

El hospital como institución de cuidados progresivos al paciente

(2ª PARTE - CONCLUYE)

Dr. Jacobo Santos Alvarado

— IV — CUIDADOS

INTERMEDIOS

A.—Selección de los pacientes.

Los pacientes asignados a la Unidad de Cuidados Intermedios (10), son los que están moderadamente enfermos así como aquellos que requieren un tratamiento paliativo; ejemplos de la primera categoría o moderadamente enfermos como los que tienen: neumonía, colicistitis aguda, post-operatorio de apendicectomía no complicada, herniorrafia, reparación pélvica y pacientes en recuperación parcial, transferidos de la Unidad de Cuidados Intensivos, la mayoría de estos pacientes serán ambulatorios por cortos períodos. Una mayor proporción de pacientes hospitalarios serán admitidos y dados de alta desde esta Unidad. Los niños que requieren cuidado a este nivel intermedio serán colocados en la Unidad Pediátrica.

B.—Servicios requeridos.

Los servicios proveídos en la Unidad de Cuidados Intermedios en algunos aspectos serán similares a aquellos ofrecidos en una unidad de enfermería quirúrgica o médica general, muchos pacientes tendrán facilidades de baño y la mayoría serán capaces de ayudar a la enfermera para su propio cuidado y hacer sus necesidades por sí mismos. El médico y la enfermera deberán observar y evaluar las necesidades de los pacientes de manera a poder ayudarlos a una pronta recuperación.

La enfermera puede necesitar enseñarle las técnicas de ambulación que siguen a la cirugía o después de una larga permanencia en cama y ayudarle a aceptar las limitaciones producidas por su enfermedad.

Pacientes que están próximos a recibir su alta pueden necesitar instrucciones para su vida futura al tener que reintegrarse al hogar. La mayoría de los hospitales tienen diseñadas instrucciones impresas, las cuales contestan las preguntas que frecuentemente los pacientes hacen, estas instrucciones pueden perfectamente ser ampliadas por guías y conversaciones personales de la enfermera.

Énfasis y supervisión de la actividad del paciente convaleciente, son aspectos importantes del cuidado de enfermería en esta Unidad, así como la enseñanza de buenas prácticas sanitarias.

C.—Personal de Enfermería.

Selección.—Las enfermeras asignadas a esta Unidad deben tener las mismas atribuciones de las que trabajan usualmente en los pisos de Medicina General y de Cirugía; debe enfatizarse en el interés y la habilidad para la enseñanza de la salud, deberá emplearse más tiempo para esta función importante ya que habrá menos pacientes que requieren varios procedimientos técnicos.

Persona).—Puesto que la Unidad de Cuidados Intermedios generalmente no es para hospitalización de emergencias, es posible tener un equipo razonablemente estable, los requerimientos de servicio se refiere tanto a los de enfermeras profesionales, licenciadas de enfermería y auxiliares de enfermería; las necesidades varían con cada turno, no obstante en todos los momentos siempre deberá haber por lo menos una enfermera profesional.

Algunos hospitales han demostrado que durante la guardia de día, un miembro del equipo puede servir adecuadamente a 5 o 6 pacientes, durante la tarde pueden asignársele 7 y en la noche se necesita (1) una enfermera para (11) once pacientes.

D.—Aspectos operacionales

General.—Los aspectos operacionales serán similares a aquellos de los hospitales convencionales desde el punto de vista de los patrones de los equipos de enfermería, de los privilegios de los visitantes y los servicios hospitalarios tales como: Dietética, Mantenimiento, Suministros y Lavandería.

Ingresos.—Un paciente puede ser ingresado a esta Unidad bien sea transferido de otra Unidad o directamente desde admisión tal como ocurre comúnmente en los hospitales convencionales. Desde aquí puede ser trasladado a otra Unidad y de la política operacional observada en el Hospital, o directamente a su casa, dependiendo desde luego de sus propias condiciones

Alimentación.—Puesto que el paciente como regla general está en la Unidad comenzando a volver a ganar interés en su alimentación, la dietista está perfectamente en condiciones de comenzar a planificar su educación nutricional; esta área provee una buena oportunidad para la dietista para evaluar las necesidades dietéticas del paciente y le permite abarcar al paciente y a su familia en la planificación.

El Departamento de Dietética dará atención particular a la importancia que tienen los alimentos nutritivos apetitosamente preparados y convenientemente servidos.

En la Unidad de Cuidados Intermedios, debe incluirse espacio para un servicio mínimo de alimentación para guardar, servir ciertos alimentos simples o especiales. Deberá haber un ambiente lo suficiente para que los pacientes puedan comer allí en vez de hacerlo al lado de la cama.

Cuando estas facilidades se prestan, los pacientes tienen una oportunidad de tomar sus alimentos juntos y así pueden disfrutar de ciertas amenidades sociales que tienen gran importancia en la convalecencia temprana.

E.—Diseño y equipo.

Las Unidades de Cuidados Intermedios son similares a las salas de atención de pacientes en los hospitales generales convencionales y son equipados análogamente. La capacidad más adecuada fluctúa entre 30 y 35 camas.

Un cierto número de pacientes deambula y requieren espacio para caminar o levantarse durante el día o en las horas de las comidas. Esta Unidad requiere suficientes duchas, sanitarios y baños. En concordancia al número de pacientes que en ella se alberguen; los cuartos de los **pacientes** pueden ser de 1 o 2 camas y hasta de 4, con **baños privados** o comunicados.

En cada Unidad se hace necesario: la estación de enfermería, cuartos para preparación de medicamentos, suministros, faena de material sucio, cuarto para

alimentos, almacenamientos y cuarto para el personal auxiliar; también deben considerarse las facilidades para aislamiento, tratamientos, exámenes y sitio para conferencias.

Deben proveerse 2 zonas flexibles para los pacientes de la Unidad, una de ellas preferiblemente próxima al área de la Unidad de Cuidados Intensivos, el número de camas que debe considerarse a las 2 Unidades es electivo y puede perfectamente ser regulado por períodos según las necesidades.

— V — CUIDADOS

MTNIMOS

A.—*Selección de pacientes*

Los pacientes ambulatorios, los que están convalescientes y los que requieren diagnóstico o terapéutica son los que se atienden en esta Unidad (10), por ejemplo aquellos que físicamente se valen a sí mismos que requieren estudios diagnósticos que no se pueden realizar desde la Consulta Externa, pacientes que requieren tratamiento diario o especializado tal como radiaciones o fisioterapia, el diabético recién diagnosticado que necesita un manejo dietético, control de dosis de Insulina precisos, y exámenes de laboratorio frecuentes, coronarios que deben aprender bajo estrecha supervisión cuanta actividad pueden tolerar, pacientes convalescientes de carcinoma rectal que necesitan de algunos días más para ayudarlo en el entrenamiento para sus evacuaciones y el manejo de la Colostomía y pacientes con disturbios emocionales medianos.

B.—*Servicios requeridos.*

Los pacientes pueden ser ambulatorios, por consiguiente, los servicios son especialmente educacionales y de supervisión ya sugeridos por los ejemplos anteriores. Los médicos, enfermeras y dietistas instruyen a los pacientes en como utilizar al mínimo, su propia capacidad incluyendo por ejemplo: toma de medicinas, alimentos, etc.

La enfermera es responsable de la vigilancia del paciente y de hacerlo entender lo que se propone, puede hacer educación sanitaria y planificar el mantenimiento de la salud en el hogar, trabaja estrechamente con el médico con la finalidad de proporcionarle al paciente soporte emocional y la información específica que debe aprender para aceptar su diagnóstico o las limitaciones impuestas por su enfermedad, si se trata por ejemplo de un diabético o con cardiopatía que tendrá su afección por el resto de su vida; la ayuda consoladora que se le brinde ayudará en la aceptación de su estado y a la transición entre el hospital y la casa.

C.—*Personal de Enfermería.*

Selección.—La enfermera profesional debe tener un mínimo de procedimientos técnicos para llevar a cabo su cometido, pero sus cualidades en relaciones humanas serán usadas al máximo en consolar, enseñar y proveer soporte emocional. Deberá darse prioridad a las habilidades en este sentido y a los conocimientos de Salud Pública en la selección del equipo de enfermería destinado para laborar en la Unidad de Cuidados Mínimos.

Equipo.—Los requerimientos de equipo de esta Unidad dependerán de los servicios que van a proveerse y de la cantidad de pacientes. En un hospital

donde el mínimo promedio de pacientes es 26, se ha encontrado adecuado el patrón siguiente: una enfermera profesional, una enfermera práctica o auxiliar de enfermería para el turno del día; una enfermera a tiempo completo más una enfermera a medio tiempo (que puede ser práctica o auxiliar de enfermería) para el turno de la tarde; o una enfermera profesional a tiempo completo, una enfermera auxiliar para el turno¹ de la noche; debe asignarse una secretaria a esta Unidad para que asista en el arreglo de la papelería de los pacientes, que se encargue del control de citas y toda la labor de secretaría que pudiera haber.

D.—*Aspectos operacionales.*

Consideraciones generales.—A los pacientes deberá permitírseles llevar una rutina parecida a la de su casa, sin tiempo prefijado para levantarse o acostarse excepto cuando sea requerido para citas diagnósticas o procedimientos terapéuticos.

No hay necesidad de restringir las visitas sean éstas de adulto o de niños, ni tampoco limitar las horas a los mismos.

Ingresos.—Los pacientes pueden provenir directamente de la Oficina de Admisión o transferidos de otra Unidad de pacientes. Entre los ingresos directos están aquellos que serán intervenidos quirúrgicamente, esos pacientes tendrán oportunidad para aprender procedimientos y rutinas del Hospital, aquellos que son enviados a esta Unidad como preparación previa para alta deberán recibir instrucciones concernientes al cuidado que tendrán que observar posteriormente; el término de la estancia deberá ser influenciado por la situación a encarar por el paciente en su hogar y la distancia y la facilidad de transporte entre el hospital y aquél.

Aquellos admitidos para ser diagnosticados tomarán ellos mismos la responsabilidad para trasladarse a tiempo a los servicios auxiliares de diagnóstico como Rayos X o Laboratorio y asistir por su propio esfuerzo y decisión a las estaciones de enfermería para tomar sus medicamentos.

Localización de los pacientes.—Puesto que los pacientes no están restringidos en sus cuartos, se permite desarrollar un sistema que pueda mantener al cuerpo de enfermería enterado, de donde pueden ser localizados en un momento dado; una manera de llevar sin inconveniente lo anterior es teniendo en la puerta una especie de dial que indique áreas tales como: Laboratorios Rayos X, sala de tratamientos, etc. el que servirá para colocar en el dial el lugar hacia donde se encuentra el paciente al dejar éste su cuarto. Otras indicaciones que el mismo dial podría hacer es mostrar si el paciente está libre para visitas, si necesita reposo o simplemente dormir.

Prácticas dietéticas.—Una de las principales funciones del Departamento de Dietética para el paciente de Cuidados Mínimos, es el de ayudarlo a través de la educación nutricional, a ajustar o adquirir buenos hábitos dietéticos y poderlos practicar posteriormente cuando se encuentre de regreso en su hogar. Con respecto a ésto, la cafetería general del hospital perfectamente podría servir como un medio de enseñanza, al permitírsele a la dietista dar instrucciones y asistencia al paciente que asiste a la cafetería. Un programa de entrenamiento de educación nutricional puede desarrollarse por una dietista que enseñe a aquellos pacientes que necesitan tener conocimientos sobre dietas modificadas.

En la Unidad son deseables facilidades para la alimentación mínima de un desayuno ligero o de la merienda entre las comidas. Facilidades que pueden consistir en la dotación de una pequeña área para alimentación, aparte de ello los pacientes también pueden usar la cafetería del hospital para tomar sus alimentos.

— VI —

CUIDADOS DOMICILIARIOS

Este programa de atención en el hogar (10), hace posible extender los servicios necesarios al paciente después que deja el hospital y regresa a su casa en la comunidad, lo que se lleva a cabo conjuntamente con los servicios seleccionados de la comunidad para completar el plan de cuidados médicos para el paciente, última fase de lo que hemos venido llamando "Cuidados Progresivos al Paciente".

Los avances científicos, técnicos y sociales (11) que ha experimentado la Medicina en las últimas décadas han contribuido al rápido incremento de la asistencia hospitalaria. Sin embargo, el alto costo de los hospitales y el creciente aumento de la incidencia de enfermedades crónicas entre otros factores ha inducido a buscar nuevos métodos complementarios de atender a los pacientes; como el de la atención domiciliaria.

En un programa coordinado de atención domiciliaria, todos los servicios para el paciente están controlados y supervisados por una oficina central administrativa, generalmente ubicada en el mismo hospital, aunque puede estar en otro servicio local de salud, encárgase de él una asociación *de* enfermeras visitadoras o las Facultades de Medicina.

Sin embargo, en cualquier tipo de manejo administrativo el servicio de salud local puede contribuir coordinando los cuidados que presta a los pacientes en su domicilio. Es obvio que en el desarrollo de un programa de esta naturaleza adquieren importancia de primer orden tanto los médicos como las enfermeras de salud pública y las visitadoras sociales, no solamente en lo que a medicina preventiva y social se refiere.

En los Estados Unidos, durante 1955, un estudio de un número limitado (12) de programas de atención domiciliaria mostró varios patrones de operación, enfatizó la importancia de:

- a) Valorar las necesidades de la comunidad para el establecimiento de un programa de cuidados domiciliarios, a través de la determinación del número de pacientes en los hospitales y otras instituciones, las listas de espera, consultas clínicas y una estimación del número de enfermos en la casa que podrían beneficiarse al implantarse dicho programa.
- b) Exploración y evolución de los recursos de la comunidad en relación con su potencial en la satisfacción de las necesidades de los pacientes en la casa.
- c) Desarrollo de un programa para incluir la creación de comités o consejos, para consultar conjuntamente con el director del programa, con el objeto de definir los objetivos del programa y normas para seleccionar los tipos de pacientes que deben ser atendidos, los servicios que serán ofrecidos y dónde serán proveídos.
- d) Desarrollo de criterios específicos para determinar la selección de pacientes para cuidados en la casa.

La definición definitiva presentada en el primer simposium regional sobre cuidados de la casa en los Estados Unidos (13) es como sigue:

Un programa de asistencia domiciliaria coordinado es el administrado centralmente, y a través de planes coordinados de evaluación y procedimientos

controlados, provee de servicios de enfermería, sociales y médicos dirigidos a pacientes seleccionados y en su hogar.

El término de administrado centralmente recalca la responsabilidad para la administración del programa que debe ser delegada a una organización.

Los planes coordinados, la evaluación y el control significan que la organización debe mantener una unidad operacional para:

- 1.—Planificar y llevar la responsabilidad de la participación de los recursos organizados, para proporcionar así a los pacientes de servicios que incluyen por lo menos cuidados físicos, cuidados de enfermería, servicio social y facilidades de acceso para los pacientes hospitalizados.
- 2.—Llevar a cabo conferencias periódicas con médicos y otros profesionales o personal auxiliar para determinar las necesidades médicas, sociales y de enfermería de todos los pacientes en el programa. Necesidades que se determinan sobre una base individual durante el tiempo de la admisión, curso del cuidado y egreso.
- 3.—Esquemas individuales de servicios coordinados, referentes a los pacientes que sean consistentes con sus necesidades y con una distribución eficiente y distribución de los servicios dentro de todos los casos.

Dirigido por el médico, significa que todos los servicios directos sobre el paciente: médicos, enfermería, sociales ,etc., deben ser de la responsabilidad directa de los médicos tratantes.

Pacientes seleccionados se refiere al hecho que el programa está primordialmente reservado para pacientes cuya necesidad de salud:

- a) No requieren hospitalización, ni tampoco pueden ser llevados como simples pacientes ambulatorios.
- b) Requieren un complejo de servicios médicos, de enfermería, sociales y otros por un período prolongado de tiempo, y
- c) Pueden ser fácilmente introducidos en el programa en un medio físico psico lógicamente adecuado en el hogar.

Como ya indicamos previamente un programa de atención domiciliaria puede ser organizado independientemente, utilizando ciertos servicios hospitalarios o como una unidad funcional del hospital, aunque en la exposición que sigue a continuación se refiere especialmente con programa que tiene desarrollo en su hospital, éste, no obstante, puede perfectamente funcionar o participar en un programa de cuidados domiciliarios organizado por cualquier otro servicio de salud.

La Asociación Americana de Hospitales en 1961 (14) organizó y desarrolló una serie de principios guía para asistir a los hospitales en la planificación y organización de programas coordinados de cuidados domiciliarios, con el fin de que estos servicios especiales fueran aceptados por los médicos, comunidad, y entidades que tenían que ver con los mismos.

En Venezuela existe la atención domiciliaria en ciertas instituciones como el Hospital de Niños de Maracaibo, Hospital Central de Barquisimeto y en el Hospital Central de Maracay.

Seguidamente se incluyen los lineamientos u objetivos, que podemos considerar como ventajas de un programa de tal naturaleza (15) en un hospital de niños:

- 1.—Proporcionar al paciente atención médica adecuada, sin separarle de su ambiente familiar, lo que se ha comprobado repercute favorablemente sobre la salud del niño, reduciendo al mínimo el trauma psíquico que ocasiona por sí misma la enfermedad, al cual se suma el de la separación del ambiente familiar que conlleva la hospitalización.
- 2.—Suprimir el desasosiego, estado de angustia y el temor que en la familia origina la hospitalización de un niño, con las múltiples secuelas que de ello se derivan, especialmente en los hogares económicamente débiles: abandono temporal de las obligaciones hogareñas por parte de la madre, incremento de gastos de transporte, a menudo incumplimiento o abandono del trabajo por parte del padre, etc.
- 3.—Reducir considerablemente el costo del paciente pediátrico hospitalizado, el cual crece cada día. Se calcula que la asistencia domiciliar suprimiendo los gastos de alimentación y reduciendo apreciablemente los de personal, baja el costo en un 60% aproximadamente.
- 4.—Mejorar las condiciones sanitarias del hogar mediante las visitas del médico y de la enfermera, quienes por el simple acto de su presencia periódica constituyen un estímulo para el mejoramiento de las condiciones de higiene en el hogar, estímulo que crecerá proporcionalmente al interés del médico y la enfermera en instruir al grupo familiar sobre los hábitos higiénicos fundamentales, sobre conocimientos básicos de economía doméstica y la forma adecuada de resolver pequeños problemas del hogar (escolaridad, facilidades de trabajo, utilización adecuada de los servicios públicos, etc.)
- 5.—Proporciona a los médicos, estudiantes y otros sectores del personal hospitalario el conocimiento del medio social en que actúan, fatalmente deformado por la práctica exclusiva de asistencia hospitalaria y ambulatoria.

Pero en el programa establecido se tropieza con algunos inconvenientes o desventajas. En primer lugar (16) señalaremos que los pacientes para ser atendidos deben ser seleccionados en base a los siguientes puntos:

- 1.—*Tipo de enfermedad.*—No se tratarán en el domicilio pacientes con procesos agudos o crónicos que constituyen un peligro al núcleo familiar.
- 2.—*Deseo y disposición de los familiares a colaborar.*—Actitud sumamente muy importante que debe aclararse, en vista de que una vez en domicilio, prácticamente los cuidados quedan delegados a uno o varios miembros del grupo; sin su ayuda e intervención es inútil tratar de llevar adelante el programa.
- 3.—*Deseo del paciente de ir a domicilio.*—Muchas veces las condiciones que los investigadores sociales hacen en el seno familiar, son completamente diferentes a los que conoce y ha vivido el paciente, quien por alguna razón puede sentirlo hostil. Ante esta situación debe primero condicionarse al ambiente y al enfermo para tratar de zanjar las diferencias que puedan existir.
- 4.—*Residencia del paciente.*—Deberá estar ubicada en zona accesible y en el perímetro del área de influencia del hospital.
- 5.—*Existencia en el domicilio de mínimas condiciones ambientales y de comodidad.*—Punto que puede ayudar a resolver la Institución con sus recursos en caso de que sea necesario.

A.—*Selección de los pacientes.*

Los pacientes deben ser admitidos a este programa sólo cuando el tipo de cuidados llenen sus necesidades. Evaluación social, de enfermería y médica

precisa, es esencial en la selección de pacientes para ser atendidos en los cuidados domiciliarios. Los servicios deben ser **asequibles** a los pacientes privados y a los que les pagan servicios médicos organismos como el Seguro Social, etc. El programa de cuidados en la casa debe ser equipado idealmente para servir todas las categorías de enfermedades, incluyendo a los pacientes que se encontraran en la comunidad, así como aquellos que serán egresados del hospital.

Los principios de la Asociación Americana de Hospitales sugieren las reglas mínimas siguientes para la admisión de pacientes en este programa:

- a) Una situación en el hogar que permita suministrar cuidados primarios por un miembro de la familia o por cualquier otro que ocupe una posición similar.
- b) Un tipo de enfermedad o incapacidad que no necesite los cuidados intensivos que se dan en un hospital, y
- c) La necesidad para los tipos de servicio que provee el programa de cuidados en la casa.

B.—Estructura Administrativa.

Los principios de administración de los programas de cuidados domiciliarios coordinados y llevados a su desarrollo por la Asociación Americana de Hospitales, enfatizan que mientras la administración diaria del programa puede ser llevada a cabo por una enfermera de Salud Pública, una Trabajadora Social o cualquier otro miembro no necesariamente médico de la estructura administrativa es esencialmente que sea un médico quien dirija el programa.

El médico que lo dirija puede estar empleado a tiempo completo¹ o parcial.

Si el programa depende de un hospital, la directriz médica fungirá como jefe del programa de Cuidados Domiciliarios, en forma similar a los Jefes de los servicios, clínicos especializados en el hospital. En resumen el Departamento de Cuidados Domiciliarios de un hospital debe ser organizado como un servicio comparable con el Departamento de Clínicas Externas y de otro servicio clínico.

C.—Evaluación y coordinación.

Para la coordinación de los servicios son esenciales conferencias, record e informes. Las conferencias de evaluación de equipo buscan determinar un plan para el tratamiento, evaluando la información médica social y de enfermería; tales conferencias deben ser llevadas a cabo a intervalos regulares. Cuando el médico tratante no esté presente debe enviársele una copia de la conferencia dentro de las próximas 24 horas. Deberá obtenerse una aprobación del médico antes que las recomendaciones de la conferencia sean puestas en práctica.

Un sistema de referencia entre los centros asistenciales es útil e importante para asegurar el mantenimiento y continuidad del cuidado del paciente, cuando éste es remitido de uno a otro centro, bajo el plan de Cuidados Domiciliarios.

D.—Servicios requeridos.

Los servicios mínimos requeridos son médicos, de enfermería y sociales. El número y variedad proveídos por el programa de Cuidados Domiciliarios varía de conformidad a la comunidad, paciente y al personal disponible.

Todos los servicios de diagnóstico y tratamiento del hospital, deben ser accesibles a los pacientes ambulatorios, capaces de ir al Departamento de Clínicas Externas del Hospital. Para aquellos que están confinados a la cama

o que por cualquier otra causa sean incapaces de asistir al hospital, ciertos servicios organizados de la institución, podrán ser llevados hasta el hogar.

Servicios médicos.—Los servicios médicos directos para los pacientes en la casa, son llevados a cabo por los médicos tratantes. En algunos programas, los servicios directos son llevados a cabo por los médicos residentes o por los estudiantes de medicina supervisados. Tales servicios pueden incluir examen médico, diagnóstico y procedimientos médicos y terapéuticos no complicados. Las muestras para exámenes de laboratorio pueden ser recogidas en la casa; si se tiene equipo portátil pueden hacerse ciertos procedimientos en la casa, como electrocardiograma y Rayos X. Las consultas médicas a menudo, son llevadas a cabo a través del hospital al que pertenece el programa de cuidados domiciliarios.

Servicios de Enfermería.—El cuidado de enfermería generalmente es un servicio provisto por el hospital. Los cuidados incluyen por ejemplo: cambio de ropa, inyecciones, irrigaciones, baños en la cama, educación sanitaria al paciente y a sus familiares que integran el mismo núcleo familiar. En la casa la enfermera tiene la oportunidad de ayudar al paciente y su familia a planear un programa de salud en medicina preventiva, así como restaurativa.

Servicio Social.—Al paciente e igualmente a su familia puede beneficiarse de este programa, bien sea del mismo hospital o del que la comunidad tenga organizado. El tipo y la calidad de los servicios debe ser dirigido por el programa de la organización y por las necesidades del paciente y de su familia.

Otros servicios.—Para algunos pacientes es suficiente con los servicios básicos (médicos, enfermería y social), sin embargo otros pacientes pueden necesitar también uno o más de una amplia variedad de otros servicios como: guías alimenticias, fisioterapia, terapia ocupacional, cuidados odontológicos, servicio de farmacia, de laboratorio y de Rayos X, ciertos servicios especializados.

E.—Normas.

Todo paciente (16) al cual se ha arribado a un diagnóstico, comprobado la eficacia terapéutica y superado la fase aguda que amerita atención directa y constante intrahospitalaria, es susceptible de continuar su evolución a domicilio. A juicio de su médico tratante se hará tal proposición en base a un estudio social previamente elaborado; la enfermera de sala lo participará de inmediato al coordinador de Atención Médica a Domicilio, quien conjuntamente con el médico tratante y el Trabajador Social que estudió el caso, frente al enfermo, con la documentación a mano, decidirán y programarán las visitas, así como la continuidad terapéutica e investigaciones de control si son necesarias. Egresará el paciente cumpliéndose todos los trámites reglamentarios e indispensables con el servicio de historias clínicas.

Visitas.—Al siguiente día del egreso se cumple la primera visita, realizada por el Coordinador, el médico residente perteneciente al servicio o Departamento de donde egresó el paciente; esto último para garantizar que se continuará la misma línea de conducta iniciada durante la fase de internamiento, se hará docencia, y podrá mantenerse informado al Jefe del Servicio la enfermera y el trabajador social, cada uno en sus actividades específicas.

Las visitas" sucesivas con asistencia del Médico Coordinador y Residente se cumplirán de acuerdo a las necesidades del paciente, así las de enfermería y servicio social, que se adelantan en forma diaria o interdiaria, teniendo la responsabilidad de sugerir al Coordinador la necesidad de alterar el programa establecido, si existen condiciones nuevas o especiales que lo ameriten.

Semanalmente el equipo se reunirá a objeto de considerar las medidas adoptadas, evolución del caso y decidir acerca de conductas futuras, incluida la decisión del egreso.

Todas las anotaciones, médicas y paramédicas, deberán hacerse en la historia clínica del paciente, la misma se transportará hasta el domicilio con cada visita; en consecuencia una interrelación con el Servicio de Historias Médicas es indispensable y necesaria.

La actividad médica no se limitará única y exclusivamente a la específica profesional sobre el enfermo, ayudará a la solución de problemas médicos y sanitarios que existen en el medio familiar, resolviendo consultas, que serán tabuladas, y dando consejos sobre saneamiento, evitando en lo posible el referir, si no es necesario, otros pacientes a las consultas del hospital, sean preventivas o curativas. La visita no deberá constituirse en la solución de todos los problemas médicos de los parientes y vecinos del paciente, a quien se debe orientar de la mejor manera.

A los fines de la utilización de aquellos servicios centralizados en el hospital, como Rayos X, Laboratorio especialmente, se tomarán las providencias necesarias al correcto traslado del paciente al Instituto, o toma de muestras a domicilio cuando sea necesario a juicio médicos.

Todas las visitas serán obligatorias para los alumnos de Medicina, Enfermería y Médicos internos; para su mejor cumplimiento recomendamos se les asigne en tal forma que no se hipertrofie el número de personas que visiten el hogar, lo que a nuestro juicio sería un elemento de perturbación y violación de la intimidad familiar.

Como puede observarse, la concepción de un servicio de esta categoría llevará la prestación de un gran servicio a la comunidad, atención integral al paciente y a la familia como unidad de salud.

— VII —

VENTAJAS DEL ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO PROGRESIVO DE PACIENTES

Los hospitales que han practicado exitosamente el cuidado progresivo de pacientes informan que los beneficios son numerosos. Ellos se proyectan al paciente, al médico, a la enfermera, y a todos los que están comprometidos en el trabajo del hospital. Algunas de las principales ventajas para cada uno incluye:

El paciente.—Recibe la atención especializada que él necesita y cuando la necesita. Además, él es atendido al hacer su primera adaptación al ambiente hospitalario y más tarde su retorno al hogar y a la comunidad.

Algunos de los objetivos del hospital son, proveer lo siguiente:

- a) Equipo y cuidados salvavida en segundos.
- b) Constantes cuidados de enfermería cuando más los necesite.
- c) Los mejores cuidados sin tener en cuenta su estado económico.
- d) Servicio total cuando los necesite sobre (enseñanza, tratamiento de rehabilitación, medicina física y emocional).
- e) Y cuidados de enfermería los cuales son planeados alrededor del progreso y hacia la recuperación.

La necesidad de preparar el paciente para su adaptación del Hospital a su hogar o a la comunidad es una consideración importante. El cambio del paciente a la unidad de cuidados personales, previa a la salida del hospital, disminuye el problema de como el paciente tiene la oportunidad de adaptarse gradualmente de un dependencia completa a una auto-suficiencia.

El médico.—A él se le ha dado la mayor seguridad de que su paciente está recibiendo la más alta calidad de servicios de enfermería, y que las drogas especiales, medicamentos y equipo necesario para diagnóstico y tratamiento están en la inmediata proximidad del paciente. Además hay la más grande probabilidad de que una cama estará disponible y que el personal entrenado estará de guardia, y son ellos quienes se pondrán en contacto inmediatamente con el médico en caso de emergencia y llevarán a cabo los procedimientos requeridos. Las órdenes de emergencia pueden ser cumplidas sin trastornar la rutina total ya que el personal está preparado mental y físicamente para hacerle frente a estos problemas.

Desde muy temprano, o mejor dicho, en sus comienzos, la contribución del médico en el establecimiento del Cuidado Progresivo al paciente es esencial, él es el mejor conocedor de los problemas y reglamentos del hospital. Esto crea mejor comprensión y promueve mejores servicios clínicos, equipo de acción y administración.

El médico es también figura prominente en el programa de entrenamiento de internos en el hospital. El es también el llamado a expresar su opinión en su especialidad particular, en reglamentos generales, o en alguna invocación en el cuidado a los pacientes lo cual él siente que podría ser de gran ayuda al personal del hospital, él tendrá una oportunidad para adelantar sus propios conocimientos, participando en discusiones con otros miembros del Cuerpo Médico del hospital.

La Enfermera.—Hace efectivo uso de sus facultades especiales, y el Departamento de Enfermería es el menos acosado por problemas de proveer campo suficiente para pacientes gravemente enfermos en áreas ampliamente separadas. El cuidado progresivo a pacientes permite la asignación de enfermeras en áreas donde su destreza individual puede hacerle frente del mejor modo, a las necesidades del paciente. Las enfermeras tienen más tiempo que pasar con los pacientes al prestarles los cuidados, y, así como miembros contribuyentes de un equipo, son capaces de ayudar a los pacientes y a sus familias a resolver sus problemas de salud.

La unidad de enfermería convencional frecuentemente separa los pacientes por tipo de servicio, edad o sexo, y el paciente a menudo permanece en la misma unidad durante las distintas etapas de su enfermedad. Su probabilidad de recibir completo cuidado físico cuando él necesita, es generalmente disminuido.

Cuando él hace algún progreso y está listo para instrucción, soporte emocional y rehabilitación, el reclamo de otros pacientes que están gravemente enfermos se les debe dar prioridad. El paciente a menudo se queda con el sentimiento de que ha sido descuidado, y su progreso hacia un total restablecimiento puede retardarse.

El cuidado progresivo a los pacientes, a través de la organización de los servicios y la destreza basada sobre las necesidades de los pacientes, puede ayudar a hacer más comprensivo el cuidado especializado de enfermería disponible para pacientes durante diferentes períodos de su enfermedad. Puesto que, las enfermeras supervisoras, enfermeras jefes, y equipo de trabajadores (dirigentes) todos juntos planean el cuidado total del paciente, la coordinación del cuidado del

paciente surge como una mayor responsabilidad de la enfermera profesional. Por otra parte, la enfermera tiene una oportunidad para utilizar sus capacidades más efectivamente, por lo tanto adquiriendo mayor satisfacción en el trabajo.

El cuerpo de enfermeras también se beneficia del servicio del programa de entrenamiento interno, el cual, idealmente, es una parte importante de un programa de cuidado progresivo de pacientes. El cuerpo directivo de enfermeras en educación en tal programa necesita enfocar o hacerle frente a las necesidades del paciente, ayudándoles a resolver sus problemas de salud.

El Hospital.—Tiene una oportunidad para acrecentar la calidad del cuidado a sus pacientes, como un resultado del uso efectivo y eficiente de su personal, camas, facilidades físicas, equipo, suministros y fondos. La mejor utilización del personal mejor entrenado significa no solamente mejor cuidado al paciente sino menos cambio de personal, un factor costoso y oculto en la operación de un hospital. La más efectiva utilización de las camas existentes puede ayudar a reducir el costo para nuevas construcciones. Todos estos factores se suman a una mejor administración y una perfeccionada "imagen pública" del hospital en la comunidad la cual respalda dicha institución.

A través del servicio domiciliario, un Hospital llega a ser un concededor más crítico de los servicios prestados por otras agencias de salud de la comunidad.

— VIII —

LISTA DE CONTROL PARA ESTABLECER EL PROGRAMA DE CUIDADOS PROGRESIVOS AL PACIENTE

- 1.—Arregle el plan de trabajo necesario:
 - a) Revise toda la literatura disponible.
 - b) Conferencie con los hospitales que practican el cuidado progresivo al paciente.
 - c) Analice los problemas existentes y examine las formas de cómo resultaría provechoso el cuidado progresivo al paciente.
- 2.—Haga los arreglos para las discusiones continuas entre el cuerpo directivo del Hospital y la Junta Directiva del mismo.
 - a) Programe las series de discusiones y conferencias de orientación para médicos, enfermeras y otros miembros del cuerpo directivo del hospital. A través de grupos de acción determina el grado al cual debería adoptarse el programa de cuidados progresivos al paciente.
 - b) Presente con asistencia y participación del grupo directivo, un programa bien resumido a la Junta Directiva del Hospital. Los tópicos deberían incluir:
 - 1) Principios y objetivos de cada unidad de cuidado al paciente.
 - 2) Reglamento y procedimiento operacional.
 - 3) Número de camas y cambios anticipados en proyectos y equipos.
 - 4) Costos estimados y financiamiento.
- 3.—Bajo un acuerdo mutuo de la Junta Directiva y personal directivo del hospital establezca los principios y objetivos de cada área de cuidados al paciente:
 1. Resuma por escrito una descripción bien definida de los principios, objetivos, alcance y responsabilidad de cada unidad de cuidados al paciente.

4.—Establezca reglas funcionales y procedimientos.

- a) Organice comités central y sub-comités para desarrollar sistemas, métodos detallados y procedimientos para llevar a cabo el programa.
- b) Establezca normas y procedimientos para admitir pacientes y trasladarlos a otras unidades.
- c) Un plan periódico de la evaluación de las funciones de cada unidad de cuidados al paciente para asegurar que clase de objetivos han sido logrados.
- d) Un plan metódico de evaluación de la calidad de cuidados al paciente individual, incluyendo las consultas.
- e) Producir hojas necesarias para las historias e informes.
- f) Determine los procedimientos para una evaluación diaria del paciente. (La directiva del Cuerpo Médico debería poner en marcha el reglamento el cual debería ser usado, como una base para la evaluación de cada paciente para determinar si él debería o no permanecer en la unidad, ser transferido o no a otra unidad o ser dado de alta).
- g) Tomar las medidas necesarias para hacer las modificaciones convenientes, en los servicios tratar de hacerle frente a las necesidades especiales de los pacientes en cada una de las unidades de cuidados al paciente; ejemplo: diagnóstico, tratamiento, aumentación, limpieza y suministros.
- h) Hacer las modificaciones requeridas del reglamento en relación a tales factores como: visitantes, seguridad, educación de salud a los pacientes y distribución de programas de información para pacientes y para el público en general.
- i) Determinar qué especialidades en enfermería son necesarias, igualmente en otros tipos de trabajo para cada unidad, haciendo la selección de personal de acuerdo¹ con la especialidad.
- j) Orientar médicos, enfermeras y demás personal en relación con el reglamento y procedimientos de cada unidad de cuidados al paciente.
- k) Proporcionar dentro del mismo servicio charlas educacionales para médicos, enfermeras y otro personal especializado, el cual puede ser requerido.

5.—Calcular el número de camas para cada unidad de cuidados al paciente y determinar qué cambios son necesarios en proyecto y equipo.

- a) Después de un cuidadoso análisis basado sobre experiencias pasadas y anticipando las necesidades futuras, hacer una estimación del número de camas necesitadas para cada unidad de cuidados, haciendo hincapié sobre los servicios y con flexibilidad.
- b) Determinar la ubicación de las unidades de cuidado al paciente, estación de enfermeras, cocinas, comedores, cuartos de depósito, limpieza y baños, además otras dependencias necesarias.
- c) Determinar el proyecto arquitectural y costos por alteración o construcción de las unidades.
- d) Determinar equipo necesario y costos.

6.—Hacer una apreciación del costo y planes para financiamiento apropiado.

- a) Analizar el costo operacional de cada unidad y la cantidad que va a ser cobrada por los servicios.
- b) Hacer los arreglos necesarios con terceros pagadores por pacientes que utilicen varias unidades.
- c) Perfeccionar los recuerdos de las oficinas de contabilidad, cobros y métodos de cobranzas.

----- IX -----

CONCLUSIONES

- 1.—La acción de **los** hospitales modernos debe ser más amplia, por tener mayores responsabilidades que cubrir; en los hospitales convencionales que conocemos su misión ha estado limitada a la simple restitución de la salud del individuo únicamente, y su esquema arquitectónico y funcional no están de acuerdo con las modernas concepciones que sobre los programas en salud se tienen actualmente.
- 2.—El concepto de Cuidados Progresivos al paciente, en donde se persigue proporcionar mejor atención y tratamiento al paciente, mediante la adaptación del servicio hospitalario y la organización adecuada de los recursos humanos y técnicos, es recomendable el conocimiento de su filosofía y experiencia en otros medios, para ampliar la nuestra y adoptar los otros elementos, además de los cuidados intensivos.
- 3.—Para el establecimiento de Unidades de Cuidados Intensivos en los hospitales, se requiere hacer reformas estructurales, recursos económicos, personal capacitado y equipo técnico especial.
- 4.—Los cuidados intermedios y mínimos son las mismas atenciones que se han venido realizando en nuestros hospitales convencionales, sin una programación preconcebida.
- 5.—En la atención domiciliaria juega papel muy importante la participación de un equipo de salud completo: Médico, Odontólogo, Enfermera y Trabajadora Social entre otros, los que requieren orientación y adiestramiento sobre los objetivos a obtener mediante el establecimiento de la atención domiciliaria como parte integrante del plan de Cuidados Progresivos al paciente, dependiente de una institución hospitalaria.

— X —

RECOMENDACIONES

- 1.—Es indispensable que el diseño arquitectónico y la misión de los hospitales obedezcan a la realidad social que vivimos, ampliando sus funciones en cuanto a salud se refiere, e incorpore entre sus finalidades los programas de cuidados progresivos al paciente, como un medio de garantizar al individuo y la comunidad el fomento, protección y restauración de la salud.
- 2.—Se hace indispensable la adopción en los países latinoamericanos de los programas de Cuidados Progresivos al paciente, siempre que se tome en cuenta la experiencia obtenida en los lugares donde funcionan Unidades de Cuidados Progresivos al paciente, se proporcione la suficiente asistencia técnica y haya la información conveniente. En hospitales que ya funcionan con el esquema convencional será preciso la adaptación gradual, en los nuevos que se proyecten es recomendable concebirlos para que desarrollen en ellos los programas de Cuidados Progresivos al paciente.
- 3.—De acuerdo con las condiciones del medio y a la frecuencia de la patología predominante en el lugar donde funciona un Hospital, se puede realizar un estudio con miras al establecimiento de una Unidad de Cuidados Intensivos al paciente, que responde específicamente a sus necesidades, antes de pretender la implantación definitiva del sistema.

- 4.—Es necesario la sistematización de un programa que adecuado al personal, recursos y pacientes, de manera que estos últimos se ubiquen en el nivel de atención médica correspondiente según sus propias necesidades de salud y capacidad para autoservicio así estarían asignados en Unidades de Cuidado Intensivo intermedio, mínimo y atención domiciliaria.
- 5.—Deben establecerse los programas de cuidados progresivos al paciente, sistema adaptable al medio latinoamericano, y medio eficaz para el ejercicio de la medicina integral, donde con la participación de un equipo completo de salud se le proporciona al individuo atención curativa y de rehabilitación. La última fase de atención domiciliaria se presta para el desarrollo de la educación sanitaria, factor indispensable en la Medicina Preventiva y Social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—MOTEZUMA GINNARL J. y Cols.: Grupo de Trabajo Normalización de Hospitales. Documento N^o 1. Proyecto de Clasificación. Mimeografiado páginas W 4, M.S.A.S. Caracas 1970.
- 2.—SALAS, G. Arqto.: Planeamiento y Diseño de Hospitales, Pág. 21, M.S.A.S. Dirección General. Departamento de Servicios Generales. Caracas, Venezuela, 1970.
- 3.—MORRIS, J. N.: El Médico de Sanidad del Futuro. Del Departamento de Salud Pública y Unidad de Medicina Social del Consejo de Investigaciones Médicas. Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres E. E. 1. Conferencia dictada en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns. Abril 1969.
- 4.—Función de los hospitales en los programas de protección a la Salud. Primer Informe del Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica. O.M.S. Mimeografiado.
- 5.—DAVILA, C: Unidades de Cuidado Intensivo en América Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. LXIX N^o 1. Julio 1970.
- 6.—SOTO RIVERA, J.: La Unidad de Cuidado Intensivo, algunos aspectos administrativos. Técnica Hospitalaria, volumen XV. 4. Diciembre 1968.
- 7.—MEDINA, J. A.: Cuidado Progresivo a Pacientes Hospitalizados. La Unidad de Cuidado Intensivo, especial o de terapia intensiva. Mimeografiado. Escuela de Salud Pública. 30-9-65.
- 8.—Unidad de Cuidado Intensivo, características, funcionamiento y evaluación. Hospital Universitario de Maracaibo. Salom Gil, Ricaurte, Hernández P., Rafael y Soto Bernal, Leonelo. Seminario Sobre Administración de Cuidados Progresivos, Bogotá, 8-71.
- 9.—Unidades de Cuidado Intensivo en América Latina. Trabajo preparado conjuntamente por la Oficina Sanitaria Panamericana y el Departamento de Administración de Servicios Médicos. M.S.A.S. Caracas, Venezuela. 23-6-1970.

- 10.—Elements of Progressive Patient Care U.S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service. Division of Hospital and Medical facilities. Washington, 25, D. C. 1962, P. 49.
- 11.—MOLINA, A.: Cuidados Hospitalarios a Domicilio. El Hospital. N° 1, V. 26, 1970.
- 12.—WATERHOUSB, A. M.; BAILEY, E. C; BILLIS, M. C. and PALMER, J. T.: A study of selected home care programs, Public Health Monograph, N° 35 PHS. Publication N° 447. U.S. Public Health Service, Washington 25, D. C. 1955. Pág. 127.
- 13.—Summary report of the First Regional Workshop on Home Care (under identical sponsorship) for participants of the state of Illinois, Indiana, Michigan, Ohio, Wisconsin, Chicago, May 24-26, 1961. Chicago, American Medical Association, 1961.
- 14.—Principies of Administration of Hospital - Based Coordinated Home Care Programs. American Hospital Association. Chicago, 111. 1961.
- 15.—CASTILLO, C. E.: Nuevos concetpos sobre asistencia pediátra-hospitalaria. Primeras experiencias del Hospital de niños de Maracaibo en asistencia domiciliaria. I Jornadas Científicas del Hospital de Niños J. M. de los Ríos. Caracas, febrero 1962.
- 16.—SALOM GÍL, R.: Departamento de Servicios Ambulatorios, su importancia y desarrollo, con especial referencia al servicio de atención médica a domicilio. II Jornadas Venezolanas de Hospitales, Maracaibo, 19-22-1970. Técnica ospitalaria, Vol. XVII, N° 1, marzo, 1970.