

Hospitalización Domiciliaria y la Atención Primaria en Salud: Desde el Hospital al Domicilio

Home Hospitalization and Primary Health Care: From Hospital to Home

Edison Orlando Hernández Mora ^a

Resumen

En el año 2004 se implementó el programa de hospitalización Domiciliaria en el Consultorio del Adulto para traslados al Hospital Eduardo Pereira (HEP) con el propósito de establecer una continuidad en red con la atención primaria. El objetivo de la Hospitalización Domiciliaria (HD) atiende a la necesidad de optimizar recursos brindando una mejor atención, atendiendo a personas con patologías frecuentes tanto como a los adultos mayores, quienes son una población que ha ido creciendo en Chile; además de alcanzar beneficios para el paciente como la disminución del trauma psicológico que puede llegar a generar una hospitalización.

Se evidenció una dificultad en la comunicación entre la atención de salud en el programa de Hospitalización Domiciliaria y la Atención Primaria, por lo que, con el fin de que esta iniciativa prosperara, se estableció como un aspecto importante la continuidad con la Atención Primaria y, con la finalidad de realizar todos los controles correspondientes, ingresarlos a los programas de la APS.

Se evaluó el programa durante los años 2016 y 2017 que mostró un aumento en el número de usuarios atendidos. Adicionalmente se observó que los pacientes provenían mayoritariamente del Cesfam Jean Marie Thierry y del Cesfam Placilla.

Para lograr que el programa se pudiera mantener en el tiempo, se constituyó como un centro de costos a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, que también aplicaba para el resto de las unidades del hospital, con financiamiento del propio. Gracias a la experiencia analizada se hicieron algunas recomendaciones como, por ejemplo, relevar la importancia de la incorporación del grupo familiar, aspectos para mejorar en la capacitación del equipo profesional y en la comunicación entre el especialista tratante y el médico de Hospitalización Domiciliaria, entre otros.

Palabras Clave

Atención Integral de Salud, Atención Primaria en Salud, Hospitalización Domiciliaria, Medicina Familiar y Comunitaria.

Abstract

In 2004, the Home Hospitalization Program was implemented in the Adult Office for transfers to the Eduardo Pereira Hospital (HEP), with the purpose of establishing continuity in the network with primary care. The objective of Home Hospitalization (HD) addresses the need to optimize resources by providing better care to patients, managing to incorporate people with frequent pathologies, as well as older adults who are a population that has been growing in Chile. In addition to achieving benefits for the patient such as the reduction of the psychological trauma that hospitalization can generate.

^a Residente Medicina Familiar Universidad de Valparaíso

A difficulty in communication between health care in the Home Hospitalization program and primary care was evidenced, therefore, in order for this initiative to prosper, continuity with primary care was established as an important aspect in order to be able to carry out all the corresponding controls and to gain access to users in other programs of the office.

The program was evaluated during 2016 and 2017, which showed an increase in the number of users served by it. Additionally, it was observed that the patients came mainly from Cesfam Jean Marie Thierry and Cesfam Placilla.

To ensure that the program could be maintained over time, the Home Hospitalization Unit was established as a cost center, which applied to the rest of the hospital units with its own financing.

Thanks to the analyzed experience, some recommendations were made, for example, to highlight the importance of the incorporation of the family group, aspects to improve the training of the professional team and the communication between the treating specialist and the Home Hospitalization doctor, among other aspects.

Keywords

Comprehensive Health Care, Primary Health Care, Home Hospitalization, Family and Community Medicine.

Introducción

El Programa de Hospitalización Domiciliaria (HD) fue creado en el año 2004 en el consultorio del adulto como estrategia de campaña de invierno por la alta incidencia de ingresos hospitalarios por patologías respiratorias crónicas y agudas descompensadas. Un equipo integrado por un médico, un técnico paramédico, enfermeros y kinesiólogos, durante tres meses. Posteriormente fue trasladado, en el año 2015, al Hospital Eduardo Pereira con el fin generar una red con los centros de atención primaria de la comuna de Valparaíso y permitir la continuidad de los cuidados en salud.

En el Hospital Dr. Eduardo Pereira, tanto como en el resto del sistema público de salud, hay un alto porcentaje de camas hospitalarias de menor complejidad, así como el uso de los recursos destinados para su funcionamiento.

Debido a esto, acciones como la hospitalización domiciliaria se hacen más necesarias y van en aumento, ya que han demostrado la optimización de recursos sanitarios, al brindar una atención de calidad. Adicionalmente se han ido incorporando patologías en esta modalidad, en adultos mayores, en respuesta al fenómeno demográfico poblacional, con un incremento en el porcentaje de la población de este rango de edades. Según Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la Organización Mundial de Salud, del año 2015, “entre

2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo”. Este envejecimiento progresivo viene acompañado de enfermedades e incapacidades con altas demandas médicas y psicosociales, implicando un mayor consumo de recursos y la implementación de una estructura adecuada para dar respuesta a esta problemática.

Es importante considerar que el sistema de cuidado de salud domiciliaria es una alternativa viable para la atención en momentos de crisis y configura una disminución del gasto en camas hospitalarias. También es una alternativa no tradicional de hospitalización que consigue grandes beneficios para el paciente como una disminución o ausencia del trauma psicológico causado por el proceso hospitalario. Además, incorpora de forma participativa al núcleo familiar haciéndolo parte del proceso de recuperación. De igual manera logra la disminución de los reingresos hospitalarios generando una mejora directa en la salud y en la calidad de vida de los pacientes.

Desde la Atención Primaria de Salud se propuso trabajar en red con los centros de atención primaria y mantener la continuidad en la atención, así como mantener los controles en los programas de dependencia severa, Programa ERA, Programa de Salud Cardiovascular y Programa del adulto;

generando mayores grados de compensación de las patologías y mayor satisfacción del usuario.

Desarrollo del Tema

Problema

El crecimiento de la población y la recurrencia de ciertas enfermedades han generado alta demanda asistencial sobre hospitales de segundo y tercer nivel, lo que conlleva un incremento en las listas de espera, debido a la escasez de camas de mayor complejidad.

Ante esta situación, la HD nace como una alternativa a implementar, pero, en la práctica se ha observado una mala comunicación entre el programa de Hospitalización Domiciliaria y la Atención Primaria. Esto ha generado grandes brechas en la continuidad de los cuidados de nuestra población, limitando una atención de calidad.

También se evidenció que existen adultos y adultos mayores que, durante el proceso de hospitalización aguda, desean continuarla en casa a través del programa de hospitalización domiciliaria del HEP y, de igual manera, requieren ingresar a la Atención Primaria en Salud (APS) para la continuidad su atención.

Es importante tener en cuenta que en particular los adultos mayores requieren cuidados en salud más específicos, que desde la APS demandan de la articulación de diferentes programas, por lo que es importante lograr la correcta coordinación entre el programa de HD y la APS.

Adicionalmente mantener a una persona enferma o incapacitada en su domicilio, con todas las connotaciones de tipo asistencial u organizativo que ello lleva consigo, hace que los usuarios y sus familias presenten sentimientos de preocupación y ansiedad sobre el proceso, su implementación y si se conseguirá la recuperación que esperan, por lo que se hace necesario que el equipo del programa de HD pueda generar un acompañamiento efectivo desde el ámbito médico y humano.

Fundamentación

La encuesta de satisfacción usuaria-hospitalaria del HEP, reflejó la preocupación tanto de pacientes como de sus

familias sobre la continuidad de la atención del enfermo, después de su alta, además de no tener claridad en cuales eran los cuidados que este debería tener en su domicilio.

Adicionalmente, la Unidad de Gestión de Camas Hospitalaria observó un alto reingreso de pacientes post hospitalarios, por el inadecuado cuidado que tenían en sus hogares.

Estos hechos dieron origen a la idea de implementar el Programa Hospitalización Domiciliaria del HEP, que tiene como propósito mejorar la calidad de vida del paciente y la de su entorno familiar, de contribuir a la Unidad de Gestión y Control de Cama (UGCC) y liberar al recinto de pacientes de Categorización de Riesgo de Dependencia Hospitalaria C2: Mediano riesgo y dependencia parcial, C3: Mediano riesgo y autosuficiencia, D1: Bajo riesgo y dependencia total, D2: Bajo riesgo y dependencia parcial y D3= Bajo riesgo y autosuficiencia.

El Hospital Dr. Eduardo Pereira otorga continuidad en las atenciones entregadas por los distintos servicios (Medicina, cirugía, pensionado y Unidad de Paciente Crítico), con la finalidad de proporcionar en el domicilio una atención personalizada, integral, accesible, oportuna, eficiente y efectiva en los ámbitos de prevención, fomento, tratamiento y rehabilitación de la salud, con el fin de trabajar en conjunto con los centros de APS para proporcionar mayor accesibilidad a la atención integral.

Esta práctica es una forma de potenciar la red de salud, la que, a su vez, permite potenciar el Modelo de Atención Integral en Salud de la APS que tiene principios como la atención centrada en el individuo, la continuidad del cuidado y la integralidad. Desde la atención centrada en la persona se consideran sus necesidades y expectativas generando un modelo relacional con el equipo del programa de hospitalización domiciliaria al procurar una comunicación efectiva que prioriza el respeto y la dignidad, protegiendo las relaciones de confianza y ayuda, facilitando el acceso a los programas establecidos en Atención Primaria que aseguran la atención a todas personas.

La integralidad depende de dos factores; los niveles de atención y la comprensión multidimensional de los problemas de las personas que ingresan al programa de

Hospitalización domiciliaria, ambos permiten una mirada más amplia de los múltiples aspectos de la salud.

La continuidad del cuidado fomenta las conexiones con la unidad de Atención primaria y la de cuidado asistencial, mejorando la accesibilidad al sistema, atendiendo a las necesidades de las personas y a las expectativas de los usuarios, apoyando al cuidado de la salud a lo largo del ciclo vital individual y familiar.

Teniendo en cuenta esto, la Dirección del Servicio de Salud, la Dirección del Hospital Dr. Eduardo Pereira, en conjunto con la Unidad de Gestión de Control de Cama, decidieron conformar el Equipo de Hospitalización Domiciliaria (HD).

Con el propósito de difundir y socializar el inicio del Programa se envió una serie de emails a los jefes encargados de las Unidades, comunicándoles los objetivos del programa, así como los criterios de ingreso y egreso y como se favorecería la accesibilidad a los distintos programas dentro de la APS.

Se estableció como horario de atención del equipo de hospitalización domiciliaria de lunes a jueves, de 08:00 am a 17:00 y viernes, de 08:00 a 16:00. Las visitas se realizan desde las 09:00 am y se efectúan según indicación del médico asignado al programa. Aquellos que no son visitados son contactados, vía telefónica, por el equipo con el fin de conocer su estado general.

Se definieron los siguientes objetivos:

- Establecer la continuidad desde el Programa de Hospitalización Domiciliaria y el acceso a los diferentes Centros de Atención Primaria. (CESFAM), en los programas de salud integral.
- Aportar en la rotación paciente-cama, reduciendo la lista de espera, mejorando el acceso al recurso Hospitalario a través de la estrategia de hospitalización domiciliaria.
- Permitir el acceso a las personas que requieran de Hospitalización Domiciliaria, independientemente del rango etario, priorizando a las mayores.

- Conocer la percepción de nuestra población a través de una encuesta al realizar la epicrisis del alta del Programa de Hospitalización Domiciliaria.

Destinatarios

La población objetivo es aquella que ingresa al programa de hospitalización domiciliaria del Hospital Dr. Eduardo Pereira. Debe ser mayor de 15 años, beneficiaria de FONASA o PRAIS, perteneciente al SSVSA (Servicio de Salud Valparaíso San Antonio) de Valparaíso.

Criterios de Inclusión de Pacientes al Programa:

- Pertenecer al Sistema Público de Salud (FONASA o PRAIS).
- Tener residencia en la comuna de Valparaíso.
- Contar con teléfono(s) de contacto.
- Presencia de cuidador adulto responsable residente en el mismo hogar o ser completamente autovalente.
- Vivienda con servicios básicos (luz y agua).
- Paciente con necesidad de intervención de Enfermería y/o kinesiología, requerimientos de kinesioterapia motora o respiratoria.
- Pacientes que requieran manejo avanzado de heridas y/o pacientes que requieran iniciación de tratamiento como insulino terapia y/o traslape de TACO.
- Aceptación voluntaria de inclusión en HD por parte del paciente.
- Diagnóstico conocido y establecido.

Criterios de Exclusión:

- Condiciones sociales y ambientales que limiten el ingreso del equipo.
- Pacientes con tratamiento parental más de 1 vez al día o más de 5 días continuos.
- Pacientes con comorbilidad descompensada.
- Pacientes sin red de apoyo familiar.
- Pacientes dependientes de dispositivos que requieren manejo estricto y vigilancia continua por enfermería (Traqueotomía, Sonda de Alimentación, Drenajes Pleurales, Ventilación Mecánica Invasiva y no Invasiva).

Proceso de egreso del programa de hospitalización domiciliaria.

- El programa realizará la atención al paciente durante un periodo de 10 días, luego de esto el médico evalúa las condiciones de éste. Si la evaluación no es favorable se decide el reingreso al hospital. En el caso de que sea favorable será derivado a la APS. Posteriormente, el profesional de Enfermería del programa será el encargado de realizar las derivaciones pertinentes según la indicación del médico.
- En las derivaciones realizadas a la APS, de acuerdo con la necesidad de control, seguimiento y continuidad en la atención, vía email, en adjunto con la epicrisis de alta de Hospitalización Domiciliaria,

al encargado del Programa Cardiovascular, Programa ERA, o Curaciones, se le explicarán las necesidades percibidas del paciente y las prioridades de acuerdo con la atención.

Equipo Responsable

- Kinesióloga
- Enfermera
- Tens
- Médico egresado de Medicina Familiar

Principales Resultados

Durante los años 2016 y 2017 se evaluaron los resultados más importantes en la implementación del programa, algunos de ellos se presentan en los siguientes gráficos.

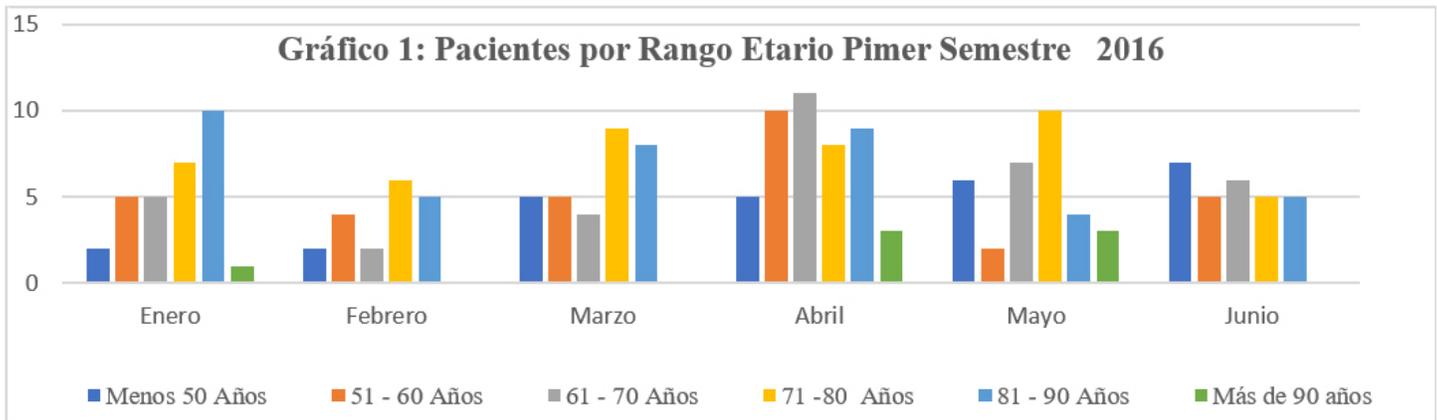


Gráfico 1: Se puede observar que, durante el primer semestre del año 2016, en el mes de enero se generó un ingreso mayor de pacientes menores de 50 años, en febrero, marzo y mayo la mayor proporción corresponde a personas entre 71 y 80 años, mientras que en abril y junio las personas entre 61 y 70 años fueron las de mayor ingreso al programa.

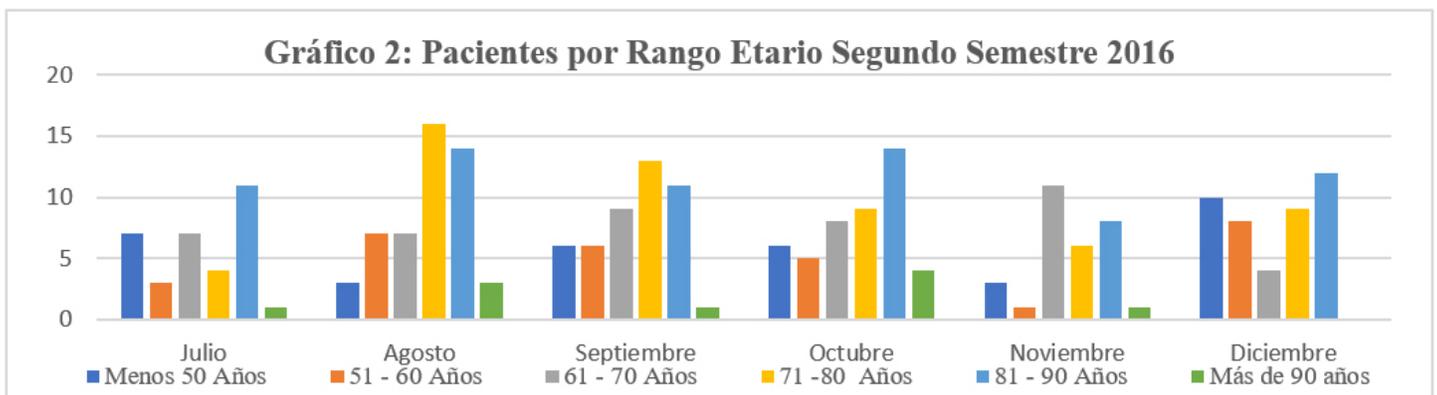
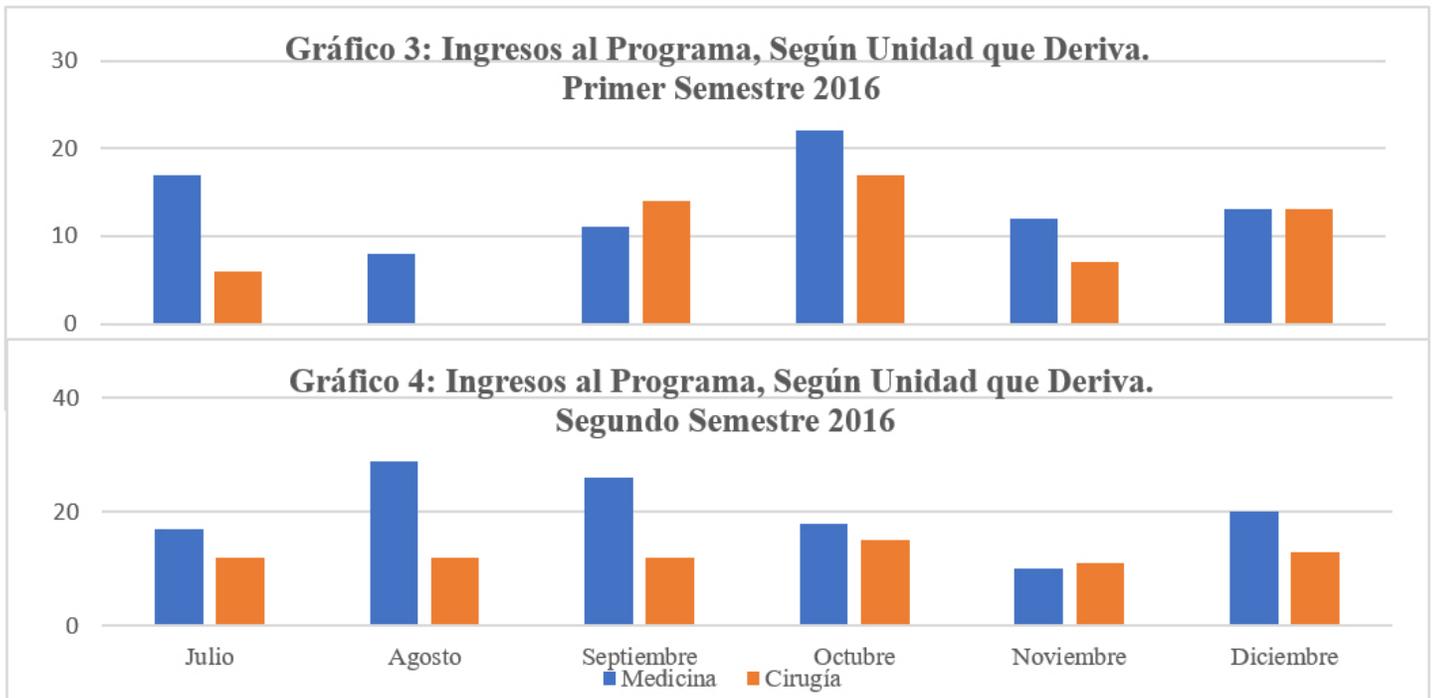


Gráfico 2: Durante el segundo semestre, en los meses de julio, octubre y diciembre, se registraron los mayores ingresos de personas menores de 50 años, a diferencia de los meses de agosto y septiembre en los que los mayores ingresos corresponden a pacientes entre 71 y 80 años; en noviembre la mayoría de los pacientes estaba entre los 61 a 70 años.



Gráficos 3 y 4: Se observa que, durante el año 2016, los pacientes que ingresaban al programa provenían mayoritariamente de la Unidad de Medicina Interna, a excepción de los meses de marzo y noviembre en donde la mayoría corresponde a ingresos desde la Unidad de Cirugía; en el mes de junio se presentó igual número de ingresos desde cada unidad.

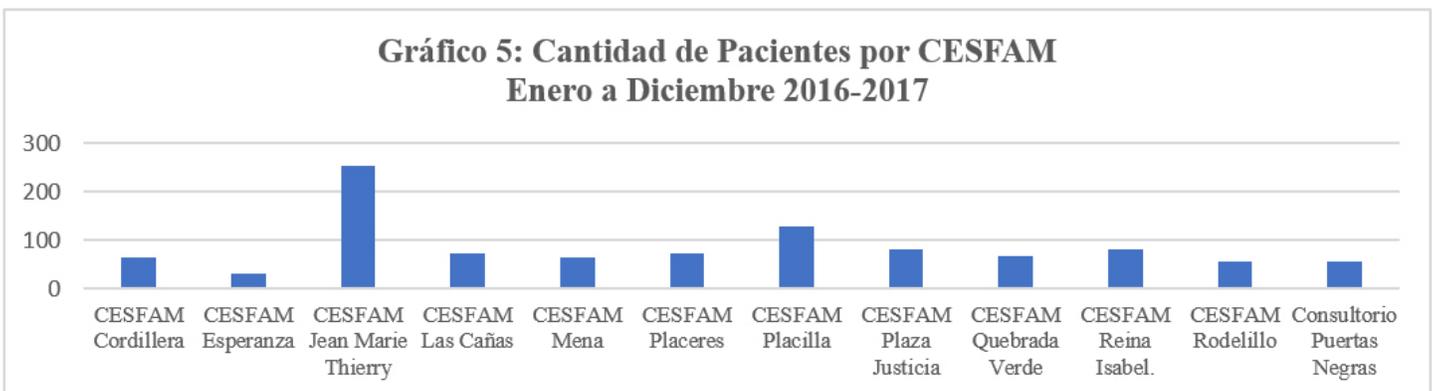
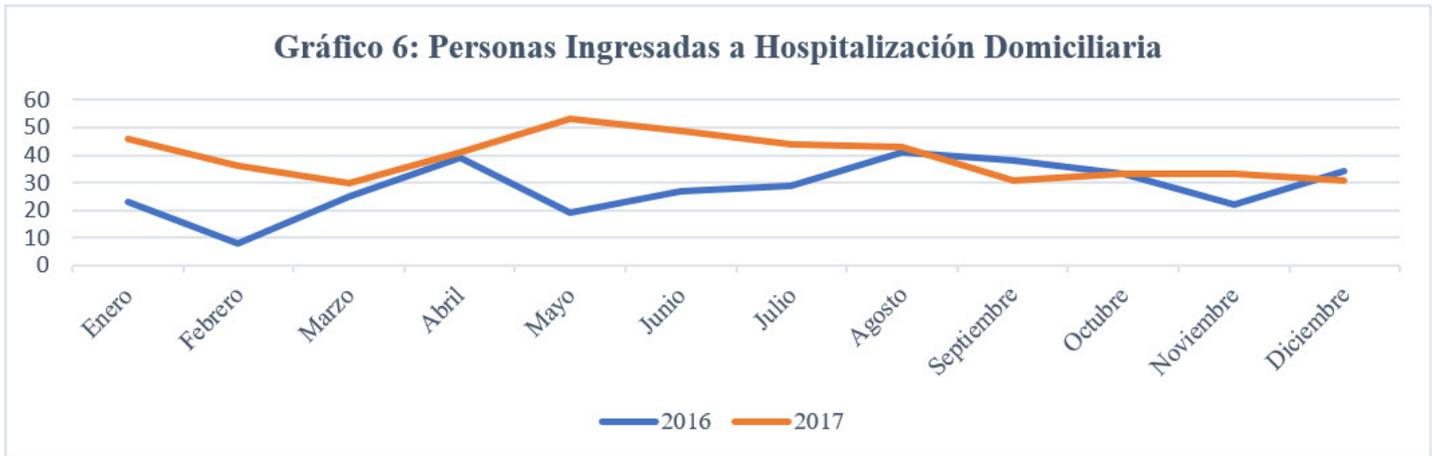


Gráfico 5: Se observa que entre 2016 y 2017, del total de pacientes que ingresaron al programa, la mayoría provenía del CESFAM Jean Marie Thierry (252 personas) y del Cesfam Placilla (128 personas), a diferencia de los demás centros de atención primaria donde se registró un número considerablemente menor de pacientes.

Gráfico 6: Personas Ingresadas a Hospitalización Domiciliaria



Se compararon los ingresos al programa entre los años 2016 y 2017, observado mayor número de personas ingresadas al Programa de Hospitalización Domiciliaria en el año 2017, como se puede observar en el Gráfico número 6.

Al analizar la implementación del programa los principales logros fueron:

- Facilitar la comunicación entre la familia y el personal de salud del Hospital Dr. Eduardo Pereira a través del Programa de Hospitalización Domiciliaria.
- Promover e integrar a la familia en el proceso de recuperación durante la Hospitalización Domiciliaria.
- Durante el periodo de Crisis sanitaria, el Programa de Hospitalización Domiciliaria ha contribuido como una de las estrategias y pilar fundamental en la atención en domicilio para reducir los contagios en medios hospitalarios.

Conclusiones

1. Para que el Programa sea sostenible en el tiempo, se hizo necesario que la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del HEP constituyera un Centro de Costos, igual que el resto de las unidades del hospital. Su financiamiento viene directamente del compromiso de prestaciones del HEP a través del programa de prestaciones valoradas PPV, que se incluye dentro del arancel FONASA “Programas no GES”, dentro de la planificación anual de la unidad, cumpliéndose con más del 50% de lo programado para PPV.

2. Es importante fortalecer algunos aspectos para que la implementación sea exitosa, dentro de los cuales podemos mencionar:

2.1. Aspectos Técnicos-administrativos

2.1.1. Horas de capacitación del personal paramédico y de enfermería en el manejo de curaciones avanzadas como de procedimientos de mayor complejidad.

2.1.2. El mantenimiento del equipo de salud (Coagucheck, tensiómetros digitales etc.) con el fin de evitar la pérdida de este.

2.2. Aspectos Clínicos

2.2.1. Claridad en la simbología utilizada en la epicrisis de alta hospitalaria, ya que algunas de ellas son poco entendibles por parte del médico de Atención Primaria.

2.2.2. Comunicación por parte del especialista con el médico de Hospitalización Domiciliaria

3. Dada la experiencia vivida en el Hospital Eduardo Pereira es importante tener en cuenta los siguientes aspectos para garantizar el éxito en la replicación de ésta:

3.1. Integrar a la familia en el cuidado de salud y permitirle la comunicación con el personal de salud.

3.2. Lograr el cuidado de la salud en domicilio y en lugares apartados que dificultan el desplazamiento del enfermo al hospital.

3.3. Desarrollo del seguimiento a aquellos pacientes con Covid-19, post alta hospitalaria o control de patologías crónicas en domicilio.

Bibliografía

1. Bibliotecaminsal.cl [internet] Chile. Biblioteca MINSAL; [actualizado marzo del 2016]. Disponible en: [www.bibliotecaminsal.cl › wp-content › uploads › 2016/03 › 9.pdf](http://www.bibliotecaminsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/9.pdf).
2. UN: Organización de Naciones Unidas [internet]. New York: UN; 2019, [Citado 18 de septiembre 2019]. Disponible en : <https://www.un.org › sections › issues-depth › ageing>.
3. OMS: Organización Mundial de la Salud [internet]. Suiza: OMS; 2019, [Citado 20 de septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.who.int › ageing › about › facts>
4. OMS: Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
5. Juan C.B, Ernesto A.B, Melissa G.O, Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. Cir. plást. iberolatinoam. Madrid [internet]. 2016. [Citado diciembre 2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000400012
6. MINSAL: Ministerio de salud [internet]. Santiago de Chile; MINSAL; 2015 [Citado en agosto 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Dra.-Elizabeth-Casanova-Hospitalizac%C3%ADon-Domiciliaria-en-AM.pdfv>.
7. M Angélica García G, Luis Castillo F. Categorización de usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería. Rev. méd. Chile.2000.128.