetros, electrocardiógrafos, medidores de glucosa y anticoagulación, etcétera).

En nuestro servicio se entrega a cada profesional médico y enfermero una *tablet* que permite el acceso a la historia clínica del paciente desde cualquier lugar físico, en cualquier momento.

La limitante para estos recursos sigue siendo, en nuestro país, la comunicación. Todavía hay lugares que no tienen una buena conectividad de datos para poder ofrecer este servicio.

En mi opinión, la tecnología no supe al equipo profesional, sólo da mayor control de signos vitales y síntomas en los cuidados domiciliarios, lo cual obviamente no es despreciable en absoluto (más información, más datos, más signos de alarma para tomar mejores decisiones en el tiempo adecuado).

Un claro ejemplo que muestra los beneficios del uso de esta tecnología son los programas de seguimiento cardiológico de pacientes con insuficiencia cardíaca (seguimiento con peso, saturación de oxígeno, presión arterial y frecuencia cardíaca, electrocardiograma). Estas herramientas

generan información permanentemente, que un equipo recibe y analiza. Las visitas profesionales continúan con la misma frecuencia determinada, pero la información que se obtiene de ese paciente es constante, lo que permite

tomar mejores decisiones respecto del plan terapéutico. Por ahora, inevitablemente, para esa toma de decisiones sigue siendo imprescindible la presencia profesional, "el criterio médico".

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2016
www.siicsalud.com

La autora no manifiesta conflictos de interés.

Bibliografía recomendada

Arratia Figueroa A. Ética, solidaridad y "aprendizaje servicio" en la educación superior. *Acta Bioeth* 14(1):61-67, 2008.

Busso G. Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. Naciones Unidas. CEPAL-CELADE. Seminario internacional "Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en Latinoamérica y el Caribe". Santiago de Chile, 20 y 21 de junio de 2001. Disponible en www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN011.pdf.

Doolittle GC, Yaezel A, Otto F, Clemens C. Hospice care using

home-based telemedicine systems. *J Telemed Telecare* 4(Suppl 1):58-59, 1998.

Kusa G. Telemedicina en medicina domiciliaria. Disponible en: es.slideshare.net/GraKusa/telemedicina-en-medicina-domiciliaria.

Zunino S. Evaluación de la admisión de pacientes. En: Penny Montenegro E, Melgar * Cuellar F. Geriatria y gerontología para el médico internista. Santa Cruz de la Sierra: La Hoguera; 2012.

Saimovici J et al. Evaluación prealta en medicina domiciliaria. HIBA. Trabajo libre. II Congreso Internacional de Clínica Médica y Medicina Interna. SAM-SMIBA; 20

Información relevante**El papel de la internación domiciliaria en el cuidado del enfermo****Respecto a la entrevistada**

Mónica Senillosa. Médica, Coordinadora médica, Servicio Medicina Domiciliaria; Coordinadora y docente de I Curso Intensivo Teórico Práctico de Medicina Domiciliaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

**Respecto al entrevistador**

Paul Medina González. Kinesiólogo (2008); Licenciado en Kinesiología (2009); Magíster en Kinesiología (2014); Académico, Departamento de Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

**Respecto a la entrevista**

La internación domiciliaria es una herramienta útil para el cuidado del enfermo. Deben existir condiciones adecuadas para garantizar los cuidados domiciliarios, según la valoración realizada previa al alta hospitalaria del paciente. Es importante la evaluación periódica del plan terapéutico y su implementación por los diferentes miembros del equipo de salud.

La entrevistada pregunta

Cuando se utiliza en la población adecuada, la internación domiciliaria es una herramienta útil y efectiva.

¿En cuál de los siguientes diagnósticos puede estar indicada la internación domiciliaria?

- A) Enfermedad oncológica terminal.
- B) Posoperatorio de fractura de cadera.
- C) Nutrición parenteral.
- D) Antibioticoterapia parenteral.
- E) Todos los anteriores.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/142476

Palabras clave

alta hospitalaria, internación domiciliaria, pacientes oncológicos, gestión sanitaria, telemedicina

Key words

hospital discharge, home hospitalization, oncological patients, health management, telemedicine

Cómo citar *How to cite*

Senillosa M. El papel de la internación domiciliaria en el cuidado del enfermo. *Salud i Ciencia* 21(8):863-6, Abr 2016.

Senillosa M. The role of home-care in treating patients. Salud i Ciencia 21(8):863-6, Abr 2016.

Orientación

Epidemiología, Tratamiento

Conexiones temáticas:

Geriatría, Medicina Interna, Administración Hospitalaria, Bioética, Infectología, Oncología