

CURSO ANUAL DE AUDITORÍA MÉDICA DEL HOSPITAL ALEMÁN AÑO 2014

“ÉXITOS Y FRACASOS EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA”



PROFESOR DR. AGUSTÍN ORLANDO

ALUMNOS:

SOLEDAD CARAM

DIEGO EZEQUIEL CANDELMÍ



INDICE

<i>Introducción</i>	<i>pág. 3</i>
<i>Breve reseña Histórica</i>	<i>pág. 3</i>
<i>La actualidad en Argentina</i>	<i>pág. 4</i>
<i>Beneficios de la Internación Domiciliaria</i>	<i>pág. 6</i>
<i>Desventajas de la Internación Domiciliaria</i>	<i>pág. 7</i>
<i>Pautas para la admisión en Internación Domiciliaria</i>	<i>pág. 7</i>
<i>Categorización del paciente de acuerdo a Normativas vigentes</i>	<i>pág. 8</i>
<i>Marco regulatorio vigente</i>	<i>pág. 8</i>
<i>La Historia Clínica en Internación Domiciliaria</i>	<i>pág. 9</i>
<i>Recursos tecnológicos en Internación Domiciliaria</i>	<i>pág. 10</i>
<i>Internación Domiciliaria Pediátrica</i>	<i>pág. 14</i>
<i>El Proceso de Transferencia del Paciente</i>	<i>pág. 16</i>
<i>Normas de Bioseguridad en Internación Domiciliaria</i>	<i>pág. 17</i>
<i>Patologías Prevalentes en Internación Domiciliaria</i>	<i>pág. 17</i>
<i>Pautas de Admisión a Internación Domiciliaria</i>	<i>pág. 18</i>
<i>Aspecto Médico Legales y Riesgos Clínicos de la Internación Domiciliaria</i>	<i>pág. 19</i>
<i>La Enfermería en Internación Domiciliaria - Problemática</i>	<i>pág. 22</i>
<i>Finalización del Servicio de Internación Domiciliaria</i>	<i>pág. 23</i>
<i>Encuestas de Satisfacción en Internación Domiciliaria</i>	<i>pág. 24</i>
<i>Conclusión</i>	<i>pág. 25</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>pág. 25</i>
<i>Anexo 1: Empresas agrupadas en CADEID</i>	<i>pág. 26</i>
<i>Anexo 2: Modelo de Planilla de Evaluación del Paciente</i>	<i>pág. 30</i>

INTRODUCCIÓN

La internación domiciliaria surge como modalidad de atención en el año 1947. Desde ese momento cobró interés en todos los países dado que el sistema permitía la atención de pacientes seleccionados con reducción de costos y aumentando la disponibilidad de camas en centros de internación.

Los indudables beneficios que la internación domiciliaria tiene para el paciente, su familia y los financiadores, junto con su inclusión dentro del Programa Médico Obligatorio han determinado un aumento exponencial de esta modalidad de atención en la última década. Actualmente la Cámara Argentina de Empresas de Atención Domiciliaria (Cadeid), agrupa a 23 empresas que brindan cuidados domiciliarios a unas 80.000 personas en el país.

El avance continuo de las ciencias médicas se vio reflejado también en la Internación Domiciliaria, con aumento de la complejidad de los pacientes. Actualmente se puede asistir pacientes con asistencia respiratoria mecánica en su hogar.

El objetivo de este trabajo es analizar la situación actual de la internación domiciliaria en nuestro país y describir los puntos de interés que deben tenerse en cuenta al desarrollar un programa de asistencia domiciliaria.

BREVE RESEÑA HISTÓRICA

Internación Domiciliaria (ID) es una modalidad de atención que surge en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, por iniciativa del Dr. Bluestone, del Hospital "Montefiori"; como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente.

Las razones para crear esta primera unidad de ID en el mundo eran descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable para su recuperación. A partir de allí hubo múltiples experiencias de este tipo tanto en Estados Unidos como en Europa, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud.

En los años sesenta, en Canadá, comenzaron a funcionar servicios de ID orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En hospitales de Montreal se realizó, en 1987, una experiencia piloto que consistía en la administración de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos.

En Europa, el Hospital de Tenon en París, Francia, fue el primero en crear una unidad de hospitalización domiciliaria en 1951. Más tarde, en 1957, se estableció el Santé Service, organización no gubernamental sin fines de lucro que aún hoy sigue prestando asistencia socio-sanitaria a domicilio a pacientes con enfermedades crónicas y terminales.

En el Reino Unido, la ID, fue introducida en 1965 con el nombre de Hospital Care at Home. En Alemania y Suecia fue desarrollada durante los años setenta, y en Italia –con el nombre de Ospedalizzazione a Domicilio-, recién a comienzos de los años ochenta.

En España llega en el año 1982, tomando gran empuje en los noventa sobre todo en el País Vasco y en la Comunidad Valenciana.

Debido al desarrollo irregular de la ID en Europa, tanto cualitativamente como cuantitativamente, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordinó y puso

en marcha, a partir de 1996, el programa From Hospital to Home Health Care, dirigido a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial.

Por su parte en la Argentina las primeras experiencias en internación domiciliaria fueron producto de la extensión hospitalaria, el hospital de la Comunidad de Mar del Plata y el hospital Castex de San Martín fueron pioneros en esta modalidad de atención. En 1991 la empresa “En Casa”, conformada por médicos Clínicos del hospital Italiano en asociación con otros profesionales, emprende este desafío que luego sería imitado por otras empresas privadas para brindar el servicio a prepagas, Obras sociales, mutuales y pacientes privados.

LA ACTUALIDAD EN ARGENTINA

La internación domiciliaria pone una vez más en evidencia la asimetría en el sistema de salud. Por este motivo nos hemos propuesto distinguir la situación actual según se trate de un afiliado a empresa de medicina prepaga, beneficiario de seguro social de salud o paciente del hospital público.

Por último mencionaremos la agrupación de Empresas de atención domiciliaria.

Internación Domiciliaria y Empresas de Medicina Prepaga.

Sin lugar a dudas los programas de internación domiciliaria más desarrollados son los organizados por las empresas de medicina prepaga.

La adecuada gestión y auditoría médica, sumada a monitoreo de satisfacción del afiliado hacen que el sistema haya crecido exponencialmente.

Ponemos como ejemplo al Hospital Italiano. Es una institución de salud de medicina general y alta complejidad, cuya red edilicia está conformada por dos hospitales: el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), en C.A.B.A., y el Hospital Italiano de San Justo Agustín Rocca (HIAR), en la Provincia de Buenos Aires, con una capacidad total de internación de 750 camas.

La constante demanda de atención e internación hizo necesario desarrollar, hace más de 20 años, un programa de cuidados domiciliarios que, con el transcurso del tiempo, fue creciendo hasta llegar a conformar hoy una sección con estructura propia, con más de 1500 pacientes con cuidados domiciliarios, cumpliendo los estándares de calidad del Hospital.

Estos pacientes se caracterizan por ser adultos mayores de muy avanzada edad y con gran comorbilidad, lo que les impide o dificulta su atención ambulatoria. Son, en su mayoría, pacientes con múltiples enfermedades crónicas, principalmente demencia, cardiopatías, enfermedades respiratorias crónicas, trastornos osteo-artículo-musculares o pacientes oncológicos.

Durante 2010, la Sección recibió 1113 nuevos ingresos a cuidados crónicos, manteniendo un promedio de 670 pacientes/día, de 83 años de edad promedio, 70% mujeres y con 220 días de mediana estadía. Los pacientes en cuidados crónicos requieren un promedio de 1.5 visitas clínicas por mes.

Todas las visitas profesionales se registran en una Historia Clínica Electrónica (HCE) Institucional, de acceso en línea vía Internet, integrada a una HCE única que contiene todos los

eventos de salud del paciente (Cuidados Domiciliarios, Central de Emergencia, Internación, Ambulatorio, etc.). Los profesionales disponen de un teléfono móvil y una tablet para acceder en forma remota, desde cada domicilio, a la historia clínica, estudios complementarios, interconsultas, etc. La Sección estableció una estrategia de educación continua para los profesionales médicos y de enfermería que incluye un campus virtual, un curso de posgrado, talleres operativos mensuales y reuniones periódicas para brindar mayor calidad asistencial.

En esa instancia, se explican al paciente y a sus familiares las pautas básicas generales del sistema y se le entregan instructivos que incluyen las distintas vías de contacto, con accesibilidad durante las 24 horas del día. También se modifican o ajustan las indicaciones de los profesionales que derivan al paciente. Si el paciente presenta criterios de riesgo social aumentado al ingreso o durante los cuidados domiciliarios, se solicita la evaluación por el Servicio Social.

Luego de la admisión, los coordinadores planifican los requerimientos necesarios y el equipo administrativo solicita a los distintos profesionales de cada zona los cuidados iniciales y gestiona los estudios, traslados e interconsultas posteriores. Además de la atención médica y de enfermería, a cargo de equipos de trabajo propios, los pacientes pueden recibir atención psicológica, kinesiológica y fonoaudiológica. También realizan en domicilio procedimientos quirúrgicos menores, exámenes de laboratorio, estudios por imágenes y tratamientos de oxigenoterapia y ventilación no invasiva. Los pacientes reciben los medicamentos e insumos a través de un sistema de entrega en domicilio, supervisado por el equipo de farmacia que contribuye con el uso racional de estos recursos.

Actualmente MEDICUS posee 4.000 pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. Un programa especial de seguimiento telefónico para pacientes con insuficiencia cardíaca. El programa de “adultos vulnerables”, con pacientes mayores de 75 años con patologías crónicas brinda seguimiento domiciliario a este tipo de pacientes, muchas veces con trastornos de movilidad. Permite tomar medidas de prevención en el domicilio.

Internación Domiciliaria y Obras Sociales.

A DESARROLLAR

Internación Domiciliaria y Sistema Público de Salud.

La internación domiciliaria es un ejemplo más de la precariedad del sistema público de salud. Los pacientes sin Obra Social o EMP no pueden externarse con internación domiciliaria a cargo del sistema municipal, provincial o nacional a pesar de que se cumplan con todos los criterios de inclusión para organizarse una ID. Es así que, por ejemplo, pacientes con trombosis venosa profunda terminan internados hasta encontrarse en rango de anticoagulación oral.

Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (CADEID).

En la actualidad, empresas de todo el país se encuentran agrupadas en la “Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria”(CADEID). Algunas de ellas forman parte de empresas de medicina prepagada, otras en cambio, son emprendimientos independientes.

Las mismas cumplen con las disposiciones legales vigentes tanto del Ministerio de Salud de la Nación como de la Superintendencia de Servicios de Salud, así como también de los organismos rectores con incumbencia en sus jurisdicciones de trabajo.

Mencionamos en el anexo 1, empresas que conforman la CADEID.

BENEFICIOS DE LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Esta modalidad de atención tiene ventajas sobre la internación hospitalaria que pueden resumirse desde el punto de vista bio-psico-social.

Beneficios para el paciente

Permanece en su entorno habitual, con sus pertenencias y rodeado de sus afectos, evitando el desarraigo y la desorientación temporo-espacial. Libera al paciente de la dependencia hospitalaria, personaliza su atención creando mejor vínculo con profesionales y familiares.

Disminuye los tiempos de atención, disminuye la angustia optimizando los tratamientos médicos. Aporta elementos de confort, favorece el autocuidado, la autonomía y la intimidad. Facilita que el paciente pueda seguir marcando su propio ritmo de vida y tomando decisiones cotidianas, con el consecuente aumento de la autoestima. Potencia la socialización y el mantenimiento de su capacidad funcional.

Beneficios para los familiares

Oportunidad de cuidar a su ser querido y acompañarlo en un momento especial de su vida. Promueve los momentos de intimidad familiar. Ordena al grupo familiar y evita los desplazamientos ahorrando tiempo y costos, facilita la comunicación y el compromiso por parte del familiar aumentando su dedicación y responsabilidades.

Disminuye dudas y temores. Fomenta el trato y control de la situación del paciente, y su propia enfermedad. Permite el cumplimiento de los tratamientos por el enfermo. Se forma en el aprendizaje de los cuidados necesarios para el acompañamiento del familiar.

En cuidados paliativos, en casos terminales, permite realizar el duelo, aclarar diferencias y eliminar sentimientos de culpa.

Beneficios para los profesionales

Optimiza la relación paciente, equipo de salud, cobertura social y familia. Favorece la visión global de la realidad y la cercanía con el paciente.

Beneficios para el sistema

Disminuye los costos de internación. Optimiza la distribución y control de la utilización de descartables, medicación, estudios complementarios, etc.

DESVENTAJAS DE LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Las desventajas tienen muchas veces su base en deficiencias del sistema de salud o deficiencia de ciertas empresas u obras sociales encargadas de ofrecer dicho servicio, no cumpliendo con las demandas de la familia o las necesidades del paciente, o realizando de manera incompleta el tratamiento necesitado por el paciente involucrado.

Se debe concientizar en forma prudente y adecuada a la familia para entender el porqué de la internación domiciliaria. Es muy útil dar charlas explicativas sobre la utilidad, ventajas y el porqué de una internación en domicilio, y brindar a la familia recursos para poder manejarse con el paciente, la obra social y la empresa tercerizada que se encarga del servicio. Esta contención es crucial para el correcto funcionamiento de la asistencia.

PAUTAS DE ADMISIÓN PARA INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Según resolución 704/2000 del Ministerio de Salud de la Nación los requisitos que debe cumplirse son los siguientes:

1. Paciente clínicamente estable.
2. Patología cuyo tratamiento pueda realizarse en domicilio.
3. El paciente y/o La familia o tutor del paciente debe brindar consentimiento por escrito.
4. Debe contar con condiciones sanitarias, habitaciones adecuadas y no debe contar con situaciones que obstaculicen dicho tratamiento.
5. La familia debe tener un nivel de alarma, contención y resolución frente a situaciones que desestabilizan al paciente.
6. Deben contar con mecanismos adecuados de derivación a centros de atención especializados con internación.

CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE DE ACUERDO CON LAS NORMATIVAS VIGENTES

La evaluación exhaustiva, y meticulosa del paciente permitirá la adecuada planificación de la atención y garantizará el éxito de la gestión.

Se pueden definir tres niveles de atención:

Nivel 1: Paciente independiente. La valoración y la respuesta del tratamiento requiere de enfermería para cuidados integrales, que acompañan la rehabilitación, promoción, prevención de complicaciones en su patología de base o de enfermedades secundarias.

Nivel 2: Paciente semi-independiente. Requiere cuidados integrales con procedimientos invasivos y no invasivos, valoración, evolución y respuestas al tratamiento, con seguimiento médico

Nivel 3: Paciente dependiente. Requiere de tratamientos invasivos y no invasivos con la aplicación tecnológica, cuidados integrales, valoración, evolución y respuestas al tratamiento con seguimiento médico y de las especialidades que lo determinen.

Recientemente los autores Dr. Carlos Carbajal y Marisa Márquez han publicado un importante trabajo denominado “Categorización de pacientes y asignación de Recursos en Internación Domiciliaria”. En él proponen la categorización de pacientes a través de la sistematización de los datos con las variables de mayor peso en su alteración biológica y el agregado de situaciones especiales para cada caso. Este trabajo, realizado en el primer semestre del año 2007, en 50 pacientes al azar atendidos por la empresa “En casa”, permitió elaborar un conjunto de tablas que sirven para definir un “score” que da lugar a la asignación de los recursos, de acuerdo a lo establecido como programa Básico, Completo, Complejo y Máximo.

MARCO LEGAL Y REGULATORIO VIGENTE

El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica del Ministerio de Salud de Nación, en su Resolución 704/2000 normatiza la organización y funcionamiento de servicios de Internación domiciliaria.

Es necesario definir y aclarar algunos términos que arquitectónicamente son imperiosos para la comprensión de esta temática:

- **Accesibilidad:** es la posibilidad que tienen las personas con movilidad reducida de gozar de las adecuadas condiciones de seguridad y autonomía como elemento primordial para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin restricciones derivadas del ámbito físico urbano, arquitectónico o del transporte, para su integración y equiparación de oportunidades.
- **Seguridad:** cualquier ayuda técnica o solución de accesibilidad debe ser percibida como confiable y debe velar por la integridad tanto de quienes la utilizan como de quienes no la necesitan. Debe ser de uso fácil y sencillo para todos, incluso para las personas con capacidades diferentes.
- **Autonomía:** es la posibilidad de un individuo de interactuar en su entorno físico utilizando los elementos existentes sin requerir la asistencia de otras personas.

- Asistencia: en caso de no poder conseguir una total autonomía, se podrá recurrir a las asistencias de acompañantes o de dispositivos físicos o técnicos.
- Visitabilidad: entiéndase por tal, la accesibilidad estrictamente limitada al ingreso.
- Discapacidad: según la OMS dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- Minusvalía: una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo, factores sociales y culturales).
- Movilidad reducida: se denomina así a cualquier grupo social que encuentra diversos factores que obstaculizan o impiden la movilidad y la comunicación en su medio. Los impedimentos físicos se presentan en el entorno material y se denominan barreras físicas. El estudio e incorporación de la ergonomía es fundamental.
- Ergonomía: estudio del uso adecuado y eficiente del cuerpo en el trabajo y el descanso, incluyendo el diseño de máquinas y del medio ambiente.

LA HISTORIA CLÍNICA EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Las normas de organización y funcionamiento de servicios de internación domiciliaria, establecen dentro del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica los requisitos mínimos que deben tener todas las historias clínicas de internación domiciliaria.

Los mismos no difieren mucho de lo que espera encontrarse en cualquier historia clínica, independientemente del ámbito:

- Número de paciente o historia clínica.
- Datos filiatorios.
- Obra social o institución responsable.
- Persona responsable del paciente.
- Médico responsable del paciente.
- Teléfono para derivación en caso de emergencia.
- Diagnóstico médico.
- Prácticas solicitadas: tipo, frecuencia.
- Fecha de ingreso y egreso al servicio.
- Motivo de egreso: alta, fallecimiento, reinternación, otros.
- Profesionales actuantes.
- Evolución de las diferentes especialidades actuantes.
- Órdenes médicas.

- Tratamientos (controles generales y de medicación).
- Signos vitales y balance de líquidos.
- Epicrisis.
- Consentimiento informado.
- Encuesta de satisfacción del paciente.

RECURSOS TECNOLÓGICOS EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA

La selección del recurso tecnológico que debe emplearse en cada caso en particular, dependerá principalmente del tipo de patología que presenta el paciente y su grado de complejidad.

Como parte de esa tecnología, se encuentran los aparatos médicos destinados al tratamiento y monitoreo del paciente, cuya selección guarda una estrecha relación con el tratamiento aplicado y su correcta prestación.

Dentro de la aparatología empleada en la ID existe una amplia gama de productos que va desde el bajo compromiso tecnológico que requieren los tratamientos psicológicos, cuidados paliativos o de la tercera edad hasta la alta y compleja demanda que requieren ciertas afecciones respiratorias o neurológicas.

Esto obliga tanto a los prestadores como a los financiadores de la salud, a realizar una minuciosa evaluación de los recursos e insumos que permitan lograr el éxito o condenar al fracaso este tipo de prestación.

A continuación se presenta un listado de los equipos médicos más utilizados en la ID con las prestaciones que cumplen:

- **Aspiradores:** Empleado para extraer secreciones de las vías aéreas en pacientes que se encuentran con afecciones respiratorias, asistidos o no por respiración mecánica. Consta de un motor eléctrico (220v/50 Hz) de ½ Hp, un diafragma encargado de generar el vacío y dos frascos que sirven de reservorio. Su mantenimiento es mínimo y es sumamente importante la desinfección de sus partes luego de cada intervención.
- **Nebulizadores:** equipo utilizado para suministrar medicación (broncodilatadores, corticoides inhalatorios, etc) o simplemente liberar las vías aéreas en patologías respiratorias. Los más utilizados son los ultrasónicos y su mantenimiento consiste en mantener las piezas higienizadas y en buen estado. Requiere de una alimentación eléctrica de 220V/50 Hz y un consumo mínimo de 150 Watts.
- **Concentradores de oxígeno:** aparato que genera y concentra oxígeno a partir del aire ambiente permitiendo al paciente, con déficit de oxigenación, desplazarse dentro del domicilio sin necesidad de depender de un tubo de oxígeno metálico y pesado. Su mantenimiento es sencillo ya que solo requiere del reemplazo periódico del filtro y la revisión del correcto funcionamiento. Su limitante está dado por la longitud del cable de alimentación ya que el mismo debe estar conectado al suministro eléctrico de 220/50Hz. Para aquellos pacientes que deben trasladarse frecuentemente a un centro asistencial

es conveniente contar además con una mochila de oxígeno, que consiste en un tubo de oxígeno liviano (aluminio) con su respectivo regulador de presión y flujo acondicionado en una mochila de tela resistente. Su principal limitación es el volumen de oxígeno dado por la capacidad del tubo que ronda las dos horas dependiendo del tratamiento, es por ello que equipos más desarrollados están utilizando oxígeno líquido para aumentar su autonomía. No requiere de mantenimiento excepto la recarga de los tubos por parte de un proveedor autorizado.

- Tubo de oxígeno: indicado en pacientes que se encuentran imposibilitados de trasladarse por sus propios medios o que permanecen en cama todo el tiempo. Es el elemento menos costoso y más utilizado por hospitales y prestadoras de servicios de salud. Su autonomía dependerá del tratamiento y debe garantizarse su provisión en tiempo y forma. No requiere de mantenimiento, si de controles periódicos de seguridad. Si no se instalan y fijan correctamente pueden provocar accidentes que resultar sumamente peligrosos para la vida del paciente como de sus asistentes. Es importante que los tubos de oxígeno se encuentren lejos de la luz del sol y del calor y se deberían colocar advertencias de que se está utilizando oxígeno, para que, en el caso de que ocurra un incendio las mismas puedan ser vistas por los bomberos.
- Aparatos de kinesiología: existe una gran diversidad de aparatos para uso en kinesiología, la mayoría de ellos son electrónicos y requieren de la conexión a un suministro eléctrico de 220v/50Hz. Utilizan diferentes fenómenos físicos para lograr los beneficios fisiológicos que son básicamente la relajación muscular, una mejor vascularización, la absorción de alguna medicación localizada, etc. Para ello se emplean trenes de ondas mecánicas (ondas cortas), ondas lumínicas (lámpara infrarroja), ondas eléctricas (electroestimulador), ondas magnéticas (Magnetoterapia), ondas láser (tratamientos dérmicos), etc. Generalmente estos equipos no permanecen en el domicilio del paciente ya que son suministrados por el kinesiólogo y por ende no requieren de espacio físico ni de mantenimiento.
- Oxímetro de pulso: equipo encargado de monitorear (seguimiento y visualización) la saturación de oxígeno en sangre y la frecuencia cardíaca en pacientes que se encuentran con baja perfusión o con complicaciones respiratorias. Requiere de alimentación eléctrica a 220V/50Hz. y su consumo es bajo (menor a los 300 watts), poseen batería de reserva con una autonomía que varía entre 2 a 8 horas dependiendo de la marca, modelo y fabricante. Su mantenimiento es mínimo y solo requiere cuidado el Sensor por ser una pieza delicada. Hay modelos que vienen con onda plestimografica que permite una mejor lectura de los parámetros fisiológicos del paciente.
- Monitor de apnea: equipo que sensa y monitorea la frecuencia cardíaca o respiratoria de bebés que han sido enviado a casa y presentan cuadros de apnea severa, reflujo persistente, antecedentes familiares de muerte súbita o que requieren de oxígeno. Cuando la frecuencia baja por debajo de los valores razonables se dispara una alarma que advierte de la situación. Los requerimientos son eléctricos son 220v/50 Hz, aprox.

150 watts y una superficie firme para su colocación próxima al bebe. Deben estar provistos de baterías con autonomía de al menos 2 horas.

- Monitor de signos vitales: también denominados multiparamétricos, registran los parámetros fisiológicos del paciente tales como ECG (electrocardiograma), SPO2 (saturación de oxígeno), PNI (presión no invasiva), respiración (pulsos por minuto), etc. Está indicado en pacientes que requieren una lectura continua de su estado clínico para la toma de decisiones como por ejemplo aquellas que requieren de asistencia respiratoria mecánica. Los requerimientos son eléctricos son 220v/50 Hz, aprox. 500 watts y una superficie firme para su colocación próxima al bebe, en la cabecera de la cama para evitar que los cables y electrodos que conectan al paciente interfieran con otros cuidados médicos o de enfermería. Deben estar provistos de baterías con autonomía de al menos 4 horas.
- Bombas de infusión: (enteral o parenteral) equipo destinado al suministro de medicación o alimento en pacientes que requiere gran exactitud en la dosis administrada. Existen dos tipos de bombas de infusión, las peristálticas y las de jeringa, siendo estas últimas, más utilizadas en neonatología y pediatría. Estos equipos permiten a través de la programación de parámetros tales como volumen a infundir [ml.] y selección de tiempo [seg.] dosificar con una exactitud del 1% las dosis de medicamentos, drogas o soluciones que deben administrarse al paciente. Poseen una serie de alarmas que impiden el paso de burbujas de aire en el circuito paciente, detectan oclusión tanto en la entrada a la bomba de la medicación o alimento como en el ingreso al paciente. El requerimiento eléctrico es de 220V/50Hz. con un consumo no supera los 600 watts, posee batería de backup con autonomía no inferior a las 2 hs. dependiendo del fabricante. Su mantenimiento es mínimo y requiere de una verificación periódica del personal técnico calificado para su calibración.
- Respiradores: existe una diversa gama de respiradores destinados a diferentes patologías cuyo grado de complejidad y costo tiene directa relación con sus prestaciones. Ellos son:
 - a) C-PAP: (Continuous Positive Airway Pressure). Es un dispositivo que insufla presión positiva en las vías aéreas de pacientes que, durante el sueño sufren obstrucciones impidiendo la respiración por el lapso de 10 a 30 seg. por vez. Estas interrupciones pueden repetirse ciento de veces en una noche con consecuencias hasta fatales. Vienen tanto máscaras faciales como nasales. Su aplicación aumenta la presión pulmonar, mejora la oxigenación, evita los ronquidos, previene el colapso alveolar en la expiración y disminuye el daño inflamatorio en los pulmones. Los requerimientos eléctricos son 220v/50Hz con un consumo máximo de 350 Watts, no necesitan soportes especiales ya que puede ubicarse sobre la mesa de luz. Su mantenimiento es mínimo y periódico por personal técnico calificado.
 - b) Bi-PAP: (Biphasic Positive Airway Pressure). Es un dispositivo similar al anterior solo que mantiene la presión positiva tanto al final de la inspiración como de la espiración.

Se aplica en pacientes con edema agudo de pulmón. Los requerimientos físicos y técnicos son los mismos que el anterior.

- c) Respirador de transporte: Es el equipo más complejo de los utilizados en terapia domiciliaria, existen muchos modelos, diseños y complejidades en función de los modos ventilatorios que ofrecen. Sin embargo es importante que dicho equipo sea portátil, sencillo de usar, confiable y con gran autonomía ya que de él depende la vida del paciente. El acondicionamiento para la instalación y el correcto funcionamiento de estos equipos merece una atención especial. Desde el punto de vista eléctrico, las instalaciones deben estar en perfectas condiciones con una buena puesta a tierra y conectores acorde a lo solicitado por el fabricante del respirador. Debe estar ubicado a un costado y preferentemente por detrás del paciente a los fines de evitar colisionar con las tubuladuras. Si no cuenta con un pie de apoyo deberá colocarse sobre una superficie horizontal firme y en por encima del nivel de la cabeza del paciente de manera tal que el circuito paciente (tubuladura) cuelgue de forma cóncava y no permita la acumulación de agua en la boquilla del paciente ni en la salida del respirador, en especial cuando se utilizan calentadores/humidificadores para mejorar la ventilación. Los requerimientos eléctricos son 220v/50Hz AC y 12 VDC (para conexión en ambulancia) y un consumo máximo de 800 Watts, debe contar con batería de backup con una autonomía no menor a 5 horas para permitir el traslado del paciente o ante eventuales cortes del suministro eléctrico. Requiere de soportes de anclaje especiales para evitar caídas o desconexiones y su mantenimiento consiste en reemplazar periódicamente los filtros bacteriológicos, desinfectar y en ciertos casos esterilizar los circuitos pacientes y recibir periódicamente la asistencia de personal técnico calificado para la verificación de los parámetros y su calibración.
- Luminoterapia: aparato encargado de irradiar luz de una determinada longitud de onda para el tratamiento de la ictericia o hiperbilirrubinemia en recién nacidos. Existen diferentes modelos algunos de ellos utilizan tubos fluorescentes azules y blancos, otros lámparas halógenas y últimamente se han lanzado al mercado las luminoterapias o fototerapias de LEDs. En todos los casos la vida útil de los elementos varían y se miden en horas de encendido. Los requerimientos eléctricos dependerán de la cantidad de tubos que posea la lámpara, la potencia del Spot o la cantidad de LEDs que posea el panel, en todos los casos no supera los 10 A de una instalación domiciliaria. En cuanto a su colocación y adaptación viene provisto de un pie y un cabezal móvil que le permite central la luz sobre el paciente.
 - Elementos de apoyo: se encuentran enmarcados aquí los bastones, trípodes, muletas, sillas de ruedas, etc. que permiten el traslado de los pacientes dentro y fuera de domicilio.
 - Camas ortopédicas: indicadas en pacientes con politraumatismos o accidentes cerebrales que le impide valerse por sí mismo. Generalmente estas camas se encuentran articuladas en tres o más secciones, una cabecera, una sección donde

apoya la mayor parte del cuerpo y otra destinada a las piernas. Todas poseen movimientos de ascenso y descenso y su función es permitir realizar de manera más placentera las tareas tanto del paciente como del personal de salud asignado. Dependiendo de la complejidad y la calidad de la cama estos movimientos pueden ser manuales o eléctricos siendo estos últimos más favorables en pacientes obesos o con que un grado de movilidad que le permita accionar los controles sin necesitar de asistencia externa. Si bien las camas siguen teniendo su estructura metálicas, los nuevos materiales plásticos de alto impacto han suplantado a los metálicos y maderas con los cuales se construían los respaldos y laterales. Incluso hoy los controles de movimiento se encuentran integrados a los laterales para evitar las continuas caídas de los antiguos controles remotos y sus consecuente rotura.. En el caso de las camas eléctricas el consumo energético dependerá de los motores que realizan los movimientos de ascenso/descenso, trendelemburg, inclinación, etc. pero en todos los casos estas camas pueden ser alimentadas por la red domiciliaria.

INTERNACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA

Existe un grupo creciente de niños que quedan dependientes de un medio de soporte respiratorio artificial en forma prolongada. Se ha estimado que este grupo de pacientes representa alrededor del 12% de la población de las unidades, aunque este porcentaje puede alcanzar hasta 30%.

La amplitud del problema abarca aspectos individuales del paciente (calidad de vida), familiares, sociales, psicológicos, económicos, éticos y de salud pública.

En los últimos años ha crecido el interés por los cuidados domiciliarios de los pacientes crónicamente enfermos.

En nuestro medio, la mayoría de los programas están orientados a prematuros o recién nacidos con discapacidades o a pacientes adultos.

La posibilidad de implementar un programa de asistencia respiratoria mecánica (ARM) en domicilio surge como una alternativa frente a este nuevo problema en crecimiento en el ámbito de los cuidados intensivos pediátricos.

Citamos a tal fin el trabajo publicado por los Dres. Pablo G. Mincez, Eduardo J. Schnitzler y colaboradores. El objetivo de este trabajo fue describir una serie de niños crónicamente dependientes de ventilación mecánica, que egresaron del hospital para continuar la asistencia en sus domicilios. Si bien el número de pacientes estudiados es bajo (7 pacientes en edad pediátrica dependientes de ARM), refleja ciertos aspectos interesantes.

Las causas que motivaron la necesidad de ARM prolongada fueron diversas . De los siete pacientes, en tres fue posible el retiro del respirador. Sin embargo, uno de ellos falleció 4 meses más tarde por una sepsis neumocócica. La mediana del tiempo de ARM, hasta julio de 2001 fue de 21 meses (10 a 118 m). En cuatro de ellos se pudo conocer el valor del costo mensual directo al financiador: media \$ 7.425* (rango \$ 1.400 a \$ 14.000). El financiador fue siempre un sistema de obra social (no prepago). En un solo caso fue posible el manejo sin apoyo de enfermería. Todos los pacientes fueron atendidos por un equipo que incluyó médico

de cabecera, neurologo infantil, psicólogo, kinesioterapeuta respiratorio y kinesioterapeuta neuromuscular.

El trabajo cuenta con una pequeña serie de siete pacientes muestra como causa de necesidad de ARM prolongada a un grupo heterogéneo de problemas, aunque similar al hallado en otras series mayores. Fraser y col. estudiaron las causas de ARM prolongada, con displasia broncopulmonar, hipoventilación central, lesión espinal y enfermedad neuromuscular como las principales. Este tipo de programas también debería ser considerado como una opción frente a niños con enfermedades neurológicas, neuromusculares o pulmonares crónicas que se descompensan reiteradamente cuando se realiza el destete o se interrumpe la ARM. Dentro de las mayores dificultades en la instrumentación del egreso hospitalario se encuentran los aspectos sociales y económicos. Para la obtención de los recursos económicos necesarios, según su fuente, la demora puede alcanzar varios meses. El tiempo de aprobación de los fondos osciló con respecto a los privados (184 vs. 99 días). Los costos directos obtenidos en cuatro pacientes (\$ 7.425) fueron inferiores a los que corresponden a la internación hospitalaria (\$ 9.000 a \$ 27.000), según surge de un grupo de trabajo integrado por 25 hospitales públicos y privados de nuestro país.

La implementación del programa de ARM domiciliaria abarca cuatro aspectos importantes: selección adecuada del paciente, el equipo multidisciplinario (recursos humanos), la preparación de la familia y los recursos materiales necesarios.

El niño debe encontrarse en una situación de estabilidad cardiopulmonar, libre de infección activa, preferentemente en crecimiento. El establecimiento de criterios claros de selección de pacientes ha mostrado ser una herramienta útil. El equipo terapéutico debe contar con un coordinador responsable (médico de cabecera), kinesioterapeuta respiratorio, neumólogo, psicólogo, neurólogo, asistente social, enfermería, etc. La familia debe estar entrenada en el manejo de las situaciones de emergencia (disfunción del traqueostoma, reanimación cardiopulmonar) y del equipamiento, como así también comprender los riesgos y beneficios del programa.

Este programa de ARM domiciliaria presentó resultados positivos desde el punto de vista de calidad de vida de los pacientes, de funcionamiento familiar y financiero. Si bien los costos no están actualizados por la fecha de publicación del trabajo, la diferencia de hasta el 300% respecto a los valores de internación evidencian su costo efectividad.

EL PROCESO DE TRANSFERENCIA DEL PACIENTE

La transición del paciente del ámbito sanatorial al domicilio es un proceso complejo.

Es una transferencia en la que están implicados distintos actores:

1. médico internista,
2. administrativos del hospital - sanatorio,
3. administrativos de la Obra Social o EMP del paciente, sumándose a los administrativos del prestador en caso de tercerizar el servicio.
4. médico admisor del prestador de atención domiciliaria (de existir esta figura),
5. médico y profesional no médico prestadores de atención domiciliaria.

6. personal de farmacia.

Es de fundamental importancia que la articulación de todos estos actores sea coordinada. Cada uno tiene un papel trascendente y debe ser consciente de su rol. La premisa para todos ellos debe ser individualizar al paciente y “humanizarlo”, no convertir el proceso en un trámite administrativo que lo convierta en un objeto. Un retraso o falla en esta secuencia conlleva a demoras en la externación. Por lo tanto se sugiere la anticipación y confirmación de cada paso, para garantizar la seguridad del paciente y reducir los costos de internación.

Existen tantas formas de solicitud y procesos como instituciones y prestadores de internación domiciliaria. Hemos comprobado que el pedido de internación domiciliaria puede originarse en CABA de las más diversas maneras: mensaje de texto, fax, mail, solicitud de médico admissor, derivación con formularios de familiares al prestador.

En el proceso podemos identificar al menos cuatro pasos:

1. Solicitud por el equipo tratante de la atención domiciliaria.
2. Admisión del paciente a la internación domiciliaria.
3. Asignación del recurso humano/equipamiento.
4. Externación.

Podemos brindar las siguientes recomendaciones para mejorar la eficiencia del proceso.

1. Sistematizar en la institución la forma de solicitud de internación domiciliaria.
2. Utilización del correo electrónico o intranet con medidas de seguridad pertinente para la gestión de la información con copia al menos a: responsable médico, administrativo y prestador. El uso de papel fax deteriora la transmisión de la información. Conlleva riesgos de pérdida, material ilegible o recepción en sector o por persona inadecuada. Los formularios de evaluación realizados por médicos admisores son una herramienta útil.
3. Anticipar la solicitud para evitar demoras en la externación.
4. Confirmación del prestador de atención domiciliaria de que todas las condiciones están garantizadas para la atención del paciente. La confirmación debe recibirse previo al traslado.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA

El cumplimiento de las normas de bioseguridad en atención domiciliaria es sin lugar a dudas uno de los puntos más conflictivos y con mayores falencias.

En domicilio se generan residuos patológicos que deben ser tratados adecuadamente.

Encontramos las siguientes dificultades para poder lograrlo:

- Los múltiples sitios donde se generan residuos patológicos.
- La tercerización de servicios hacen que no dependan directamente de la Obra Social o EMP su gestión.
- Capacitación insuficiente de personal de enfermería, muchas veces auxiliar.
- Dificultades en control “in situ”.

Como solución a esta dificultad podemos proponer:

1. Clasificar a cada paciente según el tipo de residuo patológico que genere su asistencia.
2. En base a dicha clasificación establecer un sistema de recolección.
3. Recolección de residuos patológicos por empresa especializada una vez confirmada el alta del paciente. Esta empresa contratada por la Obra Social o EMP. De este modo toda asistencia directa o tercerizada tendrá garantizada el retiro de residuos patológicos.
4. Programas de control aleatorio por servicio de infectología y enfermera especialista en control de infecciones de O.S. o EMP, a modo de auditoría de terreno, para evaluar el cumplimiento de normas de bioseguridad.
5. Control telefónico de calidad de atención que incluya en cuestionario: ¿Fueron retirados los residuos derivados de la atención? Fecha de recolección para establecer demora entre el tiempo de alta y desecho.

PATOLOGÍAS PREVALENTES EN LOS PACIENTES CON INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Podemos clasificar a los pacientes en los siguientes grupos:

1. Post Quirúrgicos Traumatológicos: fractura de cadera, artroplastia de cadera, artroplastia de rodilla.
2. Tratamiento Antibiótico Parenteral de Infecciones Complejas: endocarditis infecciosa , meningitis, neumonía, infección urinaria, osteomielitis.
3. Tratamiento Paliativo de Enfermedad Oncológica Avanzada.
4. Enfermedades Neurológicas: accidente cerebrovascular, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple.
5. Enfermedades respiratorias: neumonía, EPOC, hipertensión pulmonar, fibrosis quística.
6. Úlceras por decúbito.
7. Post quirúrgicos No Traumatológicos: ostomías, catéteres, drenajes, heridas complejas.
8. Trombosis venosa profunda.
9. Cuidados al final de la vida.

Las modalidades de atención son los cuidados agudos y los crónicos. Dentro de los cuidados agudos, denominados habitualmente “internación domiciliaria”, los pacientes provienen, en un 90%, de una internación hospitalaria y utilizan los cuidados domiciliarios para permitir la continuidad de la atención en el contexto de un alta precoz.

El otro 10% se genera principalmente en las centrales de emergencias, constituyendo la modalidad que evita la internación hospitalaria.

Los casos más frecuentes de cuidados agudos por alta precoz en el Hospital Italiano son el manejo de los postoperatorios, principalmente los traumatológicos, los tratamientos antibióticos parenterales de infecciones complejas, el manejo de heridas complejas, los cuidados paliativos oncológicos y los cuidados luego de una internación clínica de adultos mayores frágiles.

Las situaciones habituales que evitan una admisión hospitalaria son el manejo de las trombosis venosas profundas, de fracturas no quirúrgicas (columna y pelvis) y las infecciones que requieren tratamiento intravenoso sin internación previa.

El registro de pacientes y su clasificación por patologías ayuda a programar y anticipar requerimientos de prestaciones e insumos según la patología predominante. A su vez ayuda a poder establecer costo a futuro y realizar ajustes tarifarios en caso de ser necesario.

PAUTAS DE ADMISIÓN A INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Los requisitos para ingresar a internación domiciliaria podemos resumirlos en los siguientes puntos:

1. Paciente clínicamente estable.
2. Patología que pueda tratarse en domicilio.
3. Consentimiento informado por el paciente, familiar o tutor.
4. Condiciones habitacionales acordes a los requerimientos del paciente.
5. Nivel de alarma, contención y capacidad de resolución frente a situaciones de desestabilización luego de capacitación y educación familiar.
6. Capacidad de interacción y cooperación con el equipo de salud.
7. Presencia de mecanismos adecuados de derivación con establecimientos asistenciales de internación.

El médico admisor del prestador de internación domiciliaria cumple, entre otras funciones, con la evaluación de que se cumplan todos estos puntos para ingresar al programa.

ASPECTOS MÉDICO LEGALES Y MANEJO DE LOS RIESGOS CLÍNICOS DE LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA

La internación domiciliaria plantea nuevos desafíos en términos de seguridad de los pacientes y de responsabilidad profesional. En sus casas, son los pacientes y sus familias quienes controlan el ámbito de atención, requiriendo una participación activa de los mismos en el desarrollo del plan de cuidados. Muchas decisiones deben ser tomadas en soledad y, a diferencia de los que ocurre en el ámbito de internación, la supervisión directa sobre el personal, los equipos y la documentación médica en el domicilio es limitada. Por otra parte, la regulación de esta prestación todavía es pobre. Estos factores aumentan el riesgo de que algunos problemas, errores y peligros no sean detectados ni notificados.

Podemos enumerar las siguientes causas de demandas en internación domiciliaria:

- No detectar una condición durante la admisión o el tratamiento.
- No notificar al médico cambios en la condición del paciente.
- Falla en la instrucción de los pacientes/familias.
- Caídas.
- Mal manejo úlceras por decúbito.
- Inadecuado manejo de equipos.
- Nutrición deficiente.

- Mal manejo infecciones urinarias y respiratorias.

Úlceras por decúbito

Las úlceras por presión (también denominadas úlceras por decúbito) son una fuente de dolor y sufrimiento importante. Sin bien puede ser discutible en muchos casos, la percepción general de los pacientes, sus familias y de quienes eventualmente tienen que juzgar casos de mala praxis vinculados a este daño es que todas las úlceras por decúbito son evitables. Por ende, el desarrollo y el cumplimiento de normas y procedimientos que disminuyan esta complicación es una de las principales tareas de los responsables de la internación domiciliaria.

No es difícil para quienes demandan por mala praxis demostrar a legos que la úlcera no apareció de la mañana a la noche, sino que es el resultado de un cuidado negligente a lo largo del tiempo. Los juicios por mala praxis originados en esta causa, generalmente acompañados de fotos de alto impacto para quienes no son profesionales de la salud, agregan un componente emocional muy fuerte que hace aún más difícil defender estos casos.

Más allá de los eventuales juicios por negligencia, las úlceras por decúbito se asocian con un significativo aumento de la morbilidad (infecciones, osteomielitis, sepsis) y de los costos de la atención. En el año 2006 el sistema de salud norteamericano tuvo que desembolsar 11 billones de dólares por esta complicación. Es por ello que desde el año 2008 los programas de Medicaid y Medicare no reconocen, bajo determinadas circunstancias, los gastos que realizan sus prestadores por escaras que pudieron prevenirse.

Si bien son pocos los estudios que han analizado la prevalencia de úlceras por decúbito en pacientes bajo el régimen de internación domiciliaria, un estudio del año 2001 en Estados Unidos arrojó un índice del 17% en pacientes mayores. Sólo en el 18% de los pacientes en riesgo se realizarían las mejores prácticas destinadas a reducir la aparición y el desarrollo de estas úlceras. Una encuesta realizada en dicho país a más de 128 empresas de internación domiciliaria buscó evaluar la calidad de las prácticas que se estaban realizando para disminuir al máximo este riesgo.

De su lectura se extraen interesantes conclusiones:

- Sólo el 33% tenía normas escritas referidas a la predicción o prevención de úlceras por decúbito.
- Sólo el 58% de las empresas evaluaban el riesgo de úlceras en todos los pacientes en el proceso de admisión. Un 8% no evaluaban este riesgo en ningún paciente admitido.
- El principal método utilizado para identificar a los pacientes con mayor riesgo fue el criterio clínico de enfermería. Sólo el 21% de las empresas utilizaban escalas validadas por la evidencia científica como las de Braden o Norton.
- La mayoría de las empresas (86%) notificaron la utilización de superficies de apoyo especiales para prevenir la aparición de úlceras (colchonetas, cojines o colchones de aire, agua, espuma o gel, colchones de aire alternante, colchones alternantes con flujo de pérdida de aire, camas fluidificadas, etc.).
- Un porcentaje similar reveló entrenar a los pacientes y a sus familias/cuidadores acerca de la adecuada postura y rotación, la minimización de la fricción y el roce y el estímulo de la movilización. Sin embargo, cerca de la mitad de las empresas no habían desarrollado material de capacitación escrito y estandarizado para distribuir entre los pacientes de alto riesgo.

- En sólo la mitad de las empresas las enfermeras realizan de rutina una inspección general de la piel en los pacientes de riesgo en todas las visitas.
- Sólo el 54% de las empresas habían realizado una adecuada evaluación nutricional en los pacientes de riesgo.

El trabajo incluye recomendaciones tales como:

- El desarrollo y la implementación de normas y procedimientos escritos que adecuen las estrategias preventivas al nivel de riesgo.
- La capacitación permanente del personal de enfermería.
- La utilización de guías de práctica clínica especialmente desarrolladas para prevenir este riesgo (la clasificación más utilizada en todo el mundo es la establecida conjuntamente en el año 2009 por el Grupo Americano de Úlceras por Presión -NPUAP- National Pressure Ulcer Advisory Panel) y el Grupo Europeo de Úlceras por Presión -EPUAP- European Pressure Ulcer Advisory Panel) .
- Evaluar este riesgo en la admisión de todos y cada uno de los pacientes, esto puede realizarlo el médico admisor de internación domiciliaria preferentemente para equipar el domicilio acorde a las necesidades previo al egreso institucional del paciente.
- Realizar una evaluación nutricional en todos los pacientes de riesgo.
- Brindar material de capacitación escrito a los pacientes y sus familias. Una de las principales dificultades que enfrentan Evaluar este riesgo en la admisión de todos y cada uno de los pacientes.
- Realizar una evaluación nutricional en todos los pacientes de riesgo.
- Brindar material de capacitación escrito a los pacientes y sus familias.

Riesgo de caídas

Las caídas en el hogar mientras el paciente se encuentra bajo el régimen de internación domiciliaria exponen a los mismos a lesiones serias y a las empresas a demandas por responsabilidad profesional. La inadecuada evaluación del ambiente y del paciente, las inapropiadas técnicas de transferencia y la pobre capacitación de los familiares suelen ser los principales problemas. Todos los pacientes en internación domiciliaria presentan el riesgo de caídas, pero la edad y algunas condiciones clínicas, entre otros factores, pueden aumentar esta posibilidad.

Un estudio de caídas en el hogar encontró que la tasa de caídas era cuatro veces mayor en los pacientes dentro de las dos primeras semanas posteriores a una internación y que el 15% de las readmisiones hospitalarias de pacientes añosos se deben a caídas. Se sugiere evaluar el riesgo de caídas en el domicilio por personal de enfermería con escalas validadas.

Errores en la medicación

Los errores de medicación en situaciones de internación domiciliaria han sido mucho menos estudiados que en el ámbito hospitalario. Se sabe, sin embargo, que estos pacientes se encuentran bastante expuestos a este tipo de error por la naturaleza del sistema (menor posibilidad de control sobre el ambiente) y por las características de la población. Algunos estudios estiman que entre el 20% al 30% de los pacientes internados en sus domicilios presentan un riesgo aumentado a errores en la medicación. Consideramos errores de

medicación más frecuentes la vía de administración inadecuada de medicamentos, dilución inadecuada de las drogas, dosis inadecuada de medicamentos, posología inadecuada por incumplimiento de horarios de aplicación.

Los siguientes son algunos de los factores de riesgo para la generación de errores en la medicación:

- Ausencia de epicrisis al momento de la externación.
- Indicación médica incompleta o ilegible. Por ejemplo omisión de vía de administración, tiempos de infusión o dilución del fármaco.
- Dificultades cognitivas de los pacientes.
- Prescripciones de medicación realizadas por más de un médico.
- Polifarmacia.
- Falta de comunicación directa y oportuna entre la enfermera, el médico que prescribió y el farmacéutico.
- Falta de actualización de las indicaciones médicas.
- Falta de capacitación del personal de enfermería.
- Medicación con frecuencia de administración varias veces al día.

Entre las estrategias planteadas para abordar este riesgo se incluyen:

- Epicrisis como criterio de ingreso al programa de internación domiciliaria.
- Informatización de las prescripciones médicas.
- Adecuar tratamientos antibióticos con infectología a drogas con menor frecuencia de administración.
- Capacitación del personal de enfermería.

Riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio de los pacientes no es ajeno a ningún ámbito de atención, si bien es más frecuente en instituciones psiquiátricas y en geriátricos.

Una muestra al azar de pacientes internados en geriátricos reveló que el 13,5% sufría depresión severa, una condición asociada a este riesgo.

El personal de enfermería de las empresas de internación domiciliaria debe estar entrenado para reconocer los signos y síntomas de cuadros depresivos graves. Algunos estudios indican que este reconocimiento puede verse dificultado si las enfermeras se basan exclusivamente en la observación. Se disponen de escalas validadas de depresión o test de tres preguntas sencillas, luego de detectarse la posibilidad de depresión debería derivarse a especialista en psiquiatría.

Preparación de la familia

Muchas veces los familiares tienen expectativas poco realistas acerca del nivel, frecuencia y duración de los servicios a cargo de la empresa de internación domiciliaria. Los malos entendidos suelen generarse en comentarios imprecisos realizados por médicos y enfermeras de la institución en donde estuvo internado el paciente antes de su atención domiciliaria. Estas expectativas poco realistas suelen exponer a los profesionales y a la empresa a juicios por responsabilidad profesional. Es por ello importante precisar a los pacientes y a sus familias qué es lo que puede esperarse de este sistema, desde el momento en que es admitido hasta el

momento en que se planifica el alta definitiva. En este punto suele cumplir un papel muy importante el médico admitor, aclarando dudas, qué es lo que se puede brindar en el domicilio, y muchas veces “desechando” la posibilidad de prestaciones que habían sido sugeridas o solicitadas por el médico internista ante la angustia y demanda familiar. La falta de la debida capacitación a los pacientes y a sus familiares puede originar incidentes graves y ser la base de reclamos por negligencia. Los médicos y las enfermeras deben documentar en la historia clínica el entrenamiento dado a los cuidadores y también deberían confirmar las habilidades adquiridas por estos pidiéndoles que realicen en su presencia las tareas que se les enseñaron.

LA ENFERMERÍA EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA - SU PROBLEMÁTICA.

Para reducir el riesgo de daño a los pacientes y garantizar una atención de calidad, las empresas de internación domiciliaria deben emplear un adecuado número de enfermeras, auxiliares y personal de supervisión. Los estándares de contratación deberían basarse en modelos que permitan a la empresa ajustar en forma dinámica su plantilla de acuerdo a las necesidades. Otro problema de la internación domiciliaria suele ser la gran rotación del personal de enfermería. Por ese motivo, muchas empresas buscan la forma retener a sus mejores empleados.

Un interesante estudio recoge las opiniones de más de 58 enfermeras de internación domiciliaria acerca de lo que valoran en las empresas de internación domiciliaria que las contratan:

1. Extensa orientación con preceptoría para el personal nuevo para cubrir los “baches” de conocimiento y experiencia que se generan en la transición del medio hospitalario al domicilio.
2. Una estructura de apoyo organizada que permita el rápido y fácil acceso a supervisores, médicos generales y especialistas.
3. Condiciones que eviten la sobrecarga de trabajo, con personal suficiente y adecuado descanso.
4. Acompañamiento por personal de seguridad en el caso de que deban acceder a zonas peligrosas.
5. Cuadros gerenciales competentes y prácticas administrativas de apoyo eficientes, incluyendo reuniones de equipo, apoyo telefónico en tiempo real, coordinación de la comunicación entre los distintos prestadores, confianza entre los administradores y el personal de enfermería y participación en la toma de decisiones.
6. Misión y visión centrada en el paciente.
7. Adecuado pago de honorarios.

Un punto importante es la capacitación del personal de enfermería. Muchas veces los reclamos familiares se centran en la falta de experiencia del personal de enfermería que los está asistiendo. Sistemas de asignación de acuerdo a la complejidad, con responsabilidades crecientes son lo más recomendable.

FINALIZACIÓN DEL SERVICIO DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA

El sistema de atención domiciliaria una vez resuelta la patología aguda debe ser modificado o suspendido para el paciente. En esto es de fundamental importancia el rol de auditor médico, garantizando la adecuada utilización de los recursos.

Un problema especial se genera en los contratos capitados, en los que la empresa de internación domiciliaria necesita reducir el número de prestaciones y pacientes para mantener la rentabilidad.

Muchas altas son vistas por los familiares como prematuras, quejándose generalmente de que el proceso no tuvo en cuenta sus necesidades de obtener una prórroga en el servicio, una derivación a un centro terciario o una mejor capacitación para cuando estén solos. Las empresas de internación domiciliaria se encuentran expuestas en términos de responsabilidad civil bajo la figura de abandono de paciente si los servicios son discontinuados sin un tiempo prudencial de advertencia y sin dejar tiempo a que la familia acceda a otro prestador (cuando se continúa requiriendo atención médica). Si el paciente sufre un daño a consecuencia de esto, las probabilidades de demandas aumentan.

Para evitar la posibilidad de que una situación pueda ser calificada como abandono de paciente, las empresas necesitan desarrollar normas escritas para el manejo de los escenarios más frecuentes. Se recomienda a su vez la participación de sus asesores legales en el desarrollo de las mismas. Resulta vital para la empresa documentar los detalles de las conversaciones sostenidas con el paciente/familia acerca de la finalización del servicio: las razones, la fecha en la cual se comenzó a hablar de esto y cualquier arreglo o disposición que se haya tomado respecto a la continuidad del cuidado.

Muchas veces las prestaciones son prolongadas dado que el profesional médico actuante no desea generar conflictos médico legales y al ver que la decisión de egreso es unilateral.

La generación de ingresos con fecha estimada de finalización del servicio, aviso a la familia de ésta situación, y el consentimiento informado del egreso con pautas escritas a cumplir una vez finalizada la asistencia en domicilio son útiles para disminuir esta problemática.

Un punto que merece especial atención es la falta en muchos casos de programas de seguimiento domiciliario de pacientes ancianos frágiles, con trastornos de movilidad o discapacidad. Lo que hace aún más difícil en estos casos el egreso del paciente de la internación domiciliaria al no poder garantizarse adecuadamente su atención por no contarse con otro programa de asistencia de soporte.

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Las normas del Ministerio de Salud de la Nación para internación domiciliaria también recomiendan la realización de encuestas de satisfacción y brindan un modelo al que se puede acceder vía web.

La información acerca de la forma en la cual los pacientes y sus familias perciben que fueron atendidos es fundamental para garantizar la calidad de las futuras prestaciones y para identificar problemas. Lo forma más común de hacerlo es pidiéndoles que completen un formularios. Las encuestas telefónicas y los “focus groups” son otros métodos también utilizados.

La encuesta de satisfacción cierra el círculo y puede ser utilizada para fines tan diversos como marketing, identificación de riesgos, calidad, acreditación, etc.

CONCLUSIÓN

La internación domiciliaria es un modelo de atención costoefectivo. Depende de un nivel de organización administrativo y de recursos humanos elevado, cuya sincronía y coordinación termina diferenciando la calidad de atención. Las encuestas de satisfacción constituyen un instrumento útil para corregir errores.

En Argentina podemos decir que la atención domiciliaria es exclusiva para pacientes beneficiarios de Obra Social y afiliados a Empresas de Medicina Prepaga. Permaneciendo el sistema de salud pública ajeno a esta modalidad de atención que tanto potencial y beneficio económico puede generar.

Para finalizar, y mirando a futuro, podemos afirmar que el campo de la internación domiciliaria continuará expandiéndose en los próximos años, con incorporación de nuevas tecnologías de comunicación (ej: telemedicina) y mayor sofisticación de los equipos, lo que representa nuevos desafíos. Sin embargo, los principios de control de riesgos seguirán siendo los mismos: una preocupación sincera por el estado del paciente, una adecuada comunicación entre los distintos prestadores, una adecuada capacitación del personal y de la familia y una prolija documentación.

BIBLIOGRAFÍA

- Arch. argent. pediatr 2002; 100(3): "Asistencia respiratoria mecánica domiciliaria en la edad pediátrica"- Dres. Pablo G. Mincos, Eduardo J. Schnitzler, Augusto C. Pérez, Silvia M. Díaz, Julián Llera y Mabel Lasa.
- Internación domiciliaria. Un Desafío . Dra. Mónica Senillosa. Hospital Italiano de Buenos Aires. Publicado julio 2014 en adecra+cedim.
- "Internación domiciliaria: Aspectos médico - legales y manejo de riesgos". Dr. Fabián Vítolo Médico - NOBLE S.A.(compañía de seguros). Biblioteca Virtual NOBLE Septiembre 2011.
- "Internación domiciliaria, un enfoque interdisciplinario". Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (A.A.D.A.I.H.). Dra. Cecilia Cortiglia Bosch, Arq. Alejandra Penisi, Bioingeniero Paulo Musich.

ANEXO 1. EMPRESAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA AGRUPADAS EN CAEID.

ATENDER CUIDADOS Y TRATAMIENTOS DOMICILIARIOS (FERMAY S.R.L.)

Av. Sarmiento 1790 - Resistencia- ChacoTel:(03722)411640 / 571187Mail:
atendersalud@atendersalud.com.arWeb: www.atendersalud.com.ar

ASISTENCIA LOCAL S.A.

Caseros 2425 - Alto Alberdi - CórdobaTel: (0351) 3842229Mail: p.adzich@gmail.comWeb:

ASISTIR MEDICINA EN SU HOGAR S.R.L.

Avda. Maipú 851/55 - Vicente LópezTel:(0)4718-2614 / 4796-4851Mail:
info@asistirmedicina.comWeb:www.asistirmedicina.com.ar

ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA DOMICILIARIA (A.R.M.D.)

Catamarca 1950, Piso 2º Of 8 y 9Tel:(011)4717-6001/ 2346Mail: armd@armd.com.arWeb:
www.armd.com.ar

AXIOMA MÉDICO S.R.L.

Yerbal 18 - C.A.B.A.Tel: (011) 4902-4003Mail:
lupi@axiomamedico.com.arWeb:www.axiomamedico.com.ar

CENTAURI S.R.L.

Av. 13, Nº689 Piso 2º "B" - La PlataTel:(0221)424-6401Mail:centauri@speedy.com.arWeb:

CIDPEN S.R.L.

Pasco 1060 – Piso 3, Of "C"- C.A.B.A.Tel:(011) 4308-4532 /4942-6247Mail:
dirmedica@cidpen.com.arWeb: www.cidpen.com.ar

CITAP S.A.

Av.Pueyrredón 480 Piso 3ºOf.16 - C.A.B.A.Tel: (011)4867-7400Mail:
citap@speedy.com.arWeb:

CUIDADOS DE SALUD DOMICILIARIO S.R.L.

Mancilla 3053- Piso 3º "C" - C.A.B.A.Tel:(011)4824- 4951 / 3973-
2299Mail:danielgril@yahoo.comWeb:

CONTINUUM S.R.L

Av. Maipú 474, Piso 4º "B" - CABATel:(011) 4393-6200Mail:Web:

DAR SALUD S.R.L

Falucho 3000 - Mar del PlataTel:(0223) 496-1100Mail:
darsaludmdp@live.com.arWeb:www.darsaludmdp.com.ar

EFIMED S.A.

Avda. de Mayo 819,Piso 14º"B"- C.A.B.A.Tel: (011)4343-3381/3285Mail:
efimed@intramed.netWeb:www.efimed.com.ar

FILIUM S.A.

Riobamba 588 , Piso 4 "A" - C.A.B.A.Tel: (011) 4371-0606 /
9282Mail:cyntiafleury@filiumsalud.com.arWeb:www.filiumsalud.com.ar

HEALTH HOME S.A.

Av.Pueyrredón 538–1ºCuerpo 6ºATel:(011) 4964-5155Mail: ragranatti@yahoo.com.arWeb:

INTERNACION MEDICA DOMICILIARIA S.R.L.

Calle 57 Nº 716 - La Plata - Tel: (0221) 483-5182Mail:

KINDOMI S.R.L.

Vergara 602- BOULOGNE-SAN ISIDROTel:() 4587-4137 /
4480Mail:leticia.zambon@kindomi.comWeb:

LAR S.A. PROGRAMAS DE SALUD

Tacuari 237–Piso 3º-Of "36" C.A.B.A.Tel:(011) 4345-2697/4297Mail:
afigueras@programaslar.com.arWeb: www.programaslar.com.ar/index.swf

MAPS S.A.

Montevideo 770, Piso 11 C.A.B.A.Tel:(011) 4812-8898Mail:administracion@obrasociales.com.arWeb:MEDIHOME - MEDICINA PLATENSE DOMICILIARIA S.A.Av.44 N° 1022 e/15 y 16-La PlataTel:(0221) 0221-4254750 /4952-0804Mail:info@medihome.comWeb:www.medihome.com.ar

MEDIZIN DE SERVICIOS S.A.

Diag.Roque Sáenz Peña 637 – 2° C.A.B.A.Tel:(011)4393-1776 /1283Mail:medizin@medizindeservicios.com.arWeb: www.medizindeservicios.com.ar

NEW MED S.R.L.

Lima 29-2do."H"- C.A.B.A.Tel: (011) 4384-7256Mail:info@newmed.com.arWeb:www.newmed.com.ar

PALCARE S.R.L.

Hipolito Bouchard 644 - 4° "A"- C.A.B.A.Tel:(011)5273-1000Mail:gf@palcare.com.arWeb:www.palcare.com.ar

PRIORITY HOME CARE S.R.L.

Av.de Mayo 1343-5°"3"- C.A.B.A.Tel:(011)4384-9199Mail:info@priorityhomecaresrl.com.arWeb:www.priorityhomecaresrl.com.ar

PROYECTO SALUD S.R.L.

Corrientes 2817 8°"B"- C.A.B.A.Tel: (011) 4962-4100/ 4900Mail: gerencia@proyectosaludsr.com.arWeb:EN CASA -SERVICIOS DE ATENCION DOMICILIARIA S.A.Cuba 1833 – 5° - C.A.B.A.Tel: (011) 4784- 7176Mail: encasa@encasa.com.arWeb:www.internaciondomiciliaria.org

SALUD ACTIVA S.A.

Santa Rosa 320 - 7° "A" -CórdobaTel:(0351)3883855Mail:wcamara06@hotmail.comWeb:

SALUD EN EL HOGAR S.R.L.

Colectora Panamericana 2157- Piso 2"A"Tel:(0)5648- 4984 / 4985doctoralonghi@saludenelhogarsrl.com.arWeb:www.saludenelhogarsrl.com.ar

SALUD INTEGRAL S.R.L.

41 Nro. 831 entre 11 y 12- La PlataTel: (0221) 427-7931/424-7988Mail: saludintegralid@ciudad.com.arWeb:

SANITY CARE INTERNACION DOMICILIARIA S.R.L.

Palestina 738 - C.A.B.A.Tel:(011)4862-9566Mail:maguirre@sanitycare.comWeb:www.sanitycareid.com.ar/

SIDOM S.A.
Segui 538 - C.A.B.A.Tel:(011) 4862-8000Mail:
administración@sidom.com.arWeb:www.sidom.com.ar

SIEP S.R.L.
Diag. Roque Sáenz Peña 547, Piso 1°- CABATel: (011) 4331-1551/4342-1392Mail:
info@siepsrl.com.arWeb:www.siepsrl.com.ar

TEAM PEDIATRICO S.R.L.
Thames 108 - San IsidroTel:(011) 5291-1704Mail:info@teampediatico.com.arWeb:www.teampediatico.com.ar

RECUPERARSE EN FAMILIA S.R.L.
Jujuy 2119 - Mar del PlataTel: (0223) 491-5095informes@recuperarsenfamilia.com.arWeb:www.recuperarsenfamilia.com.ar

ANEXO 2. MODELO DE PLANILLA DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellido Edad..... Fecha de ID

Lugar de ingreso..... Obra Social.....

Número de afiliado.....

Motivo de internación.....

Diagnostico.....

T de internación.....

Modalidad de Egreso.....

Cuidados agudos.....

Cuidados crónicos.....

Causas de cancelación de ID.....

Razones Medicas.....

Razones Sociales.....

RECOMENDACIONES

K 108.....

Bomba de infusión.....

SV.....

Catéter periférico.....Catéter central.....AT8 parenteral.....

O2.....VNI.....

Gastrostomía.....Yeyunostomía.....Colostomía.....

Ileostomía.....Nefrectomía.....Traqueotomía..... Drenaje biliar.....Otras ostomias..... Curaciones de heridas quirúrgicas.....Curaciones de escaras.....

EQUIPOS

Clínicos.....Infectología.....Traumatología.....Neurología.....

Enfermería.....Cuidados paliativos.....

Cirugía..... Urología..... Cardiología..... Psiquiatría

general.....	Estimulación visual.....
Fonoaudiología.....	Terapia ocupacional.....
Estimulación Psicomotriz.....	Neuromuscular.....
Kinesiología.....	Respiratoria.....
Otras especialidades.....	
INTERVENCION DE MEDICINA DOMICILIARIA	
Indicación de oxigenoterapia.....	
Indicación de transfusión.....	
Detección de alteraciones en el laboratorio.....	
Detección de interurrencias.....	
Cambios de conductas.....	
Detección de riesgos social.....	
Corrección de errores en la prescripción.....	
Epicrisis	
Modificaciones en indicaciones farmacológicas.....	