

“CURSO DE PLANIFICACION DEL
RECURSO FISICO EN SALUD”

ORGANIZAN:

Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (A.A.D.A.I.H.)

TRABAJO MONOGRAFÍA:

Cohorte 2009

“INTERNACION DOMICILIARIA, UN ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO”

AUTORES:

- Dra. Cecilia Cortiglia Bosch

Medica pediatra, con recorrido analítico

Directora del centro de atención Interdisciplinar CAISA.

ceiscobo@hotmail.com

- Arquitecta. Alejandra Penisi.

Responsable a cargo del área de Arquitectura y Mantenimiento, Clínica San Jorge. alejandrapenisi@hotmail.com

- Bioingeniero Paulo Musich

Responsable de la Unidad de Planificación de Infraestructura y Recursos Tecnológicos de la Subsecretaria de Salud Pública de la Provincia de Santa Cruz. paulo.musich@yahoo.com.ar

DIRECCIÓN:

Arq. Elvira Contreras

Coordinación: Arq. Rita Comando – Dr. Carlos A. Carbajal

INDICE

1.	INTRODUCCION	4
2.	OBJETIVO	5
3.	DEFINICIONES DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA	5
4.	BREVE RESEÑA HISTORICA.....	7
5.	LA ACTUALIDAD EN ARGENTINA	8
5.1	CONCLUSIONES:	13
6.	ASPECTO BIO-PSICO-SOCIAL DEL CUIDADO DOMICILIARIO.....	14
7.	BENEFICIOS DE LA INTERNACION DOMICILIARIA.....	15
8.	CRITERIOS DE ADMISION.....	17
8.1	CATEGORIZACION DE ACUERDO CON LAS NORMATIVAS VIGENTES	18
8.2	MODELO DE PLANILLA DE EVALUACION DEL PACIENTE	18
9.	RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS A TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE IMPLEMENTAR UNA INTERNACIÓN DOMICILIARIA	21
9.1	¿CÓMO DEBE PREPARARSE EL DOMICILIO?.....	21
9.2	¿CÓMO ANALIZAR E IMPLEMENTAR LA SOLUCIÓN?	23
9.3	MARCO LEGAL Y REGULATORIO VIGENTE	25
9.4	CONSIDERACIONES GENERALES:	29
9.5	ILUSTRACIONES	29
10.	RECURSOS TECNOLOGICOS	35
10.1	ILUSTRACIONES	41
10.2	NUEVAS TECNOLOGÍAS.....	45
11	PROCEDIMIENTOS DE UNA ID COMPLEJA	43
12	CONCLUSIONES GENERALES.....	47
13	BIBLIOGRAFIA	52

1. INTRODUCCION

Los términos internación domiciliaria (ID), cuidados domiciliario (CD) o atención domiciliaria (AD) parecerían tener un mismo significado al momento de definir un modelo de prestación que es tan antigua como la sociedad misma. Desde la necesidad del ser humano de agruparse en comunidades y renunciar a su condición de nómada, el cuidado entre sus miembros ha evolucionando en función del compromiso social y los adelantos tecnológicos de cada época. Esta manera personalizada de “ocuparse y preocuparse” por el prójimo sufre su primer traspie cuando en la edad media, los hospitales claustrales, surgidos de los clásicos partidos monacales, son adaptados a cumplir la función hospitalaria en las guerras del medioevo europeo. Uno de los primeros edificios construidos exclusivamente como hospital sería el propuesto por Filarette (1456) para la ciudad de Milán. De allí en más las tipologías arquitectónicas han ido acompañando la evolución de la medicina producto, entre otras cosas, de los descubrimientos científicos, tecnológicos y políticos llevados a cabo por los responsables del arte de curar.

Con la aparición de epidemias y enfermedades infectocontagiosas, tales como la tuberculosis, lepra, fiebre amarilla, etc. el aislamiento del enfermo de su grupo familiar y social encuentra su punto más alto, y se fortalece el modelo de atención Hospitalocentrico.

Si bien a mediados del siglo XX, tiene su aparición la idea de la Internación domiciliaria, ésta más que un cambio de paradigma prestacional se debió a la necesidad de descongestionar las salas de los hospitales.

Hoy la incipiente atención domiciliaria parece intentar cambiar el paradigma

y retornar a la antigua medicina personalizada en lo asistencial y socializada en el abordaje, tratando de devolver al paciente enfermo o minusválido todo su posible potencial a los efectos de integrarlo nuevamente a su comunidad.

En la Argentina, donde las desigualdades sociales impactan fuertemente en el acceso a la salud, este modelo de prestación queda circunscrito a aquellos ciudadanos que cuentan con la cobertura de una obra social y están o han estado insertos en el mercado laboral (jubilado y pensionado).

2. OBJETIVO

Este trabajo pretende evaluar y proponer la utopía de Universalizar esta prestación, llegando a aquellos argentinos indigentes sin cobertura social y marginados del sistema de salud, quizás como una forma de que el estado se acerque a ellos ya que ellos no pueden acceder al derecho universal de una vida saludable.

Uno de los inconvenientes a solucionar, sin duda alguna, es el acondicionamiento edilicio de la vivienda y el entorno donde reside el paciente, es por ello que el abordaje del problema se hará desde el aspecto bio-psico-social, arquitectónico y tecnológico tratando de proponer soluciones a las problemáticas que surgen de este modelo de prestación.

3. DEFINICIONES DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Algunas de las definiciones sobre Internación domiciliaria o cuidados domiciliarios son:

“Una alternativa asistencial pensando en la salud desde un punto de vista integral, ligado a valores como la convivencia familiar, entorno, afecto y responsabilidad participativa y conjunta no exclusivamente médica.”

Es una práctica que apunta a estar más cerca de los ciudadanos que necesitan ser atendidos, una concepción moderna que combina la eficiencia de un equipo de salud interdisciplinario con recursos técnicos de actualidad para lograr así una prestación ambulatoria cuyo papel fundamental es resguardar la autonomía y calidad de vida del paciente.” (1)

“La hospitalización domiciliaria (HD) es un recurso sanitario específico, que permite tratar en su propio domicilio a un grupo seleccionado de pacientes, poniendo a su disposición una infraestructura sin la cual los enfermos permanecerían hospitalizados. Se trata pues, de una extensión del hospital al domicilio del paciente”. (2)

“El servicio de internación domiciliaria es la respuesta más efectiva y moderna a los principales problemas de los servicios de salud del mundo. Brinda la posibilidad al enfermo de acceder a una prestación similar en calidad técnica sanatorial, pero superior en calidad humana y a costos sensiblemente inferiores.” “Es recomendable, en casos de internación prolongados, a pacientes de padecimientos subagudos y crónicos, enfermedades invalidantes, oncológicos, psiquiátricos, pos quirúrgicos, etc., la implementación de un alta temprana y la continuación de un tratamiento en su propio hogar, sabiendo que solo la relación permanente con su núcleo familiar -donde se respetan sus costumbres y se encuentran sus afectos- determina las mejores condiciones para su recuperación.” (3)

(1) Monografía “La Internación Domiciliaria reduce los costos en salud” Luis Rodolfo Hipólito Pedro Iribarne Dávalos.

(2) “Hospitalización domiciliaria, una nueva modalidad de tratamiento” Dra. M^a Antonia Gómez Mendieta. Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

(3) Cámara Argentina de empresas de Internación domiciliaria

“Es una modalidad de atención de la salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio, realizada por un equipo multiprofesional y multidisciplinario cuya misión es: promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en sus aspectos físicos, psíquicos, social, espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana” (4)

4. BREVE RESEÑA HISTORICA

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 extra mural 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.

(4) Ministerio de Salud de la Nación

En el Reino Unido, la ID, fue introducida en 1965 con el nombre de Hospital Care al 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.

5. LA ACTUALIDAD EN ARGENTINA

Hoy algunas de ellas forman parte de empresas de medicina prepagada otras en cambio son emprendimientos independientes con una cartera de

clientes muy heterogéneo de obras sociales, Sanatorios o clínicas privadas e incluso del estado mismo (PAMI y obras sociales provinciales).

Se encuentran agrupadas en la “Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria” (CADEID) y su grado de organización, staff profesional y cobertura es muy diversa. A modo de ejemplo se ha tomado un

grupo de empresas, integrantes todas de la cámara y se ha clasificado en la tabla 1, en función de las especialidades que atienden, su staff profesional, los clientes a los que asisten y su lugar de cobertura.

TABLA 1:

Empresa	Dirección / tipo de paciente	Especialización	Staf profesional	Obras sociales
AMED	San Carlos de Bariloche – Rio Negro Adultos / pediátrico	No indica	Médico generalista, pediatra, psiquiatra, kinesiólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, licenciado en enfermería, asistente social, enfermeros y cuidadores	Osde, Galeno Argentina, Medicus, Ipross, Osplad, Plan Medico Hospital Italiano, Australomi, Consolidar Salud, Consolidar Art
ASISTIR	Vicente López – Prov. Buenos Aires / adultos, adultos mayores y niños	Pacientes con Internación prolongada, infectológicos, post-quirúrgicos, traumatológicos, con terapia endovenosa, transfusional o tratamiento del dolor	No indica	Ospiv., Ospe., Ioma., Ospil, Focr.A., O.S.P.R.E.R.A., Colegio De Escribanos De Buenos Aires Summalis., A.M.F.F.A., Federación De La Carne., O.S.U.T.H.G.R.A., Normed
CIDPEN	Cap.Federal Neonatal /	Prematurez, bajo peso, desnutrición, ictericia, afecciones respiratorias	Médico pediatra, psiquiatra, kinesiólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, especialista en estimulación temprana, Enfermería	Omin, Galeno, Bristol Medicine, O.S.P.E. (Petrojeros), O.S.P.

Doctora Cecilia Cortiglia Bosch
 Arquitecta Alejandra Penisi
 Bioingeniero Paulo Musich

Empresa	Dirección / tipo de paciente	Especialización	Staf profesional	Obras sociales
	Pediátrico	crónicas, encefalopatías y malformaciones congénitas, etc.	en pediatría y neonatología, puericultura y lactancia	(Judicial), O.S. Luis Pasteur
MEDIHOME	La Plata- Prov. Buenos Aires / adultos y niños	Enfermedades respiratorias crónicas, cuidados paliativos, kinesiología y fisioterapia, quimioterapia, radiología, laboratorio, programa nutricionales, alimentación parenteral, etc.	Médico clínicos, pediatra, especialistas interconsultores, psiquiatra, kinesiólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, Enfermeros profesionales, asistente social, acompañante terapéutico, nutricionista.	ACA Salud, Alta Salud, Medife, OSDE Delegación La Plata, OSMECON SALUD - Círculo Médico Lomas de Zamora, SWISS MEDICAL GROUP, SAMA - Servicio Asistencial Médico Adventista, GALENO, FEMEBA Salud, LIFE, Aseguradoras del riesgo de trabajo y obras sociales como IOMA, OSECAC, OSPIA, etc.
EN CASA	Cap. Federal / Rosario Santa Fe Adultos /	Enfermedades respiratorias crónicas, pacientes neurológicos, programa de	Médico Clínico, internista o médicos de flia., kinesiólogo, fonoaudiólogo, terapeutas ocupacional, licenciado en	Aca Salud, Bristol Medicine, Centro Medico Pueyrredón, Consolidar, Docthos, Kos Medicina

Doctora Cecilia Cortiglia Bosch
Arquitecta Alejandra Penisi
Bioingeniero Paulo Musich

Empresa	Dirección / tipo de paciente	Especialización	Staf profesional	Obras sociales
	pediátricos	pediatría, programa de cuidados paliativos, programa de adultos mayores	enfermería, asistente social, enfermeros especializados en niños y adultos y cuidadores especializados	Prepaga, Medife, Omint S.A. De Servicios Osmecom Salud - Circ. Medico De Lomas De Zamora, Osmecom Salud - Circ. Medico De San Isidro, Osmecom Salud - Esteban Echeverria, Plan De Salud Hospital Alemán, Plan De Salud Hospital Italiano, Plus Medico, Programas Médicos, Swiss Medical Group, Galicia Salud - Centro Gallego, Rosario Salud - Provincia De Santa Fe

Fuente: pagina Web de la Cámara Argentina de Empresas de Interacción Domiciliaria (CADEID) – Elaboración propia

5.1 CONCLUSIONES:

Del breve análisis realizado a través de la CADEID y de datos recabados de Internet se puede inferir que la modalidad de Internación domiciliar se encuentra en manos de la actividad privada a través de empresas abocadas a tal fin. Son escasos los ejemplos de entidades estatales que han asumido este desafío como un cambio de paradigma, y en muchos casos responden a programas específicos y descontextualizados de una política seria en materia de atención domiciliar.

Ejemplos de instituciones estatales, que se han podido detectar y que se encuentran desarrollando esta modalidad de atención en nuestro país son el Hospital de la Comunidad de Mar del Plata, pionero junto al hospital Castex de San Martín en ID, la Maternidad Martín en la ciudad de Rosario con su servicio de pediatría domiciliar, enmarcado dentro del Departamento de Interacción domiciliar (CEMAR) de la Secretaría de Salud Pública de esa ciudad y hospitales del interior donde dentro del plan de desmanicomización han implementado servicios de psiquiatría y psicología a domicilio sin llegar a significar esto necesariamente un cambio en las políticas de salud existentes (ejemplo la subsecretaría de Salud de la provincia de Santa Cruz)

Otro dato no menos significativo de esta investigación es la concentración de empresas abocadas a la ID en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires, registrándose datos de escasa presencia en provincias del interior del país, e incluso la ausencia en muchas de ellas. Este fenómeno parece estar asociado directamente a la baja densidad demográfica y posiblemente a la accesibilidad de la tecnología adecuada y necesaria para cumplir con estas prestaciones, pero esto será motivo de otra investigación.

6. ASPECTO BIO-PSICO-SOCIAL DEL CUIDADO DOMICILIARIO

La modalidad del cuidado domiciliario arroja informes científicos y estadísticos que avalan la eficacia y la eficiencia en los resultados, expresados ellos como disminución del estrés, de las interurrencias infecciosas y de los costos de Internación.

Sin embargo el aspecto más importante es la evolución clínica y psíquica del paciente. Cuando hablamos de internación pensamos en un todo, la situación del paciente y la de su contexto, la familia y el medio donde él se ha desarrollado, afianzando las habilidades y comprometiendo la disposición de ellos y de cada uno en particular.

La variabilidad en cada caso, compromete a formular la accesibilidad a un modelo único para cada paciente, diseñado para su bienestar y el de la familia que lo acompaña. El dolor, la dependencia, la complejidad del caso, estarán sostenidas por un acompañamiento, el rol de contener satisfacer las necesidades afectivas, favorece la recuperación y la rehabilitación, acortándose de esta manera los tiempos de angustia.

La angustia por cierto está asociada en nuestro discurso común a momentos difíciles o aun trágicos para las personas, momentos cruciales en la vida de cada uno, episodios mínimos menores intrascendentes, un ruido, un rostro desconocido, una música, un comentario intrascendente, la mirada triste, que nos toca levemente y a partir de allí irrumpe lo insoportable, algo incomprensible, como algo a lo que, aquel que lo sufre no puede encontrarle ningún sentido. Solo sabe que está preocupado profundamente por ese sentimiento, que debe hacer algo con eso, que le hace marchar el corazón intensamente, le hace pensar cosas insensatas, es decir que invade tanto su cuerpo como su pensamiento.

La angustia que no engaña le indica al sujeto su propia condición singular, el desasosiego y la soledad que evoca nuestra posición frente a la muerte.

Podemos frente a este índice intentar por la vía que sea encontrarnos, responsabilizarnos de eso que nos despierta la angustia más allá del discurso social, para inventar dignamente que hacer con ello. (5)

Sabemos que la voluntad, muchas veces principal síntoma de un sujeto, es un desafío para examinar dado que en muchas oportunidades el efecto terapéutico reduce lo que obstaculiza la voluntad para dejarla libre. El desafío es asistir al diseño del propio sujeto, a su propia orientación por diversos medios y ayudar a alcanzar su compensación adecuada a la demanda.

7. BENEFICIOS DE LA INTERNACION DOMICILIARIA

Esta modalidad de atención tiene ventajas sobre la Internación hospitalaria que puede resumirse desde el punto de vista bio-psico-social en:

Beneficios para el paciente:

Permanece en su entorno habitual, con sus cosas, sus recuerdos, 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.

(5) Mauricio Tarrab, Analista miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana. EOL. La Certeza de la angustia, Una práctica de la época, El psicoanálisis en lo contemporáneo.

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, temores y 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.

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

Beneficios para el sistema

Permite administrar los recursos tecnológicos y mejorar los costos de la prestación.

8. CRITERIOS DE ADMISION

Para la continuidad asistencial del paciente y sus dolencias a través de prácticas posibles realizadas en su domicilio, deberá tenerse en cuenta criterios de admisión que le permita la mayor autonomía posible.

Clínica: considera las necesidades del paciente para vivificarlo, de los momentos decisivos en que el sujeto se encuentra conmovido por la profunda sensación de rechazo por la enfermedad y los riesgos que esto conlleva, conteniéndolo para evitar complicaciones.

Sociocultural: las condiciones ambientales deben favorecer el cuidado y la recuperación del paciente y el domicilio debe estar dentro de una zona geográfica de atención del sistema médico. Deberá tenerse en cuenta

dentro de esa ubicación, los servicios necesarios requeridos para cada caso, sumado al compromiso del equipo profesional y familiares en el tiempo que dure el tratamiento.

Éticas: debe contraerse un consentimiento informado con la familia y el paciente, si es posible de la modalidad y el alcance de la internación, sin dejar de contemplar la situación económica del paciente y de la familia a cargo, que permita solventar los gastos no asumidos por la cobertura médica correspondiente, o por la excepción en base a la evaluación realizada por el servicio social de su cobertura.

8.1 CATEGORIZACION 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.

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 Interacción 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.

8.2 MODELO DE PLANILLA DE EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidoEdad.....

Fecha de ID.....Lugar de ingreso.....

Obra Social.....N 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.....

INTERVENCIÓN 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.....

9. RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS A TENER EN CUENTA AL MOMENTO DE IMPLEMENTAR UNA INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Sin duda que uno de los mayores inconvenientes que se presenta al momento de decidir una Internación o el cuidado domiciliario es evaluar el hábitat donde el paciente deberá evolucionar de su patología o afección. Dependerá del tipo y grado de esta para definir los recursos tecnológicos y emprender las modificaciones edilicias que garanticen una eficaz y eficiente prestación del servicio.

9.1 ¿CÓMO DEBE PREPARARSE EL DOMICILIO?

Las condiciones del medio físico y familiar, del lugar de residencia del paciente, deberá contar con condiciones habitacionales básicas. El habitad debe cumplir con las condiciones sanitarias de higiene y salubridad necesarias para llevar a cabo la internación domiciliaria.

Aparece en este punto un tema importante a tener en cuenta: la *seguridad*. Nos referimos en este caso a la zona en la que se enclava la vivienda. Su accesibilidad debe ser regularmente posible para garantizar la asistencia del equipo de salud.

- Seguridad e higiene.
- Confort para el paciente y para el personal que trabajará en ella.
- Posibilidades de adaptación.
- Supresión de barreras arquitectónicas.

El interrogatorio exhaustivo sobre las características de la vivienda nos alertará sobre las posibilidades del espacio que contendrá a nuestro paciente. Es primordial este análisis ya que pueden constituir reales barreras en la terapéutica.

De acuerdo a la patología para cada clase y grado de discapacidad, sus propias limitaciones tanto físicas como sensitivas, del equipamiento médico, o del tratamiento que recibe el paciente se determinará la intervención y/o adaptación de la vivienda y el entorno de la persona afectada de manera que se facilite su integración en el mismo, eliminar todo tipo de barreras que dificulten el día a día, aportando soluciones prácticas y sencillas a la hora de acondicionar el hogar, ocasionando las mínimas molestias en la mayor brevedad posible

Será necesaria una adecuada adaptación habitacional ante barreras que aumentan por ejemplo el riesgo de caídas, asegurando la libre circulación, evitando cables , adornos, mesas bajas, muebles fuera del lugar e incluso mascotas.

Deberá contar también con un ambiente adecuado para el desempeño de las tareas del personal, con espacio para el equipamiento necesario, para recepción del personal médico, espacio para guarda de documentación y depósito de insumos.

Todas aquellas obras de construcción, reforma y rehabilitación que se realicen en viviendas particulares donde residan con carácter permanente, personas que tengan reconocida la situación de dependencia, no deberá escatimarse esfuerzos en la disminución o erradicación de barreras arquitectónicas, la eliminación de obstáculos, la instalación de dispositivos mecánicos o electrónicos que favorezcan la comunicación con el exterior y cualquier otra actuación de adaptación del hogar dirigida a facilitar la accesibilidad, su autonomía y permanencia en el domicilio.

9.2 ¿CÓMO ANALIZAR E IMPLEMENTAR LA SOLUCIÓN?

El manejo ambiental del domicilio comprende la observación y evaluación en el ambiente del paciente, tanto de barreras arquitectónicas, como del funcionamiento de la dinámica familiar con el objetivo de proponer modificaciones y el compromiso de la familia de la transformación que sufrirá la propia casa, reivindicada como sitio de la asistencia.

Para trabajar sugerimos la implementación de Planillas de locales de la vivienda, donde se indique: dormitorios, baño, cocina, pasillos, comedor, patios, etc. Y se detallen las condiciones que estos presenten en cuanto a:

- Accesibilidad desde el ingreso y dentro de la propiedad.
- Dimensiones de los ambientes.

- Habitaciones confortables ya que deberá incluir equipamiento médico, camas ortopédicas, sillas de ruedas, espacio para cuidadores, etc.
- Iluminación natural.
- Iluminación artificial.
- Pisos.
- Pasillos liberados.
- Orden y limpieza.
- Libre circulación.
- Objetos de uso diario al alcance del paciente.
- Baños: inodoros elevados, receptáculos, lavamanos
- Ancho de puertas y de pasillos.
- Pasamanos o barandas.
- Ausencia de mascotas.
- Escaleras rampas
- Instalaciones eléctricas
- Instalaciones especiales
- música y psicoterapia

- Espacios verdes
- Otros

9.3 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 norma 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.

Existen normativas de diversos Organismos que regulan los temas relacionados a las Barreras Arquitectónicas y que a continuación se enumeran:

1. Accesibilidad al predio o al edificio:

El acceso principal o el alternativo siempre deberán vincular los locales y espacios del edificio a través de circulaciones accesibles.

2. Solados

Los solados serán duros, fijados firmemente al sustrato, antideslizante y sin resaltos (propios y/o entre piezas), de modo que no dificulten la circulación de personas con movilidad y comunicación reducida, incluyendo los usuarios de silla de ruedas.

3. Puertas

Luces libres mínimas de apertura, sentido de apertura, ubicación de los herrajes, accionamiento de los mismos. Si son corredizas o de abrir.

4. Circulaciones horizontales

Los pasillos de circulación horizontal deberán tener un lado mínimo. Se deberán disponer zonas de ensanchamiento de 1,50 m x 1,50 m o donde se pueda inscribir un círculo de 1,50 m de diámetro como mínimo. En los casos en que deba circular con silla de ruedas.

Si existieran desniveles o escalones serán salvados por rampas que cumplirán con pendientes reglamentarias, ascensores o medios de elevación alternativos.

5. Circulaciones verticales

El acceso a escaleras y escalones será fácil y franco y estos escalones estarán provistos de pasamanos.

No se admitirán escalones en coincidencia con los umbrales de las puertas. Se deberá respetar las superficies de aproximación para puertas.

Se colocarán pasamanos a ambos lados de la escalera. La forma de fijación no interrumpirá la continuidad, se sujetará por la parte inferior y su anclaje será firme.

6. Rampas

Se puede utilizar una rampa en reemplazo o complemento de escaleras y escalones para salvar cualquier tipo de desnivel. Tendrá fácil acceso desde un vestíbulo general o público. La superficie de rodamiento deberá ser plana y no podrá presentar en su trayectoria cambios de dirección en pendiente. Deben estar provistas por rampas.

7. Locales sanitarios para personas con movilidad reducida

Los locales sanitarios para personas con movilidad reducida permitirán el giro de una silla de ruedas en su interior. No obstante si esto no fuera factible, el giro podrá realizarse fuera del local, en una zona libre y al mismo nivel, inmediata al local.

En lo posible en todos los casos se tratará de cumplir con las medidas de aproximación mínimas establecidas para cada artefacto, cualquiera sea su distribución.

El inodoro con su adaptador, el lavabo o una mesada con bacha de colgar con protección conveniente de cañerías de desagüe para evitar quemaduras, disposición de barrales en donde sea necesario ya sean fijos o rebatibles.

8. Ducha y desagüe de piso

La ducha y su desagüe de piso constará de una zona de duchado con asiento (puede ser rebatible) y barrales de apoyo para ducharse sentado o parado, que estarán al mismo nivel en todo el local.

Existen varias soluciones, sillas de baño fijas, móviles, camillas, etc.

Estas son algunos de los alcances de las normativas vigentes.

9.4 CONSIDERACIONES GENERALES:

- Respeto por la integridad física (evitar caídas, golpes con elementos de riesgo, etc.)
- Proteger la deambulaci3n.
- Adecuada iluminaci3n en general, con interruptores combinados en ambos extremos, o con detectores de movimiento, alarmas, timbres.
- Colocar barandas donde sea necesario, acondicionar cuartos de ba1o, con adaptadores en ducha, inodoros, lavamanos.
- Asegurar temperatura del aire, asegurando confort para el paciente.
- En lo posible ubicar al paciente en habitaci3n con vistas a un patio o terraza.
- Acondicionar dichos patios o terrazas como circuito transitable y de permanencia seguros, esta relaci3n con el exterior colabora en forma indiscutida en la recuperaci3n o bienestar del paciente.
- Es importante accesibilidad desde la calle hasta la propiedad, para asegurar en caso de urgencia poder ser asistidos por los servicios de emergencia.
- Pasamanos
- Buena iluminaci3n

- Equipamiento y mobiliario de soporte, por Ej. Estantes y/o mesitas móviles para apoyo de equipamiento médico, pizarrones, cajoneras y/o armarios para guarda de insumos,
- Instalación eléctrica segura con disponibilidad de varios tomas y descarga a tierra correspondiente.
- Pasillos cómodos
- Instalaciones especiales: alarmas, detectores de humo, matafuegos.
- Liberar las habitaciones de acuerdo a la patología del paciente de elementos que resultaren peligrosos para su integridad.
- Aire acondicionado térmicamente adecuado a las necesidades del paciente.
- Las instalaciones a la vista de agua caliente y desagüe de lavabos deberán tener aislación térmica. Los calefactores deberán disponer de la protección adecuada para evitar el contacto de las personas con superficies calientes.

9.5 Ilustraciones

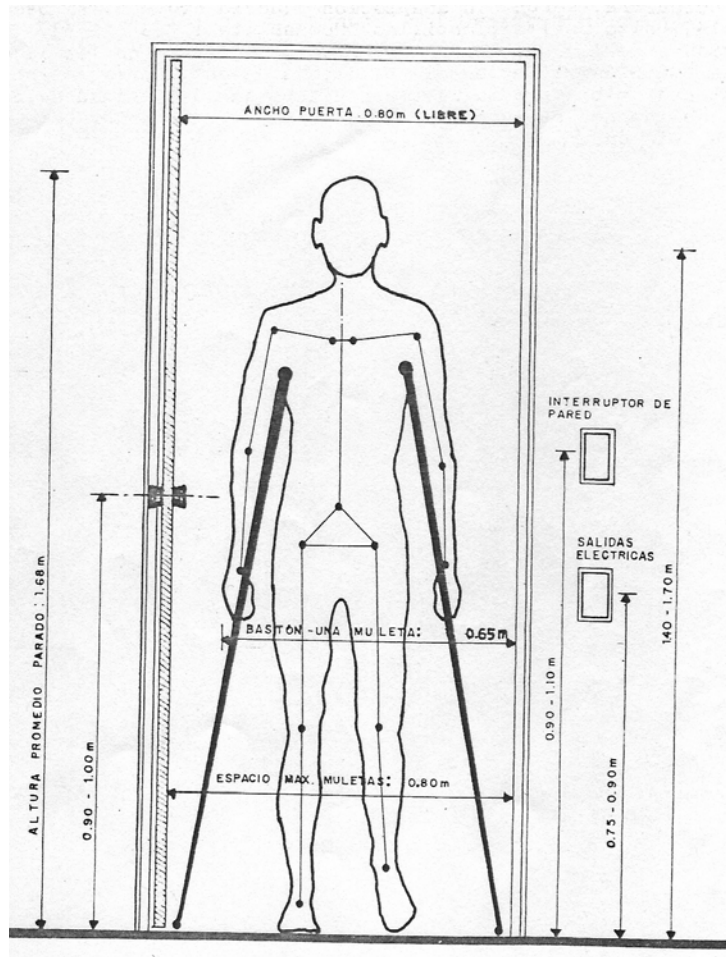


Figura Nº 1

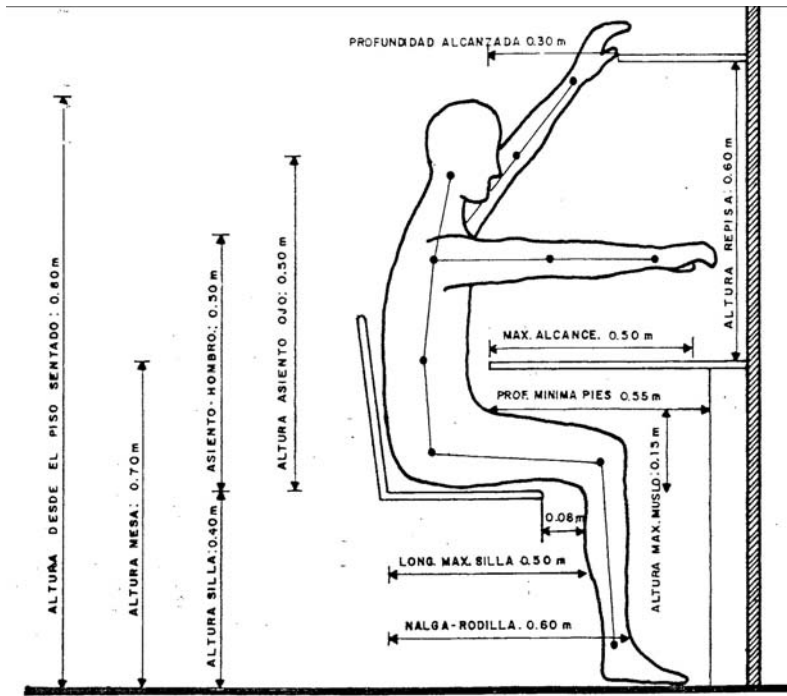


Figura N° 2

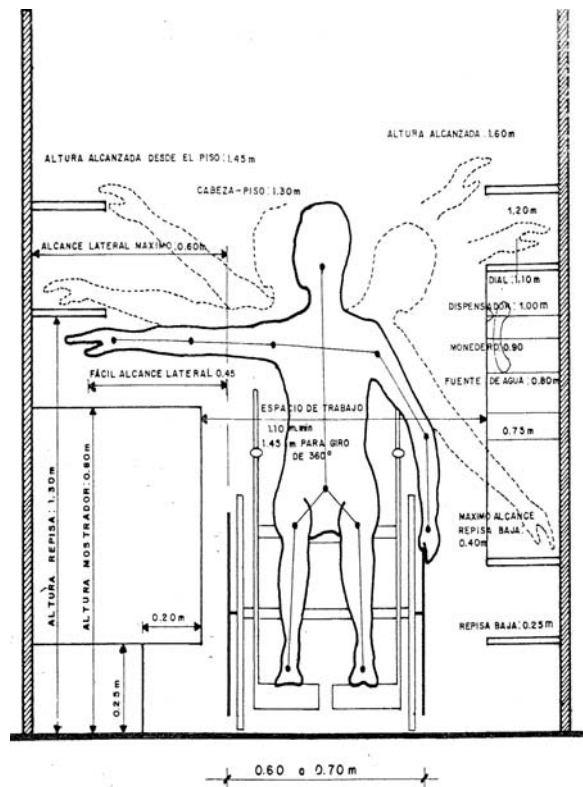


Figura N° 3

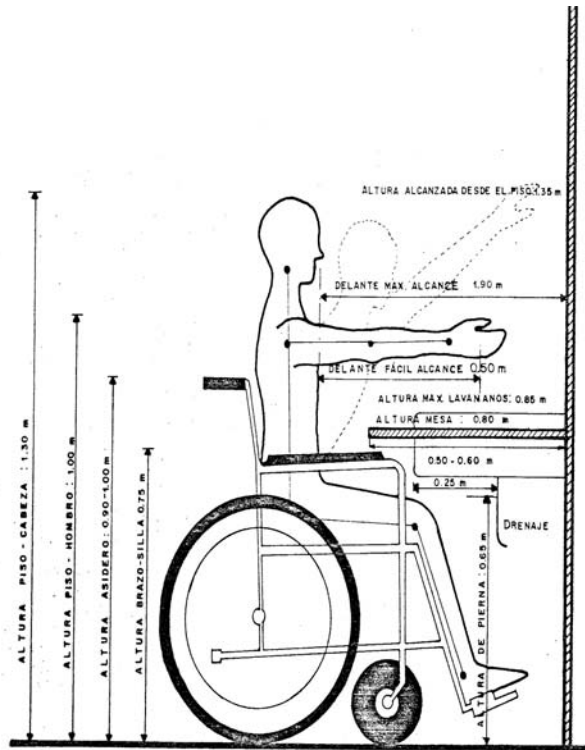


Figura N° 4

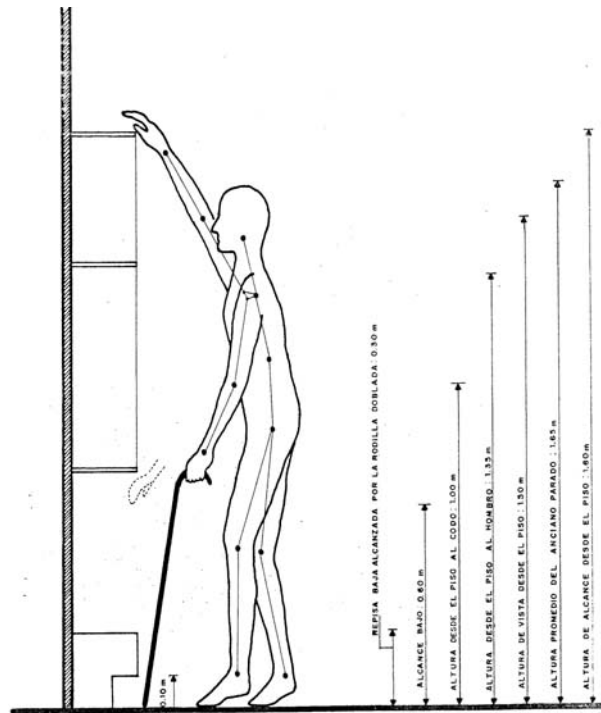


Figura N° 5

-Las figuras son extraídas de la Ordenanza N° 3005 citada en la Bibliografía.

Soluciones para superar las barreras arquitectónicas en edificios públicos y privados.



*Figuras extraídas de la siguiente página web:

<http://www.vimec.biz/accessibilita/prodotti/Piattaforma-elevatrice-Silver>

10. RECURSOS TECNOLOGICOS

Como se menciona anteriormente, 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 (vasodilatadores) o simplemente liberar las vías áreas en patologías respiratorias como bronqueolitis, alergias o gripes estacionales. 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 provocarse accidentes que resultar sumamente peligrosos para la vida del paciente como de sus asistentes.

- **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 vasculización, 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 cardiaca 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 cardiaca o respiratoria de bebés que han sido enviados 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 minutos), etc.

Esta 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 ultimas, 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.

Posen 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:

- **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 mascarás faciales como nasales y 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.

- **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.

Requerimientos físicos y técnicos ídem anterior.

- **Respirador de transporte:** Es el equipo mas 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.

- **Luninoterapia:** 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 LED 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 si 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 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 fenolitos 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 consecuencias.

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.

10.1 Ilustraciones



CPAP Nasal



Mochila de Oxígeno



Aspirador



BiPAP



Concentrador de O₂



Tubos de Oxígeno



Luninoterapia



Monitor de Apnea



Bomba de Infusión a Jeringa



Bomba de Infusión Peristáltica



Oxímetro de Pulso



Monitor Multiparamétrico

10.2 Nuevas tecnologías

Una mención especial merecen las nuevas tecnologías asociadas a la transmisión de datos/información a través de redes inalámbricas, telemetría, Internet, conexiones satelitales, etc. En la actualidad la mayoría de los equipos médicos vienen provistos de puertos de comunicación que permiten a través de éstos enviar y recibir en tiempo real el estado de salud de los pacientes asistidos, sin necesidad de estar acudiendo personalmente a su domicilio particular.

Las centrales de monitoreo remoto son un claro ejemplo de estos adelantos tecnológicos, permiten al personal de salud tomar medidas inmediatas tendientes a corregir situaciones o acciones desfavorables simplemente con una llamada telefónica o una señal precisa a un aparato medico instalado en el domicilio del paciente.

Sin embargo éstas metodologías de diagnostico remoto debe estar asociada a una red de **servicio de comunicación** veloz, seguro y confiable, que generalmente se encuentra en grandes e importantes metrópolis, pero que

sigue siendo una asignatura pendiente en aquellas pequeñas poblaciones alejadas y empobrecidas de nuestro territorio nacional.

11. PROCEDIMIENTO DE UNA ID COMPLEJA

Lo siguiente es una descripción de los pasos a cumplir en una internación domiciliar pediátrica con ventilación artificial, tomados de un ejemplo real en los Estados Unidos, donde se explica claramente a través de un video el procedimiento a seguir en pacientes con este tipo de patología.

I-ETAPA: Indicación de la Internación domiciliar

- El grupo de profesionales debe coincidir en el diagnóstico del paciente y manejar la misma información.
- La familia debe entender y aceptar la enfermedad del paciente y estar emocionalmente estable.
- En la etapa de entrenamiento de la familia, debe prepararse más de un miembro, para cubrir al líder natural en caso de ausencia de este.
- Es necesario el apoyo moral del grupo familiar y del grupo de amigos.
- La familia y el grupo de profesionales deben estar de acuerdo en el diagnóstico y tratamiento que recibirá el paciente.
- Logrados estos objetivos, comienza el entrenamiento en el hospital y en el domicilio.
- El Programa de acción debe ser: claro, seguro, factible, confiable, y el paciente debe estar fuera de los cuidados intensivos.
- Es recomendable que en esta etapa se reúnan con familias que han vivido o están viviendo situaciones similares.

II-ETAPA: Entrenamiento de la familia para la nueva vida.

- Visita de los profesionales al domicilio, para determinar si cumple con las condiciones sanitarias y físicas correspondientes de acuerdo al tratamiento que va a recibir el paciente en cuestión.

- Comienza el entrenamiento en casa.
- Asesoran al familiar en cuanto a los recursos físicos, modificaciones, espacios disponibles para guarda de insumos, espacios disponibles para ubicación de equipamiento médico.
- Sugerencia de familiarizarse con anotaciones en pizarras o cuadernos.
- El grupo técnico asesora en el hogar sobre el funcionamiento de los equipos médicos que se van a utilizar en el tratamiento.
- Toma de fotografías, del desarme y posterior armado del equipo, de tal modo que si existe algún contratiempo o falla de los mismos en horarios en que no puedan recibir ayuda inmediata, puedan salvar la situación.
- Manejo del nombre de las partes del equipamiento y procedimientos para poder solicitar o reclamar el faltante o fallas que puedan presentarse.

III-ETAPA: Acondicionamiento de la vivienda

- El equipo técnico explica las veces que sea necesaria hasta asegurarse que la familia entienda el funcionamiento de los equipos.
- Higiene y cuidados para el paciente. El encargado principal de los cuidados, es quien recibe las indicaciones sobre los baños y sobre como se deben realizar las distintas prácticas cotidianas, e incluso las que debe efectuar en caso de emergencia.
- Adiestramiento familiar en cuanto a ejercicios de resucitación cardiopulmonar.
- Comienzo del entrenamiento desde al lado de la cama para el cuidado casero en cuanto a equipamiento y necesidades.
- Inspección domiciliaria, para determinar lugares de almacenamiento de medicamentos e insumos e incluso para establecer la ubicación de los equipos.

- La compañía de provisión de equipos debe chequear previamente las instalaciones domiciliarias y asegurar el correcto estado de funcionamiento de los mismos.
- El día previo a la salida los familiares directos permanecen 24 hs. En el hospital para observar y asistir cualquier necesidad del paciente.
- Se planea la salida, reunión de los profesionales con la familia dando las indicaciones a los padres sobre equipamiento, medicación y tratamientos.
- Asegurar que cuentan con todas las provisiones.
- El día de la salida no se enseña nada nuevo.

IV-ETAPA: Ingreso al domicilio para la nueva vida.

- Una vez logrados los conocimientos durante el entrenamiento, la familia ya siente seguridad para marcharse al hogar.
- La familia debe ser organizada (listas, procedimientos, notas, horarios, procedimientos de rutina).
- Es fundamental llevar un registro de stock de insumos, agendas para organizar actividades diarias, de manera que si el titular de la atención tiene algún. compromiso personal, otro familiar pueda reemplazarlo.
- No debe caerse en pánico, el control de las situaciones de conflicto deben poder manejarse con seguridad.
- Listado de medicamentos, números telefónicos de personal de atención, alarmas, registros para informar al médico sobre lo ocurrido en el hogar, etc.
- Ayuda de amigos y familiares, para cubrirlos en caso de ausencia.
- La familia debe llevar una vida normal.

V-ETAPA: Visita a la clínica.

- Primera visita a la clínica después de la internación domiciliaria.

- Los tiempos tienen que estar muy bien organizados, de manera de no tener inconvenientes en el camino ni contratiempos.
- Ir provistos de medicinas e insumos necesarios para el tiempo de la ausencia del hogar.
- Una vez que llegan, son recibidos por los profesionales a los cuales hacen entrega de las anotaciones anecdóticas registradas en la vivienda.
- Detalle de medicamentos e insumos faltantes.
- La clínica una vez que llega debe proveer de medicación para el paciente mientras permanezca en el hospital, y baterías para el equipo, o de oxígeno en caso que lo necesitare, de manera que quede carga suficiente para asegurar el regreso a casa.

*El Childrens Hospital Los Angeles (CHLA) ha otorgado el permiso para poder mostrar el video denominado: **"Haciendo la Vida Más Sencilla - Consejos para el Hogar referidos a la ventilación Mecánica Domiciliaria"** en el sitio web de Newport Medical Instruments

Para una mejor comprensión de este ejemplo el lector podrá acceder a él desde la página Web de Newport (www.ventilators.com) oprimiendo el icono rosa en la parte izquierda de la pantalla (Home Ventilation Tips) o en forma directa a través de la dirección: <http://69.228.124.29/dvdvideo/spanish.html>

12. CONCLUSIONES GENERALES

Enfoque Bio-psico-social

Se busca mejorar la capacidad de adaptación del paciente a su ambiente, por lo cual los objetivos acciones y plazos de un tratamiento deben relacionarse con la calidad de vida del mismo y de su familia.

Existe un abanico de soluciones para cada caso, unos más óptimos que otros e incluso con variables económicas alternativas.

Ideal es poder aconsejar a la familia cuáles son las modificaciones que debe sufrir su domicilio y también poder asesorarlo en distintas opciones o alternativas acordes a su capacidad financiera.

La internación domiciliaria abrió una instancia a la modalidad de atención del paciente que por diferentes casuísticas ha requerido mayor y más prolongada atención, en coincidencia con lo expresado consideramos a la internación domiciliaria como un modelo de atención estratégico que aborda la salud en un sentido positivo y amplio haciendo posible la articulación del grupo familiar, la integración del paciente, adulto o niño, a su medio bio-psiquico- social, disminuyendo así los riesgos de infecciones nosocomiales y el gasto en salud.

El desafío es mejorar y garantizar la calidad de atención brindando contención, acompañamiento y disminuir los riesgos sin dejar de priorizar las normativas que permiten un buen funcionamiento de las prestaciones monitoreando en forma continua.

Satisfacer las necesidades de la comunidad, acorde a los principios de equidad.

Enfoque desde el recurso físico o arquitectónico

En la actualidad las intervenciones de refacción son financiadas por la familia del paciente en cuestión.

El Estado debería regular y subvencionar la realización de obras en residencias particulares, mediante ayudas individuales, con el fin de facilitar la accesibilidad y la adaptación del hogar de las personas ya valoradas en

situación de dependencia que lo precisen para facilitar la permanencia de las mismas en su domicilio y evitar el ingreso innecesario a establecimientos de salud.

Deben propiciarse todas aquellas obras que tengan por objeto la supresión de barreras arquitectónicas y/o de comunicación, la eliminación de obstáculos, la instalación de dispositivos mecánicos o electrónicos que favorezcan la comunicación con el exterior y cualquier otra actuación de adaptación del hogar dirigida a facilitar la accesibilidad.

Enfoque desde el recurso tecnológico

A la luz de las experiencias encontradas en la modalidad de atención domiciliaria, la **demanda tecnológica** parece no representar un escollo para el Estado en cuanto a los costos de su implementación en los sectores más carenciados.

Sin embargo en este segmento de la población, además de evaluar las condiciones de la vivienda, deberá hacerse hincapié en los aspectos de higiene, salubridad, accesibilidad y responsabilidad civil ya que en muchos casos el despliegue tecnológico en ciertas patologías complejas puede representar un fuerte contraste, en materia económica, con las condiciones de vida de los beneficiarios.

“La provisión de tecnología adecuada al caso, tal como cama, O2, oximetría etc. sigue siendo un trabajo artesanal, que asimismo surge de la observación de la grilla de categorización y sus variaciones de la revisión de cada epicrisis mensual, mas las eventuales que surjan en el contacto diario con el Centro Coordinador de la empresa”. (6)

Como se señaló anteriormente no se tiene conocimiento de programas por parte del estado que financien la modificación o reformas edilicias en los hogares de pacientes con Internación domiciliaria, pero si existen numerosos casos donde el estado a través de la extensión hospitalaria, aporta tecnología, generalmente de baja complejidad, para asistir a pacientes crónicos o terminales para que transcurran su proceso curativo o paliativo en su domicilio. Estos elementos como sillas de ruedas, muletas, camas ortopédicas, tubos de oxígeno, etc. o aparatos médicos, tales como nebulizadores, CPAP, oxímetros de pulso, etc. no representan un gasto elevado para el estado en función del ahorros que se generan teniendo en cuenta el costo de la Internación hospitalaria y los beneficios que trae aparejado el cuidado domiciliario.

Es por ello que la Interacción domiciliaria debe ser, más que una alternativa de atención, un cambio de paradigma en las políticas de estado en materia de salud pública propiciando su aplicación a toda la población sin limitación alguna.

(6) Categorización de pacientes y asignación de recursos en Internación domiciliaria”, Dr. Carlos Carvajal, Marisa Márquez

13. BIBLIOGRAFIA

“Categorización de pacientes y asignación de recursos en Interacción Domiciliaria” – Dr. Carlos Carbajal, Marisa Márquez. Año 2007

“La Internación Domiciliaria reduce los costos en salud” – Luis Adolfo Hipólito, Pedro Iribarse D’avalos.

“Interacción Domiciliaria” monografía: curso anual de auditoría medica Hospital Alemán 2007.- Dr. Agustín Orlando e Integrantes; Barbagallo, Sebastián, González, Andrés, Martínez, Bottani Cristina, Silva, Marcela

En Casa - página en Internet: www.internaciondomiciliaria.org

Cámara Argentina de Interacción Domiciliaria – página en Internet: www.cadeid.com.ar

Hospital Italiano, de Buenos Aires servicio de clínica médica, medicina domiciliaria.

Asociación Argentina de Medicina y cuidados paliativos.

Fundación Española de enfermedades Neurológicas.

Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica-Ministerio de Salud de Nación

Ordenanza Municipal N° 3005 de la ciudad de Ushuaia capital de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

<http://www.demayor.es/> Texto Integro Ley de Dependencia.

Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.- De Extremadura-España.

Normas de Organización y Funcionamiento para servicios de internación Domiciliaria. Resolución Ministerial 704-100.año2000- Ministerio de Salud de la Nación de Argentina

Archivos Argentinos de Pediatría v102 n2 - Buenos Aires, año 2000 y 2004

Home care the next frontier of pediatric practice. Goldberg AI, año1994.

Cuidados Domiciliarios. Grill D. Sociedad Argentina de Pediatría v 2 Bs. As. año 2003

Internación Domiciliaria Pediátrica. Academia Nacional de Pediatría. Bs. As. año 2001

De lo Prevalente a lo Previsible. 33er Congreso de Pediatría año 2003

El cuidado del niño y de su familia estrategias de internación. Mesa redonda en el 33er Congreso de Pediatría .año 2003

Niños con Enfermedades Incurables desde su Diagnostico. Pose Marcela año 2003

Niños con severo daño neurológico, Verna Rodolfo, octubre de 2003

Soporte nutricional domiciliario en pediatría. Fain H. y colab. Rosario, año 2001

La certeza de la angustia una práctica de la época. Mauricio Tarrab, AME de la Escuela de la Orientación Lacaniana EOL edic.2005

Los órganos del cuerpo en la perspectiva psicoanalítica. Eric Laurent, conferencia 30 de noviembre de 2006.