

EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE ATENCION DOMICILIARIA EN CHILE¹

Eduardo Cassorla Levy,² Patricio Romero Pizarro,³
Ximena Valero Saavedra,⁴ Abigail Arancibia Herrera,⁵
Rosa Martínez Leiva⁶ y Juan Tapia Aracena⁷

Dada la gran demanda de hospitalización en Chile, se estableció en Santiago un consultorio de "alta precoz controlada" con el fin de reducir la estancia de los pacientes en el hospital y, al mismo tiempo, ayudarles a recuperarse en sus hogares.

Antecedentes

La estructura del Servicio Nacional de Salud de Chile divide al país en 13 zonas de salud. Una de ellas, la provincia de Santiago—zona metropolitana—comprende seis áreas. Dos establecimientos ubicados en el área sur de la zona metropolitana: el Hospital de Niños Exequiel González Cortés y un hospital base de adultos dotado de 1,438 camas sumados a 16 consultorios de atención externa distribuidos en el sector atienden las necesidades de salud del área sur de la Zona Metropolitana.

Area de estudio

Comprende las comunas de San Miguel, Cisterna, San Bernardo y Calera de Tango. Según datos de 1972, la población se estima en 821,300 habitantes con una densidad de 3,731.4 por km², el sector rural comprende el 3.4%⁸ de esa población. Aproximadamente el 80% de las viviendas dispone de alcantarillado particular o conectado a la red pública, electricidad y agua potable.

En estudios realizados por el Instituto de

Economía de la Universidad Católica de Chile⁹ se tomaron como indicadores para determinar el nivel de vida de la población, el tipo de vivienda, el equipamiento del hogar y las condiciones de hacinamiento; se encontró que un 22.1% de esa población vive en condiciones de "extrema pobreza".

En 1974 las tasas de natalidad y mortalidad infantil fueron de 24.6 y 62.9‰, respectivamente. No existe información actualizada sobre analfabetismo, alcoholismo, cesantía, ingresos y otros parámetros que reflejen el nivel social y cultural de la población.

El Hospital de Niños Exequiel González Cortés—equipado con 220 camas—debe atender las necesidades de hospitalización del área sur que cuenta con una población aproximada de 350,000 niños. Es fácil observar que la demanda de hospitalización supera las posibilidades del establecimiento, lo cual ocasiona postergaciones o rechazos de enfermos con el riesgo consiguiente.

Para aliviar esta situación se han puesto en práctica diversas medidas dentro del marco presupuestario del Hospital. En los últimos seis años se ha logrado aumentar la dotación inicial de 170 a 220 camas (29%); se estableció un consultorio de "alta precoz controlada" anexo al hospital y a cargo de médicos residentes, lo que permitió reducir el tiempo de estancia de enfermos calificados.

Se practicó una auditoría que demostró que un 9% de los enfermos hospitalizados en las unidades de lactantes permaneció en el hospital a pesar de habérseles dado de alta.

¹ Esta Unidad y el personal que figura a continuación pertenecen al Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile.

² Médico, Jefe del Servicio de Medicina.

³ Médico, Supervisor de la Unidad de Segunda Infancia.

⁴ Enfermera Universitaria de Campo.

⁵ Trabajadora Social.

⁶ Nutricionista.

⁷ Jefe, Servicio de Estadística.

⁸ Chile, Anuario del Servicio Nacional de Salud, 1972.

⁹ Universidad Católica de Chile, Instituto de Economía, Documento de trabajo No. 29, 1974.

Para solucionar esta situación se recurrió en forma sistemática al transporte de los niños a su domicilio después de 24 horas del alta.

La unificación de las disposiciones técnicas en lo relativo a criterios de diagnóstico y alta contribuyó, en gran medida, a evitar hospitalizaciones prolongadas e injustificadas.

Ante la imposibilidad de aumentar el número de camas debido a las limitaciones del hospital, se planteó la necesidad de reducir el promedio de días de estancia de la Unidad de Segunda Infancia con el fin de evitar la postergación o rechazo de enfermos cuya hospitalización se estimaba necesaria. Además, se consideraron las características de la patología propia de este grupo etario que supone períodos de reposo prolongados, v.g., glomerulonefritis difusa aguda, enfermedad reumática, hemopatías, colagenopatías, procesos pulmonares crónicos y la posibilidad de transferir al hogar del enfermo, acciones de salud que no exigen su permanencia en el hospital.

Con el fin de obtener un mejor rendimiento de las camas existentes y de acuerdo con los antecedentes expuestos, se organizó una Unidad de Atención Domiciliaria que inició sus actividades en enero de 1974. Esta Unidad se propuso disminuir en un 30% el promedio de días de estancia de pacientes internados en la Unidad de Segunda Infancia (2 a 14 años) en el lapso de un año.

Selección de pacientes

Los enfermos que se escogieron para participar en el programa debían presentar ciertas características:

- Enfermedad con diagnóstico confirmado y de evolución habitualmente prolongada.
- Evolución previsible sin riesgo vital inmediato.
- Condiciones socioeconómicas adecuadas para recibir al paciente en el grupo familiar según el informe de prealta sobre las condiciones de la vivienda, número de personas que la habitan, tipo de saneamiento, características de la persona que cuidará al niño y comentarios de la enfermera de terreno o asistente social.



Con periodicidad la enfermera de la Unidad Domiciliaria visita a los pacientes que han sido dados de alta prematuramente.

- Domicilio del paciente dentro de los límites del área sur.

Cuando el paciente reúne las características descritas, se le da de alta con las indicaciones pertinentes a su diagnóstico. Tanto las condiciones del grupo familiar que estará a cargo del paciente, como las indicaciones para su régimen alimentario y diagnóstico se anotan en formularios diseñados para tal efecto. Todas esas instrucciones serán supervisadas por el equipo de salud que participa en el programa:

Médico coordinador. De acuerdo con el médico tratante, decide el ingreso de los pacientes al programa de Unidad de Atención Domiciliaria; se reúne periódicamente con el grupo de salud para coordinar y supervisar el desarrollo de sus actividades y verifica, personalmente o por medio de los informes emitidos, que las indicaciones, exámenes,

controles y alta del paciente se realicen de acuerdo con el programa individual del enfermo.

Enfermera universitaria de campo. Efectúa la visita de prealta y rinde el informe respectivo. Desde el día siguiente al egreso visita periódicamente a los enfermos en su hogar, vigila el cumplimiento de las indicaciones, imparte educación al grupo familiar y practica los controles de enfermería básicos: peso, pulso, presión arterial, temperatura, toma de muestras para exámenes, etc. Además, presenta un informe por escrito sobre la evolución y estado del paciente.

Trabajadora social. Practica visitas domiciliarias para elaborar una encuesta de acuerdo con la posición socioeconómica de los pacientes, para luego determinar los casos que con posterioridad requieran ser colocados en el seno de la familia y realiza una labor educativa entre los miembros de dicho grupo.

Nutricionista. Lleva a cabo encuestas alimentarias, especialmente en pacientes de enfermedad celíaca, diarrea crónica, diabetes y desnutrición, en los que la nutrición y la dieta es fundamental, y controla el correcto cumplimiento de las indicaciones dietéticas e informa sobre la evolución y resultados en las reuniones del grupo.

A continuación se enumeran los recursos concedidos para poner en marcha la Unidad de Atención Domiciliaria y, entre paréntesis, las horas semanales dedicadas a dicha Unidad: un médico (2), una enfermera (44), una trabajadora social (22), una nutricionista (6), un chofer (22) y una camioneta (24).

Además, se contó con los fondos de la partida "colocación familiar" que provee el Servicio Nacional de Salud para ubicar en hogares controlados a niños pertenecientes a familias de bajo nivel de vida.

Evaluación

A la Unidad de Atención Domiciliaria ingresaron 110 niños cuya distribución por

edad y diagnóstico aparece en los cuadros 1 y 2. Se observa que las enfermedades nefríticas y reumáticas en conjunto constituyeron más de los dos tercios del total.

Al finalizar el primer año se había dado de alta a 64 enfermos y 44 permanecían bajo control; dos niños fallecieron con diagnósticos de enfermedad de Hodgkin y leucemia linfática y se rehospitalizaron a seis enfermos para su reevaluación. En total se efectuaron 889 visitas domiciliarias con un 6.9% de visitas perdidas por ausencia de la madre o cuidadora, cambio de domicilio o dirección falsa.

Se presentó un cuestionario con 160 preguntas a las familias de los 110 pacientes

CUADRO 1—Número y porcentaje de niños controlados, según grupos de edad, 1974.

Grupos de edad (en años)	Niños controlados	
	No.	%
2 a 5	38	34.5
6 a 10	44	40.0
11 a 14	28	25.4
Total	110	100.0

CUADRO 2—Distribución de los niños según el diagnóstico.

Diagnósticos	Niños controlados	
	No.	%
Enfermedades nefríticas	51	46.5
Enfermedad reumática aguda	28	25.4
Artritis reumatoide	7	6.4
Enfermedades respiratorias	4	3.6
Diabetes mellitus	4	3.6
Desnutrición	3	2.7
Púrpura trombopénica	3	2.7
Leucemia linfoblástica	2	1.8
Síndrome edematoso	2	1.8
Otras	6	5.5
Total	110	100.0

mentados, el cual reveló la siguiente información:

- Las construcciones de material sólido alcanzan un 75%, el resto son viviendas provisionales; todas ellas tienen instalación de luz eléctrica.
- Un 82% de las familias dispone de agua potable con conexión domiciliaria y las demás recurren a pilones de uso público.
- La disposición de excretas se hace, en un 72%, por red de alcantarillado público y el resto por medio de fosas sépticas. El microsaneamiento—calificado en términos de eliminación de basuras y presencia de moscas—fue considerado como satisfactorio en el 61%.
- Se observa que el 38% vive en condiciones de hacinamiento con más de cuatro personas por dormitorio.
- El ingreso se califica como suficiente en cuatro de cada cinco familias encuestadas.
- El analfabetismo asciende a 8.7% y en solo seis casos se reconoció alcoholismo del jefe de familia.

En el cuadro 3 se observa una disminución del número de camas disponibles. Esto se debió a que durante el tercer trimestre de 1974 la Unidad se redujo de 33 a 25 camas dejando una dotación de ocho cunas que se asignó a la Unidad de Lactantes. A pesar de la disminución del número de camas, el índice ocupacional descendió en 8.1%. Por otra parte, en 1974 hubo 278 egresos más que en 1973, lo que representa un aumento de 62.5%, además el promedio de días de es-

tancia disminuyó de 22.2 a 11.8, es decir, un 46.8% lo que superó ampliamente la meta propuesta.

Dado que por diversas razones 1973 podía ser un índice de comparación deformado, se revisó la estadística del quinquenio 1968-1972 de la que se obtuvo un promedio de días de estancia de 26.9, cifra sensiblemente superior a la observada en 1973. Por último, el aumento del 10% en el índice letal probablemente expresa la mayor gravedad de los enfermos que se mantienen hospitalizados en la Unidad.

Resumen

En una zona urbana de Santiago se presentó una gran demanda de hospitalizaciones y, ante la imposibilidad de aumentar el número de camas, se pusieron en práctica varias medidas. Se estableció un consultorio de "alta precoz controlada" a cargo de médicos residentes con el fin de disminuir el número de postergaciones o rechazos de enfermos. Además, se planteó la necesidad de reducir en un 30% el promedio de días de estancia de la Unidad de Segunda Infancia. En consecuencia, se organizó una Unidad de Atención Domiciliaria compuesta por médicos, enfermeras, nutricionistas y trabajadoras sociales dirigida a evaluar las condiciones socioeconómicas del grupo familiar y, de acuerdo con el resultado obtenido, determinar el traslado del paciente al núcleo familiar. La labor de la Unidad continuaría con la supervisión de la evolución del paciente en su hogar. Al cabo de un año de actividades se apreció que los egresos de pacientes aumentaron en un 62.5% y el promedio de días de estancia se redujo en un 46.8%; cifras estas que revelan el éxito del programa y la superación de la meta inicialmente propuesta. □

CUADRO 3—Comparación de promedios e índices de las actividades de la Unidad de Segunda Infancia, 1973-1974.

Actividades	Años		% de diferencia
	1973	1974	
Camas disponibles	32.1	29.2	- 9.0
Índice ocupacional	86.0	79.0	- 8.1
Egresos	445	723	+ 62.5
Egresos por cama	13.9	15.2	+ 9.4
Días de estancia	22.2	11.8	-46.8
Índice letal	2.0	2.2	+10.0

Experience with a Domiciliary Treatment Unit in Chile (Summary)

An urban area of Santiago was faced with a heavy demand for in-patient services and no way to increase the number of hospital beds available. In response to the problem, a number of measures were taken. A "controlled early discharge" unit, under the responsibility of resident physicians, was established with a view to cutting down on the length of hospital stays. The problem was especially acute in the older children's wing, where the goal was set to reduce the average stay by 30 per cent.

A Domiciliary Treatment Unit, staffed by physicians, nurses, nutritionists, and social workers,

was set up and charged with evaluating the family's socioeconomic situation and, in light of this evaluation, determining whether or not the patient should be sent home. The Unit was also entrusted with following the patient's progress after he was back with his family.

Statistics after one year of operation showed that discharges were up by 62.5 per cent and that the average hospital stay had been cut by 46.8 per cent. These figures, indicating as they do attainment of the initial goal, confirm the program's success.

A experiência de uma Unidade de Atendimento a Domicílio no Chile (Resumo)

Num setor urbano de Santiago ocorreu grande demanda de hospitalização e, diante da impossibilidade de aumentar o número de leitos, puseram-se em prática diversas medidas. Estabeleceu-se um consultório de "alta precoce controlada", a cargo de médicos residentes, a fim de diminuir o número de demoras ou recusas de admissão de doentes. Apresentou-se também a necessidade de reduzir em 30% a média de dias de internamento da Unidade de Segunda Infância. Em consequência, organizou-se uma Unidade de Atendimento a Domicílio composta por médicos, enfermeiras,

nutricionistas e assistentes sociais com a finalidade de avaliar as condições sócio-econômicas do grupo familiar e, de acordo com o resultado obtido, determinar a transferência do paciente para o núcleo familiar. O trabalho da Unidade prosseguiria com a supervisão da convalescença do paciente em seu lar. Ao cabo de um ano de trabalho, constatou-se que as altas de pacientes haviam aumentado 62,5% e a média de dias de internamento baixara 46,8%. Essas cifras revelam o êxito do programa e a superação da meta inicialmente proposta.

Experience relative a une unité de soins a domicile au Chili (Résumé)

Dans la zone urbaine de Santiago on a enregistré une forte demande d'hospitalisation. Devant l'impossibilité d'accroître le nombre de lits, on a mis en oeuvre diverses mesures. On a créé un centre de consultation "d'exéat précoce contrôlé", disposant de médecins résidents afin de diminuer le nombre des retards dans l'admission ou des refus d'admission des malades à l'hôpital. On a dû faire face, en outre, à la nécessité de réduire de 30% la durée moyenne du séjour dans l'unité des enfants. En conséquence, on a organisé une Unité de soins à domicile, composée de médecins, d'infirmières, de nutritionnistes et de

travailleurs sociaux, dont la mission est d'évaluer les conditions socio-économiques du groupe familial et, sur la base de cette évaluation, de se prononcer sur le retour du malade dans son milieu familial. Le travail de l'unité se poursuit avec le contrôle de l'évolution de l'état du malade dans son foyer. Au bout d'une année d'activité, on a constaté que le nombre de malades quittant l'hôpital avait augmenté de 62,5% et que la durée moyenne du séjour à l'hôpital avait diminué de 46,8%; ces chiffres soulignent le succès du programme et montrent que les objectifs initiaux ont été dépassés.