

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v5i3.133>

Impacto de las llamadas telefónicas en una unidad de hospitalización a domicilio

Impact of phone calls in a hospital at home unit

Ana M Torres-Corts¹

Beatriz Diez¹

Eva M Lopez-Arellano¹

Lucia Pena-Pachón¹

1. Grupo de enfermería de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD).

Correspondencia/Correspondence

Ana Maria Torres Corts

Correo electrónico: anna.torres@sanitatintegral.org

Recibido/Received

05.03.2021

Aceptado/Accepted

01.06.2021

Conflicto de Intereses/Competing interest

Las autoras declaran la inexistencia de conflicto de interés

Financiación/Funding

Sin financiación

Contribuciones de autoría/Author contributions

Las autoras declaran su contribución por igual

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Torres-Corts AM, Diez B, Lopez-Arellano EM, Pena-Pachón L. Impacto de las llamadas telefónicas en una unidad de hospitalización a domicilio. *Hosp Domic.* 2021;5(3):153-9.

RESUMEN

Las unidades de hospitalización a domicilio (HAD) realizan cuidados complejos de nivel hospitalario a los pacientes que están en casa. Uno de los criterios esenciales para ser admitido en este servicio es tener la posibilidad de comunicarse con el equipo de HAD por teléfono para que el paciente y el cuidador puedan estar en contacto permanente con dicho equipo de atención multidisciplinaria domiciliaria. Este criterio de inclusión, sin embargo, implica un impacto en la organización de las Unidades de HAD que responden a estas demandas ya que puede representar, a veces, cambios en la organización de los circuitos, visitas extraordinarias de urgencia ... etc.

El asesoramiento telefónico facilita información y capacitación para el empoderamiento del paciente y del cuidador.

Este estudio tiene como objetivo recopilar y examinar prospectivamente el impacto que estas llamadas tienen en el desarrollo del trabajo del equipo HAD, así como evaluar las razones que los generan para trabajar en la línea de la mejora continua.

Palabras clave: Telemedicina; mSalud; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Servicios de Atención a Domicilio Provisto por Hospital; Entrevistas como Asunto.

ABSTRACT

The Home Hospitalization Units (HAD) perform complex care at the hospital level to patients who are at home. One of the essential criteria for being admitted to this service is the ability to contact the HAD team by telephone so that the patient and the caregiver can be in permanent contact with the healthcare team. This inclusion criterion, however, involves an impact in the organization of the HAD, that respond to these demands since it can represent, sometimes, changes in the organization of the circuits, extraordinary emergency visits ... etc.

The telephone advice facilitates information and training for the empowerment of the patient and caregiver.

This study aims to collect and examine prospectively the impact that these calls have on the development of the work of the HAD team, as well as to evaluate the reasons that generate them to work in line with the continuous improvement.

Keywords: Telemedicine; mHealth; Home Care Services; Home Care Services, Hospital-Based; Interviews as Topic.

INTRODUCCIÓN

El uso de tecnologías móviles e inalámbricas convencionales para apoyar los objetivos de salud se conoce como salud móvil o mHealth. Las capacidades de las tecnologías de comunicación digital para crear, almacenar, recuperar y transmitir información entre los usuarios pueden mejorar y apoyar la prestación de soluciones sanitarias^(1,2). El potencial de la mHealth para integrarse en los sistemas de salud existentes ha sido ampliamente reconocido en la bibliografía⁽³⁾.

La mHealth es, según definición de la Organización Mundial de la Salud⁽⁴⁾, «la práctica de la medicina y la salud pública soportada por dispositivos móviles como teléfonos, dispositivos de monitorización de pacientes, asistentes digitales y otros dispositivos inalámbricos».

La utilización de dispositivos móviles en los procesos de atención a la persona establece una relación directa entre profesionales y pacientes en términos de eficiencia y eficacia para potenciar una interacción ágil y personalizada, situando a los pacientes y cuidadores en el centro de atención.

La confianza en el uso de los dispositivos móviles para la resolución de los problemas de salud es necesaria para garantizar un nivel de calidad; ya que si no existiera se omitiría o no se usaría. En general, la importancia de las percepciones de calidad en el ambiente mHealth ha sido evidenciada en numerosos estudios⁽⁵⁻⁸⁾.

La hospitalización a domicilio (HaD) es una alternativa asistencial del sector salud que consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando éstos ya no necesitan de toda la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja⁽⁹⁾. La necesidad de comunicación bidireccional profesional-paciente en la hospitalización a domicilio es imprescindible para esta modalidad asistencial, incluyendo como criterio de inclusión de los pacientes que dispongan de teléfono en el domicilio o con el cual pueda estar localizables y comunicarse con el equipo en cualquier momento. En hospitalización a domicilio la consulta telefónica es la forma de asegurar el contacto continuo con el paciente de manera que mediante esa llamada se haga posible la resolución de los problemas que preocupan a los pacientes o familiares que se encargan de su cuidado. Por lo general, este sistema orienta, asesora, proporciona información y permite realizar el triage de casos que necesitan atención urgente.

Estas llamadas de los pacientes y cuidadores representan una carga de trabajo para las Unidades que no suele tenerse en cuenta a la hora de dimensionar a los equipos y por otro lado las respuestas que reciben los pacientes pueden ser evaluadas como un termómetro que indique la efectividad de los planes terapéuticos y educativos que se llevan a cabo para ofrecer una mejor calidad del servicio. El objetivo principal de este estudio es registrar y evaluar las llamadas que realizan los pacientes a las HaD y su impacto en la organización de las Unidades. El objetivo secundario es conocer los motivos de llamada más frecuentes e identificar posibles áreas de mejora.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico descriptivo transversal y análisis prospectivo de todas las llamadas de pacientes que entraron en las Unidades de HAD de 7 hospitales: Hospital San Pedro de Logroño (HSP), Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona (HGT), Hospital Fundació Parc Taulí de Sabadell (HPT), Hospital Dos de Maig de Barcelona (HDM), Hospital de Torrelavega (HT) y Hospital de la Vall D'Hebró de Barcelona (HVH). Para ello hemos usado un formulario compartido en forma de Excel con categorías cerradas creada por los centros que recoge el circuito de atención

telefónica para su posterior explotación. El análisis comprendió un periodo de tiempo de 3 meses desde el 15 de setiembre al 15 de diciembre del 2018.

Se categorizó la información recogiendo las siguientes variables: Número (N) de llamadas recibidas, turno de recepción de la llamada, motivo: organizativo, tratamiento o urgencia de salud o posible complicación y el impacto de la llamada categorizado en uno de estos dos indicadores: genera visita urgente (si/no), genera derivación al hospital (si/no).

En el momento de cada llamada se cumplimentó el formulario común con el que posteriormente se confecciona una base de datos que recogía:

- Hospital.
- Fecha de la llamada
- Turno de trabajo (M/T/N)
- Motivo de la llamada:
- Tratamiento (para aquellas llamadas relacionadas con el tratamiento dudas, administración...)
- URG (llamadas relacionadas con síntomas, empeoramiento...)
- Cuidados (llamadas relacionadas con dudas en el cuidado o autocuidados)
- Organizativo (llamadas relacionadas con dudas administrativas, horarios de visita ...)
- Impacto:
 - Resolución. Si la llamada resolvía el problema o no.
 - Visita extra. Si la llamada generaba una visita extra por parte de médico y enfermera o sólo enfermera, o no precisaba visita.
 - Traslado al hospital. Si necesitaba que el paciente fuese trasladado al hospital o no.

RESULTADOS

Durante los 3 meses que duró el estudio el número de pacientes ingresados fueron 1686, por cada hospital: HSP: 375, HDM: 266, HGT: 308, HM: 153, HPT: 320, HT: 114 y HVH: 150 (figura 1).

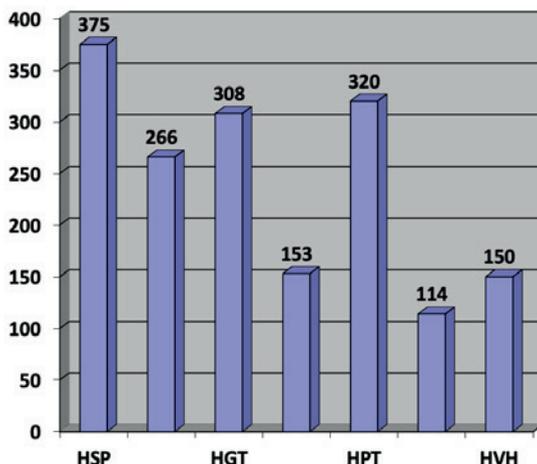


Figura 1: Número de pacientes ingresados por Hospital

Se atendieron 1521 llamadas telefónicas con una media diaria de 16 llamadas. Se observa mayor volumen de demanda con mayor número de llamadas en días no festivos que en festivos y siendo más de la mitad de ellas en el turno de mañana (52%) en todos los hospitales que participaron en el estudio.

En la figura 2 se observa la distribución del motivo principal de las llamadas. El más frecuente fue organizativo en el 44% de los casos; seguido por las dudas en el tratamiento en el 29%; relacionadas con dudas sobre los cuidados 12%; urgencias en el 15% de los casos.

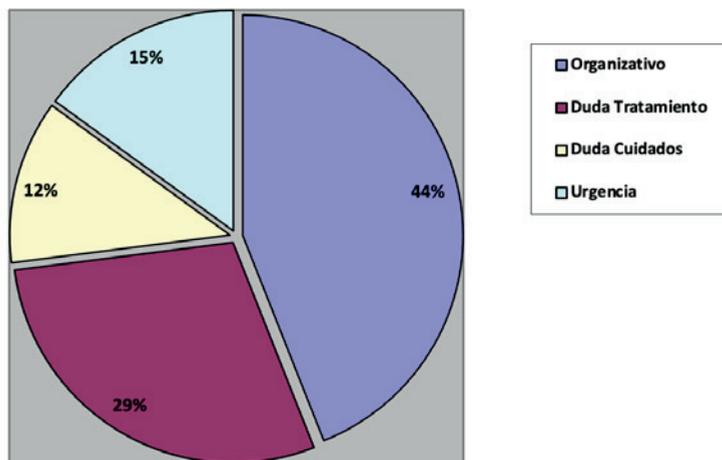


Figura 2: distribución del motivo principal de las llamadas

Un 79% de las llamadas fueron resueltas telefónicamente mediante instrucciones sanitarias para el manejo domiciliario, un 19% necesitaron algún tipo de asistencia por parte del equipo de HaD sólo un 2% precisaron traslado al hospital.

DISCUSIÓN

En la consulta telefónica hay varias cuestiones a las que se pudo responder con facilidad: Solucionar dudas sobre citas, dosis y efectos de fármacos, dudas sobre cuidados, actitud ante determinados síntomas conocidos. Pero ante la presencia de síntomas agravantes la actitud fue la de organizar una visita extra por parte del equipo sanitario de HaD y tan solo un 2% ha tenido que ser trasladado al hospital.

Se pudo afirmar que con la utilización del teléfono se lograron valorar e identificar situaciones de riesgo que mediante un manejo adecuado por parte del equipo de HaD evitó tanto desenlaces fatales como traslados innecesarios del paciente al hospital con el consiguiente trastorno para él y los cuidadores a su cargo.

CONCLUSIONES

En el estudio se vio que en los servicios de HaD la llamada telefónica implicó tiempo en nuestra actividad asistencial. Trabajo que, por lo general, no está cuantificado y que soluciona en un 79% de los casos las dudas o problemas que le pueden surgir a los pacientes o cuidadores en relación con su proceso durante el ingreso. La carga en cambios organizativos de circuitos de visitas extra es baja. Los pacientes que están ingresados en HaD se complicaron y reingresaron poco en Hospitalización Convencional.

Hasta la fecha no hemos encontrado información sobre el manejo de la consulta telefónica y su posterior análisis en otras unidades de HaD de España o de otros países para poder hacer una comparación.

COLABORADORES

Eva Angels Sanchez Martos , Ana Pilar Ruiz Arma, Teresa Oms Grau, María Dolores Servan León, Nuria Albizu Becerril, Noemí Lopez Rojo, Inmaculada Rodriguez Rodriguez, Maria Dolores Fernandez Ruiz, Yoana Herrera Marcos, Sonia Igareda Laso, Feliciano Gonzalez Vicario, Marta Ojados Tudela, Isabel Martinez Arbones, María Inmaculada Marco Galilea, María Dolores Servan León, Susana Sáenz Vargas, Amadeo Pérez Lázaro, María Lara Palomero Delgado, Raquel Mendoza Quintanar, Eduardo Martínez Martínez, Pablo Garrido Rodríguez, Angelica Fernández Garcia, Beatriz Ezquerro Baciguadalupe, Raquel Custardoy Torres, Jesús Luis Casorran Infante, Rebeca Villanueva Cabredo, María Rosa Cárcamo Tejada, María Cruz Arnedo Arnedo, Jose Carlos Colmenero Moral, Marina Rubiralta Aguado, David Ble Merlo, Sara Barros Muñoz, Milagros Gandara Sanz, Teresa Soriano Sánchez, Dolores Lopez Crespi.

BIBLIOGRAFÍA

1. Akter S, Ray P. mHealth - an Ultimate Platform to Serve the Unserved. Yearb Med Inform. 2010;94-100. PMID: 20938579
2. Odendaal W, Goudge J, Griffiths F, Tomlinson M, Leon N, Daniels K. Healthcare workers' perceptions and experiences on using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(11):CD011942. DOI: 10.1002/14651858.CD011942
3. Labrique AB, Vasudevan L, Kochi E, Fabricant R, Mehl G. mHealth innovations as health system strengthening tools: 12 common applications and a visual framework. Glob Health Sci Pract. 2013;1(2):160-71. DOI: 10.9745/GHSP-D-13-00031.
4. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). mSalud y eSalud [monografía en Internet]. Barcelona, España: AQuAS-GENCAT; [consultado 19 julio 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3hVwN8s>
5. Ahuwalia P, Varshney U. Composite quality of services and decision making perspectives in Wireless networks. Decis Support Syst. 2009;46(2):542-51. DOI: 10.1016/j.dss.2008.10.003
6. Kaplan B, Litewka S. Ethical challenges of telemedicine and telehealth. Camb Q Healthc Ethics Fall. 2008;17(4):401-16. DOI: 10.1017/S0963180108080535

7. Mechael PN. The case for mHealth in developing countries. *Innov Technol Gov Glob.* 2009;4(1): 103-18. DOI: 10.1162/itgg.2009.4.1.103
8. Norris T, Stockdale R, Sharma S. Mobile Health: Strategy and sustainability, *J Info Technol Healthc.* 2008;6(5):326-33.
9. Estrada Cuxart O, Massa Domínguez B, Ponce González MA, Mirón Rubio M, Torres Corts A, Mujal Martínez A, et al. Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. *Hosp Domic.* 2017;1(2):93-117. DOI: 10.22585/hospdomic.v1i2.13