

EJERCICIO PROFESIONAL EN PROVINCIA

El presente relato que describe una experiencia realizada en la atención y control de adultos crónicos en un Hospital de la IX Región, mereció el Primer Premio con que el Colegio Médico de Chile distingue anualmente al mejor trabajo de los Equipos de Salud en sector rural.

El sistema utilizado en la oportunidad tiende a buscar la solución de problemas observados habitualmente en los consultorios externos y consiste en el control periódico, en fechas previamente establecidas, de los enfermos que han sido agrupados en Programas correspondientes al cuadro patológico que los afecta: Diabetes, Epilepsia, Hipertensión, Tuberculosis y, últimamente, Profilaxis de la Enfermedad Reumática y Alcoholismo. Se señalan como ventajas la atención integral del paciente crónico, posibilidad de labor educativa y prevención o retardo de complicaciones.

Atención Integral del Adulto Crónico en un Hospital Periférico

*Dr. JUAN BOMBIL FRANCO **
*Dr. LORENZO NARANJO TAPIA **
*Dra. ELBA OLIVARES LOPEZ **
*Dr. ROBERTO VON DESSAUER L. ***
*y Colaboradores ****

INTRODUCCION

En el año 1975 los médicos del Hospital de Villarrica decidimos aplicar en nuestro establecimiento el sistema de atención en grupos a enfermos crónicos adultos. Transcurridos dos años de trabajo, hemos querido hacer una evaluación de nuestra labor.

La atención de consultorio constituye un problema que requiere de imaginación para ser resuelto, ya que es preciso encontrar sistemas que lleven a una atención sin rechazos, sin demoras y de trato afable. Para aquellos enfermos que deben concurrir periódicamente al Hospital, el problema suele transformarse en un calvario. Si su atención es esporádica su respuesta terapéutica será escasa y sin significación para evitar complicaciones o muertes, razón por la que tendrá que ser hospitalizado con

mayor frecuencia por descompensaciones. Por otra parte, el equipo profesional no sabrá del impacto que una enfermedad determinada representa en su comunidad.

El problema reside, entonces, en lograr un sistema en que no haya rechazo para la consulta espontánea y que, a la vez, se atienda debidamente a los pacientes con afecciones crónicas.

El siguiente es el análisis de un sistema que fue creado y que ha ido perfeccionándose con el tiempo en el Hospital de Villarrica. Pretendemos que sirva como un aporte a la solución del problema y enriquezca la discusión.

INFORMACION BASICA

El Hospital de Villarrica se encuentra ubicado en la ciudad del mismo nombre, pertenece a la IX Región de Salud y depende del Area de Temuco. Su ámbito de atención comprende aproximadamente la comuna de Villarrica y la localidad de Licán-Ray, recientemente incorporada. Por razón de más fácil acceso, el radio de atención es mayor que la jurisdicción.

* Médicos Generales de Zona.
** Director del Hospital de Villarrica.
*** Enfermeras: Silvia Belmar, Irma Caamaño y María E. Goepfer.
Nutricionistas: Silvia Moreno y Zunilda Toro.
Tecnólogos Médicos: M. Angélica Aguirre y José Jara.
Asistentes Sociales: Josefina Alvarez y Marianela Quezada.

El Hospital, tipo D de la actual clasificación, tiene una capacidad de 60 camas.

La población de la Comuna de Villarrica según Censo de 1970 es de 23.929 habitantes, de los cuales 12.984 corresponden a la ciudad y 10.945 al sector rural. De lo anterior se deduce un porcentaje de ruralidad de 45,8% (Los datos no incluyen Licán-Ray, recién incorporado). La población estimada para 1976 era de 30.904 habitantes, con una población asignada para nuestro Hospital de 26.268 y una población asignada a mayores de 15 años de 16.530 habitantes. El porcentaje de alfabetismo es de 85,6%. El 60% de la población urbana dispone de agua potable y el 25% tiene alcantarillado. La ciudad de Villarrica cuenta con 4.000 viviendas.

Las fuentes de trabajo de la comuna de Villarrica son Agricultura, Ganadería, Industrias Forestales, Turismo, Artesanía, Industrias derivadas, Comercio y Servicios.

Para el año 1976 tenemos los siguientes índices de Salud: Natalidad 31,3 por 1.000 habitantes; Mortalidad general 8,3 por 1.000 habitantes; Mortalidad Infantil 56,4 por 1.000 nacidos vivos. En el año 1975 la Atención Profesional del Parto fue de 81,5% y las defunciones con Certificación Médica, del 65,3%.

En cuanto a recursos humanos, el Hospital de Villarrica cuenta con 7 médicos, de los cuales 2 han llegado en el curso del año 1977, 5 Enfermeras Universitarias, 5 Matronas, 2 Tecnólogos Médicos, 2 Nutricionistas, 2 Asistentes Sociales y 1 Educadora de Párvulos.

La atención médica externa se entrega a través de una policlínica de adulto y una policlínica infantil. La atención materna urbana y niño sano urbano, a través de sus respectivas policlínicas. La atención maternal rural y niño sano a través de 26 Estaciones Médico Rurales, de las cuales 2 cuentan con Auxiliares Médico Rurales.

El Consultorio de adultos ha atendido 8.234 personas el año 1975; 9.218 el año 76, y 9.304 hasta Septiembre de 1977.

OBJETIVOS

Al iniciar nuestro trabajo nos propusimos crear un sistema de atención que satisficiera los siguientes objetivos:

- 1.— Ordenamiento de la labor del Consultorio Externo.
- 2.— Efectuar una Atención Integral del paciente crónico, generalmente senil y muchas veces rural.

3.— Efectuar una adecuada Educación.

4.— Prevenir o retardar complicaciones.

5.— En último término, que permitiera disminuir la morbimortalidad del paciente crónico.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Se crearon los siguientes programas de Adultos Crónicos: Programas de Diabetes, Tuberculosis, Hipertensión, y Epilepsia (1975), y posteriormente los Programas de Profilaxis de Recidivas de Enfermedad reumática y Alcoholismo (1977). Cada Programa cuenta con un Médico Jefe y un Equipo de profesionales paramédicos (Enfermera, Asistente Social, Nutricionista, Tecnólogo Médico).

Se establecieron criterios de diagnóstico e ingreso a cada Programa en la forma establecida para cada patología en particular. De este modo fueron iniciadas acciones de pesquisa activa, tanto para captar aquellos pacientes que hasta ese momento concurrían a control esporádicamente como para diagnosticar casos nuevos.

Para evitar que el paciente tuviera necesidad de madrugar para conseguir "número", o no pudiera asistir a sus controles por rechazo, se entregó a cada paciente una tarjeta de citación reservándole lugar para ser atendido en las fechas y horas anotadas. Se estableció un día especial para cada programa (por ejemplo: Los martes, Diabetes; viernes, Hipertensión, etc.) lo que permitió el rápido agrupamiento de los pacientes de igual patología.

Los grupos fueron enumerados y los pacientes fueron y son citados, en lo posible para el mismo grupo. Esto es especialmente útil para los fines educativos, así hemos desarrollado distintos tipos de charlas alusivas a cada enfermedad. El cursillo en su conjunto es discutido por todo el equipo, y es impartido por sus diferentes miembros de acuerdo a su especialidad.

Al ingresar al Programa el paciente es sometido a un examen médico completo, exámenes de laboratorio pertinentes, Interconsulta de especialidad, etc., para llegar a un diagnóstico de la enfermedad y sus complicaciones. Se le da cita con la Nutricionista para instrucción dietética individual según indicación médica, dándole normas específicas de acuerdo a su situación socio-económica y cultural, se elabora una ficha social, se confecciona una tarjeta con los datos mínimos, y finalmente se incluye en un grupo.

En caso que el paciente sea portador de dos afecciones con Programa, por ejemplo que sea

diabético e hipertenso, se incluye en el Programa de mayor complejidad, en este caso el de Diabetes.

Los controles se efectúan mensualmente, o antes según necesidad, y en ellos se toma de rutina la presión arterial y el peso. En el caso de los diabéticos se realiza además controles de glicemia, glucosuria de 24 horas y cetonuria cuando corresponda. A modo de ejemplo, el día de su atención el paciente diabético llega a las 8.00 horas, en ayunas, y en el laboratorio se le extrae sangre para glicemia y se le recibe una muestra de orina de 24 horas del día anterior para glucosuria y cetonuria. Después se le pesa y toma la presión arterial. Luego el grupo completo pasa al comedor, donde mientras toma su desayuno, se le imparte una charla educativa corta e ilustrada. La atención médica la reciben aproximadamente a las 11.00 horas, una vez listos los resultados de sus exámenes de laboratorio. A las 12,30 horas la atención termina para el grupo, siendo citado de inmediato para un próximo control.

El esquema de atención es similar para los pacientes de los otros programas. Cualquier paciente puede, además de sus controles por cita, concurrir en otra fecha u hora a nuestro Servicio de Urgencia y Policlínicas.

En el caso de los TBC rurales las baciloscopías de control de tratamiento tampoco implican mayores viajes a la ciudad que los necesarios, pues en todos sus controles ellos reciben envases aptos para toma de muestra de expectoración, los que deberán llevar al laboratorio en el próximo control. El resultado se verá en conjunto con el médico en el control subsiguiente.

Se procuró esquematizar al máximo el tratamiento, de acuerdo a las disponibilidades de medicamentos en Farmacia. Para la TBC se usaron los esquemas del Programa Nacional de Tuberculosis.

Los inasistentes de cualquier programa a dos o más controles fueron visitados en sus domicilios por la asistente social o la enfermera para conocer las causas del abandono e informar al equipo. De este modo, fue necesario organizar un tarjetero con los pacientes en control activo, inasistentes y pasivos (traslados, defunciones, mejoría, etc.).

Se ha establecido una amplia pesquisa de tuberculosis, pudiendo solicitar estudio de baciloscopías directas de expectoración otros profesionales, además del médico: matrona y enfermera del Hospital y Posta Rural y también los auxiliares rurales establecidos en Postas. Varios ca-

sos activos actuales de TBC fueron pesquisados por estos auxiliares.

Los pacientes tuberculosos rurales son hospitalizados durante sus dos primeros meses de tratamiento, de acuerdo a las normas actuales, en el vecino Hospital de Pucón y siguen después en tratamiento ambulatorio controlado. Para ello, se ha reestablecido una Central de Tratamiento Controlado en el Hospital, y creado otras Centrales en dos Postas Rurales con personal adiestrado y con buenos resultados.

Finalmente, los pacientes pertenecientes a cualquier Programa cuando necesitan ser hospitalizados ingresan a nuestro Servicio Médico-Quirúrgico. Hemos practicado cirugía general, electiva y de urgencia en muchos de estos pacientes con resultados satisfactorios, adoptando las precauciones del caso, especialmente en los pacientes diabéticos (Glicemias pre y postoperatorias, uso de insulina, sueros, etc.).

RESULTADOS

Con el sistema de atención planteado, la captación de pacientes que estaban en control esporádico y de nuevos casos aumentó rápidamente y sin decaer, pues la pérdida de enfermos fue escasa. (Ver tabla I). Comparando el dato de los pacientes esperados en cada patología para nuestra población asignada en 1976, es notorio que todavía quedan muchos pacientes por captar. En el caso especial de los hipertensos hay que agregar los 128 casos citados en septiembre 1977, y 43 diabéticos-hipertensos lo que da 171 hipertensos en total, cifra que se acerca más a los 284 esperados. Además, es notable el número de TBC que sobrepasa ampliamente lo esperado (Tabla 1).

El porcentaje de nuestros pacientes rurales actualmente es de 35,7%, siendo la ruralidad en Villarrica (según Censo 1970) 45,8%. La ruralidad de los tuberculosos supera esa cifra, y la de los epilépticos se aproxima bastante. Por otra parte hay que tomar en cuenta que la ruralidad en el área, ya en descenso, debe haber bajado desde 1970 a la fecha. (Tabla 2).

Al examinar la edad, vemos que el mayor grupo es de 60 a 69 años. Hay 135 pacientes mayores de 60 años en control activo (43,0%), y el mayor número de ancianos lo aportan los Programas de Diabetes e Hipertensión. (Tabla 3).

Los enfermos en control corresponden a los siguientes tipos clínicos:

Tuberculosis. La mayoría constituyen formas pulmonares. Sólo una cuarta parte son formas extrapulmonares o mixtas. El 94% de las formas pulmonares fueron diagnosticadas bacteriológicamente.

Hipertensión arterial. El 65,8% son hipertensos leves, el 28,2% moderados y el 6% severos.

Diabetes. El 95% corresponde a Diabetes tipo adulto, estables. Sólo controlamos 3 casos de Diabetes juvenil.

Epilepsia. El 86% tiene crisis generalizadas tipo Grand Mal.

La asistencia de los pacientes a sus controles por citación es buena. (Tabla 4).

La evaluación del tratamiento efectuado fue medida en Diabéticos e Hipertensos. En los primeros se promediaron hasta las 12 últimas glicemias de control, considerando "Buena" el promedio de glicemias de 160 mgr% o menos,

"Regular" con 161-200 mgr%, y "Malo" promedios de 201 mgr% o más. Los Hipertensos fueron estudiados en sus seis últimos controles promediando las P.A. diastólicas. Consideramos "Buena" pacientes con un promedio de P.A. diastólica de 95 mm Hg o menos, "Regular" entre 96 y 110 mm Hg y "Malo" con un promedio de 111 mm Hg, o más. Los resultados se exponen en la Tabla 5. Se observa que sólo un 6.1% de los pacientes presenta cifras que indican un mal resultado terapéutico.

En base al mismo sistema de trabajo se han iniciado 2 nuevos Programas en el curso del año 1977: el Programa de Profilaxis de Recidiva de Enfermedad Reumática y el Programa de Alcoholismo. El primero cuenta con 23 pacientes en control, 19 urbanos y cuatro rurales, 13 de los cuales tienen entre 10 y 30 años. Veinte de ellos cumplen un buen control. El segundo Programa cuenta a la fecha con 11 pacientes en control.

T A B L A N° 1

CAPTACION DE ENFERMOS SEGUN LIBRO DE CITACIONES

Fecha	Pacientes citados				Total
	Diabetes	Epilepsia	Hipertensión	TBC	
Sept. 75	37	—	—	8	45
Marzo 76	48	—	23	10	81
Sept. 76	63	16	100	14	193
Marzo 77	81	31	117	32	261
Sept. 77	106	42	128	40	316
Pacientes esperados Pob. Asig. 76	190	83	284	18	—

T A B L A N° 2

N° PACIENTES EN CONTROL ACTIVO. RURALIDAD

Programas	Urbano		Rural		Total N°
	N°	%	N°	%	
Diabéticos	68	70.8	28	29.2	96
Epilépticos	36	62.8	22	37.9	58
Hipertensos	76	65.0	41	35.0	117
TBC	22	51.2	21	48.8	43
Total	202	64.3	112	35.7	314
% Ruralidad Censo 1970		54.2		45.8	

T A B L A N° 3

DISTRIBUCION SEGUN EDAD ACTUAL

Grupos de edad	Diabetes	Epllépticos	Hipertensos	TBC	Total
15-19	0	14	0	5 *	19
20-29	1	14	0	11	26
30-39	2	9	1	6	18
40-49	17	12	10	10	49
50-59	23	6	33	5	67
60-69	34	3	42	5	84
70-79	16	0	26	0	42
80(+)	3	0	5	1	9

* Incluye cinco pacientes infantiles.

T A B L A N° 4

ASISTENCIA A CONTROLES POR CITACION

Asistencia	Diabetes	Epilepsia	Hipertensión	TBC	Promedio
Buena (0-1 falla x año)	89,6%	79,3%	88,9%	97,7%	88,9%
Regular (1-3 fallas x año)	8,3%	1,7%	5,1%	2,3%	4,4%
Mala (4 ó + fallas x año)	2,1%	19,0%	6,0%	—	6,8%

T A B L A N° 5

EVALUACION DE TRATAMIENTO EN 84 DIABETICOS Y 113 HIPERTENSOS

Evaluación (ver texto)	Diabéticos		Hipertensos		% Promedio
	N°	%	N°	%	
Bueno	56	66,7	77	68,1	67,4
Regular	20	23,9	33	29,2	26,6
Malo	8	9,4	3	2,7	6,1

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Mediante la implantación del sistema de Programas de Crónicos, que conforman en su conjunto 1/3 de nuestras consultas externas, hemos logrado dar atención médica sin trámite a estos pacientes crónicos. Previamente eran muchas veces rechazados por falta de "número" debiendo madrugar para lograr ser atendidos. Esto producía distanciamiento entre sus controles o simplemente abandono con funestas con-

secuencias. Con el sistema de citaciones la asistencia es buena.

Este sistema favorece ampliamente al paciente rural y senil (aproximadamente la mitad del grupo) a quienes además de asegurarles la atención, se les reduce al máximo los viajes innecesarios al Hospital. Por otra parte, permite establecer un fichero con buenos registros, auditoría de casos, búsqueda de los inasistentes, evaluación de resultados, calificación previsual, etc.

La formación de grupos permite una mejor educación, mayor acercamiento y cohesión entre sus integrantes lo cual deriva en colaboración mutua. Producto de esto, han nacido bajo los auspicios del Programa 2 clubes terapéuticos (Club de Diabéticos y Club de Hipertensos). La acción de estos clubes ha sido importante en nuestra labor, e incide en una mejor asistencia, mayor conocimiento en su propia enfermedad y mejor aceptación de las medidas terapéuticas. Además, los ingresos propios de los clubes han financiado botiquines, que han sido útiles cuando han faltado algunos medicamentos claves en la Farmacia del Hospital, y han abastecido de medicamentos a aquellos enfermos del Programa que carecen de previsión.

El Programa ha favorecido el trabajo en Equipo Multidisciplinario, logrando un buen intercambio de conocimientos y experiencias y una mayor efectividad en la acción de cada uno de sus miembros.

El control periódico de estos pacientes de mayor riesgo ha permitido el hallazgo de otras afecciones y su tratamiento oportuno en una etapa precoz.

Debemos reconocer que inicialmente hubo aumento del rechazo en el Consultorio, pues el paciente crónico citado ocupaba un lugar disminuyendo la cantidad de otras atenciones médicas, pero un mejor ordenamiento nos ha permitido suprimir el rechazo que ha sido nulo en los últimos cuatro meses.

Al incrementarse con el tiempo el número total de pacientes crónicos en control, naturalmente aumentó en igual proporción el gasto de medicamentos, a veces esenciales en el tratamiento. La ausencia de dichos medicamentos repercutió en la respuesta terapéutica.

El conocimiento del trabajo en Equipo y en Programas de Adultos Crónicos impartido en

la Universidad de Chile, Sede Occidente, nos permitió poner en marcha estos programas en nuestro Hospital.

A pesar del esfuerzo realizado, aún encontramos que el número de pacientes está bajo las cifras esperadas según tasas nacionales. Ello nos indica que debemos poner más énfasis en la pesquisa activa de nuevos casos y en la información a la comunidad para obtener colaboración en dicha pesquisa. La carencia de adecuados recursos humanos, médicos y profesionales, durante los primeros 20 meses de actividad, nos impidió acercarnos más a dicha meta.

Con la dotación más o menos satisfactoria de recursos humanos, esperamos superar los problemas que tenemos, conscientes que con la aplicación de nuestro sistema de trabajo nos hemos anticipado a cumplir las normas del Ministerio de Salud emitidas en el presente año.

RESUMEN

Se expone el trabajo de dos años del Equipo profesional de Villarrica en un Programa de Adultos Crónicos, que abarca las enfermedades más importantes desde el punto de vista de la Salud Pública.

El sistema de atención se basa en el control periódico, por citaciones y en grupos de los pacientes. Lo anterior permite un control de la asistencia, mejor educación, tratamientos más efectivos y la recuperación de los abandonos. Favorece ampliamente al paciente senil y rural, antes muchas veces rechazado. La cohesión de los grupos de pacientes desemboca en la creación de clubes terapéuticos. El sistema puede, creemos, ser aplicado en otras partes y a otras afecciones con buenos resultados.