UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América

«LA IMPORTANCIA DE LA CLINICA MOVIL EN LA ORGANIZACION HOSPITALARIA»

Trabajo efectuado en el Hospital Roosevelt,
Departamento de Consulta Externa.
Jefe: Dr. Mario Estuardo Zirión.

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad
de San Carlos de Guatemala, por:

ROBERTO DAVILA FIGUEROA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO.

NOVIEMBRE DE 1960.

PLAN DE TESIS:

Primera Parte:

1. INTRODUCCION.
2. CONCEPTO DE CLINICA MOVIL.
3. ORGANIZACION.
4. FUNCIONAMIENTO DE LA CLINICA MOVIL.

Segunda Parte:

5. REVISION DE 855 CASOS ATENDIDOS POR LA CLINICA MOVIL DURANTE EL AÑO 1958-59.
6. CONCLUSIONES.
7. BIBLIOGRAFIA.

PRIMERA PARTE

INTRODUCCION

Nos propusimos llevar a cabo el presente trabajo, aprovechando la valiosa experiencia adquirida en el Hospital Roosevelt cuando estuvimos a cargo de la Clínica Móvil. Fue singular el entusiasmo despertado en nosotros por esta Sección, que nueva en nuestro medio, nos permitía inicialmente, aventurarnos en una modalidad asistencial muy diferente a las practicadas hasta entonces, a lo largo de la carrera, haciéndonos posible llevar los servicios del Hospital hasta el propio hogar del paciente.

Desde un principio nos dimos cuenta de la enorme trascendencia social que encierra la Clínica Móvil, por cuanto, a la par que descarga ostensiblemente la gran demanda de hospitalizaciones, hace factible la apreciación en toda su magnitud de las condiciones de vida del enfermo, favoreciéndose así la instauración de medidas higiénicas y de Medicina Social y Preventiva. Y todo esto sin la dolorosa separación del enfermo de sus familiares.

Es nuestro deseo en los siguientes párrafos, dar a conocer en la mejor forma posible el funcionamiento de la Clínica Móvil a través de nuestras experiencias. A propósito debemos mencionar la creación de la segunda Clínica Móvil en la capital, patrocinada por la Asociación de Bienestar Infantil, cuya organización ha constituido un éxito. Sin embargo nos limitaremos a la que patrocina el Hospital Roosevelt, por razones de ser ésta el campo de nuestra experiencia, y además porque ambas persiguen los mismos objetivos.

CONCEPTO DE CLINICA MOVIL

La Clínica Móvil es como la prolongación ó extensión de los servicios del Hospital hasta el propio hogar del enfermo. En el Hospital Roosevelt funciona como una Dependencia de la Consulta Externa. Está integrada por una ambulancia debidamente equipada, con personal Médico y de Enfermería suficientemente entrenados para la atención Médica de los diferentes casos. El vehículo debe ser específicamente dedicado a este objeto, en forma preferente, para evitar la contaminación de los equipos.

La atención que presta a la comunidad es de dos clases

1. Asistencia Médica.
2. Labor educativa, de tipo social é higieno-sanitaria.

ORGANIZACION

La Clínica Móvil fué creada en el Hospital Roosevelt, bajo los auspicios del entonces Director Ejecutivo, Dr. Salvador Hernández V., con el propósito de brindar una mejor atención médica con un mínimo de camas. De acuerdo con tal objetivo, se hizo especial énfasis en que no correspondería a la clásica concepción de la ambulancia, dedicada más que todo el transporte y primeros auxilios del enfermo que solicita telefónicamente asistencia, sino que se encargaría de un control estricto de los casos a su cuidado, hasta lograr la curación de los pacientes. De este modo, la Clínica Móvil llegaría diariamente con los casos de cierta gravedad, en tanto que lo haría con mayores intervalos en los casos benignos o en franca convalecencia.

Se dispuso dejar inicialmente el servicio sólo para el control de niños, mientras se logra extender la atención a pacientes adultos. El Servicio fue inaugurado el día 14 de Septiembre de 1956.

PERSONAL

La Clínica Móvil cuenta con el personal siguiente:

1. UN MEDICO, representado por un Practicante de último Año de la Facultad de Ciencias Médicas, con el grado de Asistente de Residente de Pediatría, con el fin de que esté plenamente capacitado para el control y tratamiento de los diferentes casos que se presenten. Antes de hacerse cargo de la Clínica Móvil, efectúa rotación en los servicios internos y externos, a fin de asegurar aún más su preparación pediátrica.

2. UNA ENFERMERA, que en forma preferente debe ser Graduada y con entrenamiento Sanitario adecuado. Nuestro trabajo se hizo con Enfermeras Auxiliares, logrando magníficos resultados, pero el ideal es el concurso de una Enfermera Sanitaria para una mejor labor.

3. EL PILOTO DE LA AMBULANCIA, que desempeña un importante papel, y que debe conocer perfectamente las distintas direcciones en las diferentes zonas, a fin de evitar retrasos y contratiempos. Es necesario también que el Piloto se destine sólo a este objeto, ó cuando menos, que efectúe rotación después de períodos más o menos largos.

EQUIPO

Puede clasificarse en la forma siguiente:

1. UNIDAD MOVIL constituída por:
   a) Vehículo. (Ambulancia equipada).
   b) Piloto.
2. EQUIPO MEDICO, que comprende:
   a) Equipo de diagnóstico clínico.
   b) Equipo especial para enfermos infecto-contagiosos.
   c) Equipo destinado a la obtención de muestras de laboratorio.
   d) Equipo para casos de urgencia.
   e) Equipo de curaciones.
3. EQUIPO DE MEDICINAS SUMINISTRABLES AL PACIENTE
   a) Medicamentos utilizables durante la visita.
   b) Medicamentos que se dejan al paciente para administración fraccionada.
4. EQUIPO DE INVIERNO, constituido por:
   a) Capas y gorros impermeables.
   b) Botas de hule.

CATEGORIAS DE ENFERMOS QUE CONTROLA LA CLINICA MOVIL

Se dispuso que el campo de acción de la Clínica Móvil se dirigiera a cuatro grupos de enfermedades, de los cuales

dos de ellos justifican su control a domicilio siempre que su gravedad no justifique hospitalización. Los otros dos grupos son electivos.

CASOS OBLIGATORIOS:

1. ENFERMOS INFECTO-CONTAGIOSOS.
2. INFECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES.

CASOS ELECTIVOS:

3. ENFERMEDADES CRONICAS.
4. AFECCIONES GASTROINTESTINALES.

Empero, para los efectos de la descripción de la asistencia prestada a estas enfermedades, podemos agruparlas básicamente en dos grupos:

A) ENFERMOS INFECTO-CONTAGIOSOS.
B) ENFERMOS NO INFECTO-CONTAGIOSOS.

A) ENFERMOS INFECTO-CONTAGIOSOS:

El ideal para el control de muchas enfermedades de este tipo, es su hospitalización en una Sección de Aislamiento. Sin embargo, los casos de Sarampión, Rubeola, Varicela, Parotiditis, Tos Ferina, pueden ser controlados a domicilio siempre que se observen las precauciones debidas. Muchas veces tales enfermedades se acompañan de complicaciones que justifican su internamiento; pero en ausencia de camas disponibles, y agotados todos los recursos, pueden controlarse inicialmente por la Clínica Móvil mientras es posible su hospitalización.

TECNICA DE AISLAMIENTO USADA EN EL SERVICIO

(No son tratadas en Clínica Móvil: Difteria, Tifoidea ó Amebiasis Intestinal. Si hace ó comprueba tales diagnósticos la Clínica Móvil, los refiere de inmediato trasladándolos a hospitales de Infecto-Contagiosos ó a las Salas de Aislamiento del Hospital.)

1. Equipo específico para pacientes aislados.
2. Se siguen las técnicas de paciente infecto-contagioso.

3. Uso de «blusa» específica para la atención y manejo de los enfermos.
4. Descartar el material contaminado, (algodón, hisopos, curaciones, baja lenguas, etc., introduciéndolo en bolsas de papel específicas. Se instruye a la persona a cargo del paciente, para que queme tales elementos.
5. Se instruye a la familia sobre técnica de aislamiento familiar.

B) ENFERMOS NO INFECTO-CONTAGIOSOS:

2. INFECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES
Pueden ser controlados a domicilio si no se trata de casos graves, ó si, por falta de camas, no es posible su ingreso inmediato. El Médico de Clínica Móvil, deberá en todo momento estar pendiente del número de camas disponibles.

3. ENFERMEDADES CRONICAS
Constituye un grupo electivo. Se refieren los pacientes que padecen enfermedades de larga cronicidad, cuyo control pueda hacerse a domicilio con la misma efectividad que si estuviesen hospitalizados, y sin la desventaja de tener esas camas «congeladas» por largo período. También entran en esta denominación aquellos enfermos portadores de férulas, y que por esta circunstancia no pueden asistir a controles periódicos al Hospital.

4. AFECCIONES GASTROINTESTINALES
En principio, el principal exponente de estos enfermos es el síndrome Diarrea. Gran porcentaje de los casos que llegan al Hospital con Diarrea, muestran signos evidentes de Desequilibrio hidroelectrolítico, y en tal virtud necesitan obligatoriamente de la asistencia interna. Por otro lado, los casos de Diarrea con buena tolerancia por vía oral, y sin signos de Desequilibrio hidro-electrolítico, son casos de tan frecuente observación en nuestro medio, y responden tan bien a la terapéutica, que no justifican su control a domicilio.

No obstante esto, si se tratara de un niño que ha estado hospitalizado en muchas ocasiones por el mismo cuadro, y que, durante sus estancias en el Hospital ha respondido rápidamente al tratamiento, pero al egresar vuelve con la Diarrea, éste antecedente puede hacer que el Médico que lo atiende, no se limite esta vez a prescribir un medicamento, sino crea conveniente que la Clínica Móvil llegue a la casa a investigar los factores responsables, evitando un nuevo reingreso, y dictando medidas para prevenir la aparición del Desequilibrio hidroelectrolítico. Pueden evidenciarse así muchos datos de interés, y si es necesario, se solicita la intervención del Servicio Social.

Los pacientes hospitalizados, a quienes se da egreso, se refieren a la Clínica Móvil, cuando se observa una franca mejoría del cuadro, y se tiene la seguridad de que la Clínica Móvil puede encargarse de las últimas pautas del tratamiento hasta lograr la curación definitiva. Naturalmente, cuando se trata de enfermos con indicación de reposo en cama. En estos casos, se hace un Sumario de Egreso con la especificación del tratamiento instituído durante su estancia en el Hospital, y del que se sugiere seguir a través de la Clínica Móvil. Se consigue de esta manera el mismo objetivo: movilizar las camas adecuadamente para una mejor atención a un mayor número de admisiones.

REQUISITOS PARA REFERIR CASOS A LA CLINICA MOVIL

Inicialmente, la Clínica Móvil acudía a las llamadas hechas por vía telefónica o solicitudes personales, pero se tropezó con el problema de que muchos de los casos visitados no justificaban la visita domiciliaria, y otros muchos no se encontraban en su casa cuando llegaba la unidad móvil. Por ello, se dispuso que los casos debían ser referidos directamente por el Médico tratante desde la Consulta Externa, Servicio de Emergencia ó Servicios Internos. Desde entonces los requisitos para el control de la Clínica Móvil son:

1. Residir en las zonas asignadas al Hospital Roosevelt.
2. Ser referidos por Personal Médico después de comprobar que necesitan control a domicilio.

3. Estar comprendidos entre los cuatro grupos antes mencionados, de enfermedades asignadas a la Clínica Móvil.
4. Que el Registro Médico respectivo tenga debidamente anotados los hallazgos, diagnósticos y tratamientos ordenados así como la nota de referencia con la especificación del día en que se debe visitar, ó sea si se trata de un caso que necesita control inmediato, (a las 24 horas) ó control tardío (a las 48, 72 ó 96 horas).

FUNCIONAMIENTO DE LA CLINICA MOVIL

Este capítulo se puede dividir en tres partes:

1) PREPARATIVOS. Comprenden éstos:

a) Solicitud de los registros respectivos al Departamento de Registros Médicos.

Con la debida anticipación a la salida diaria, el Departamento de Registros Médicos recoge las nóminas de pacientes referidos hasta ese momento de las tres fuentes posibles: Consulta Externa, Sección de Emergencia y Servicios Internos. Con base en tales listas, prepara los Registros Clínicos respectivos, los cuales son solicitados por la Enfermera, quien los lleva a Consulta Externa, Dependencia ésta que tiene a su cargo la Sección de Clínica Móvil.

b) Itinerario

De acuerdo con los Registros entregados, el Médico, la Enfermera y el Piloto trazan conjuntamente el itinerario más lógico según la ubicación de los domicilios a visitar, dando preferencia a los casos más graves o aquellos que tienen ordenada una extracción de sangre, que por tener que hacerse en ayunas, justifican la prioridad. Naturalmente, en estas circunstancias se impone regresar al Hospital a dejar la muestra.

c) Revisión de Equipos:

Se asegura que todos los equipos estén debidamente preparados y completos, cuidando que ha-

ya suficiente cantidad de ellos, para evitar contratiempos ulteriores.

2. RECORRIDO:

Empieza diariamente a las 8.00 horas para regresar a las 12.30 horas y salir nuevamente por las tardes de 14.00 á 16.00 horas. Las zonas cubiertas por el Servicio son las asignadas al Hospital Roosevelt, ó sean las zonas 7, 8, 9, 11, 12, 13 y 14. En raras ocasiones se ha autorizado la visita de pacientes que residen en los municipios cercanos, pero por lo regular se circunscribe a las zonas mencionadas.

3. ASISTENCIA EN EL DOMICILIO:

A) ASISTENCIA DEL MEDICO.
B) ASISTENCIA DE LA ENFERMERA.

A) ASISTENCIA DEL MEDICO:

Es diferente según que se trate de Primera Visita ó Reconsulta.

PRIMERA VISITA: Comprende las siguientes partes:

a) Evaluación del paciente.
b) Observación clínica con examen físico completo.
c) Revisión del Diagnóstico para confirmarlo ó descartarlo.
d) Realización de los exámenes complementarios ordenados.
e) Revisión de la terapéutica prescrita ó modificación de la misma.
f) Planeamiento del sistema de visitas, fijándolas diariamente, alternas, etc.
g) Referencia de casos al Servicio Social si es necesario.

RECONSULTA:

La atención se dirige especialmente a:
a) Determinación de la evolución de la enfermedad.
b) Constatación y evaluación del grado de cooperación de la familia en el cuidado del paciente.
c) Revisión del plan de visitas.

B) ASISTENCIA DE LA ENFERMERA:

Se dedica en cada visita a:

a) Aislamiento de los equipos de la posible contaminación con los enseres de la habitación. Para ello, dispone de papeles especiales, de tamaño adecuado, para colocar encima los equipos indispensables. Prepara también una bolsa especial donde habrá de poner todos los elementos contaminados. Al final de la visita, se hará indicación formal de quemar todos estos elementos.
b) Toma de pulso y temperatura al paciente.
c) Ayuda al Médico durante el examen físico.
d) Mientras el Médico hace las anotaciones pertinentes, aprovecha el tiempo para hacer labor educativa, social é higieno-sanitaria.
e) Cumple con el tratamiento ordenado.
f) Solicita agua limpia para el aseo de las manos. Para esto, lleva en un maletín jabón y toallas desechables.
g) Indica a la familia el día de la siguiente visita.

CONDUCTA A SEGUIR DE ACUERDO CON LA EVOLUCION DE LOS CASOS

Pueden suceder las siguientes eventualidades:

1. Que el paciente haya mejorado ostensiblemente. Se espaciarán entonces las visitas a días alternos ó más distantes.
2. Que el paciente haya llegado a una curación completa ó de grado tal que ya pueda asistir al Hospital para últimos controles. Se escribe claramente en el Registro: CASO CONCLUIDO y se indica a la familia que lo lleven a la Consulta Externa.
3. Que el paciente no haya mejorado con la terapéutica empleada. Se decidirá entre cambio de tratamiento ó traslado al Hospital. En ciertos casos se efectúa Consulta Médica con el Cuerpo de Médicos Activos de la Consulta Externa, para normar la conducta a seguir.
4. Que el paciente haya agravado su condición. Es entonces de urgencia su traslado para hospitalización inmediata.

5. Que la familia no haya podido comprar la medicación prescrita, en los casos en que no fué posible suministrársela. Se refiere entonces a la Farmacia del Hospital, donde será clasificado entre los cuatro tipos de ayuda siguientes:
   a) Adquisición del medicamento a través de cuota mínima.
   b) Pago de la mitad de la cuota «mínima».
   c) En forma gratuita.
   d) Por medio del Servicio Social que proporciona medicamentos que **no** hay en existencia en la Farmacia de la Institución.

Al terminar la visita a la casa del paciente, y una vez en la ambulancia, se hacen las anotaciones pertinentes en hojas especiales, a fin de que tanto el Médico como la Enfermera, lleven un control estricto de las visitas y de los tratamientos efectuados. Estos datos constituyen un informe diario para la Jefatura de Consulta Externa.

CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE EL MEDICO REFIERE EL CASO AL SERVICIO SOCIAL

1. Hogares con presupuesto económico muy precario.
2. Mala distribución del presupuesto familiar.
3 Ignorancia ó irresponsabilidad de los padres.
4. Déficit en la integración ó estabilidad de la familia.

LABOR QUE DEBE REALIZAR EL SERVICIO SOCIAL EN LOS CASOS QUE SE LES REFIERE PACIENTES DE CLINICA MOVIL

El servicio Social actúa como medio de enlace entre la familia y el Médico, a fin de fijar las condiciones socio-económicas precisas de cada caso referido.

OBJETIVOS:

a) Readaptación de los pacientes en su hogar, a su egreso del Hospital.
b) Constatar la comprensión y cumplimiento de las indicaciones Médicas en la continuación del tratamiento.
c) El mejoramiento de las normas de vida familiares.
d) Medidas destinadas al mejoramiento del hogar.
e) Prevención de los casos de frecuente reincidencia de la Patología, por falta de orientación social.

ACTIVIDADES:

a) Verificación de la situación del paciente en su hogar. El trabajador Social visitará frecuentemente este hogar para conocerlo y darse a conocer, establecer relaciones entre la familia y la Oficina de Servicio Social del Hospital, instruirla sobre normas habituales, orientarla sobre recursos comunales disponibles y completarle la Ficha Social.
b) Entrevistas con el Jefe de la Familia en la Oficina de Servicio Social, a fin de relacionarlo con la Oficina é informarle de las instrucciones médicas y asegurar su colaboración.
c) Ayudas económicas proporcionando medicamentos o alimentos indispensables en la dieta prescrita.
d) Tratamiento de situaciones irregulares. El Servicio Social atiende aquellas situaciones irregulares de la familia que afectan directa o indirectamente a la organización familiar y al paciente.
e) Pláticas orientadas sobre la mejor utilización del presupuesto familiar.
f) Orientación a los pacientes, trasladando los problemas a las Instituciones competentes, a fin de no restar tiempo a las actividades específicas del Servicio Social en el Hospital.

CONTRATIEMPOS SURGIDOS CON FRECUENCIA EN LA CLINICA MOVIL

Fuera de los de tipo mecánico, inherentes al vehículo, y los relativos a la época lluviosa, como mal estado de las calles, con la consiguiente imposibilidad de acercar la unidad hasta la casa del enfermo, etc., lo más frecuentemente observado es el hecho de que muchas personas suministran direcciones falsas, lo que se llega a descubrir hasta que el paciente es referido a la Clínica Móvil y ésta no encuentra la dirección. Desafortunadamente muchos de estos enfermos se quedan fuera de control, por no atreverse la persona encargada, a revelar la verdad, cuando el Médico tratante le dice que va a llegar la Clínica Móvil a su casa.

De estos contratiempos, los relativos a la época de lluvias se previenen y reducen a un mínimo con el uso del Equipo de invierno, con el cual el servicio no sufre menoscabo, brindando atención uniforme. Los restantes, son completamente ajenos a nuestra voluntad, y por lo tanto difíciles de prevenir.

SEGUNDA PARTE

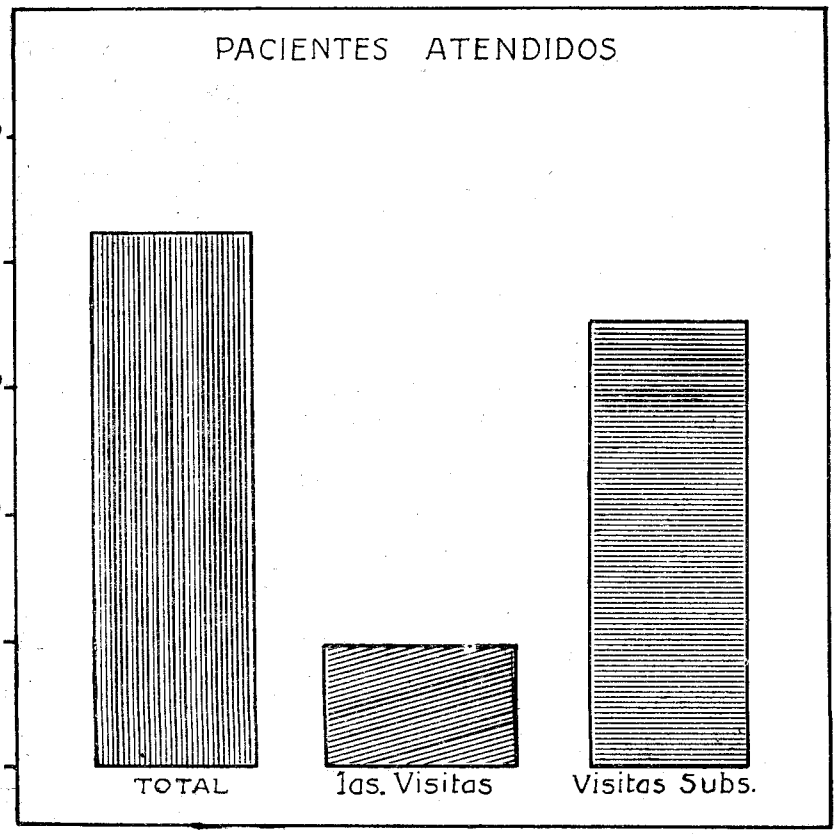
REVISION DE 855 CASOS ATENDIDOS POR LA CLINICA MOVIL DURANTE EL AÑO 1958-59.

Los casos revisados se distribuyen así:

NIÑOS DE SEXO MASCULINO:	479	56%
NIÑOS DE SEXO FEMENINO:	376	44%

Se realizaron 4226 visitas, que pueden agruparse así:

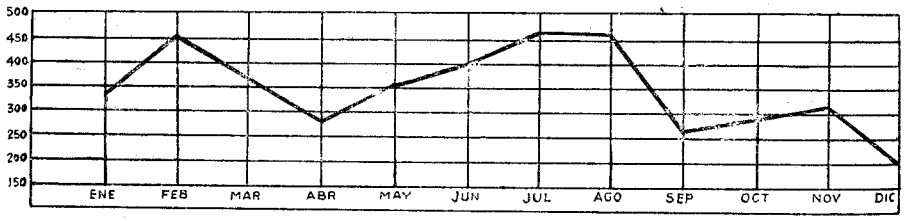
PRIMERAS VISITAS:	855
VISITAS SUBSIGUIENTES:	3371



Las cifras que corresponden a cada mes del año son:

ENERO	340
FEBRERO	455
MARZO	370
ABRIL	285
MAYO	360
JUNIO	400
JULIO	480
AGOSTO	465
SEPTIEMBRE	270
OCTUBRE	288
NOVIEMBRE	323
DICIEMBRE	190

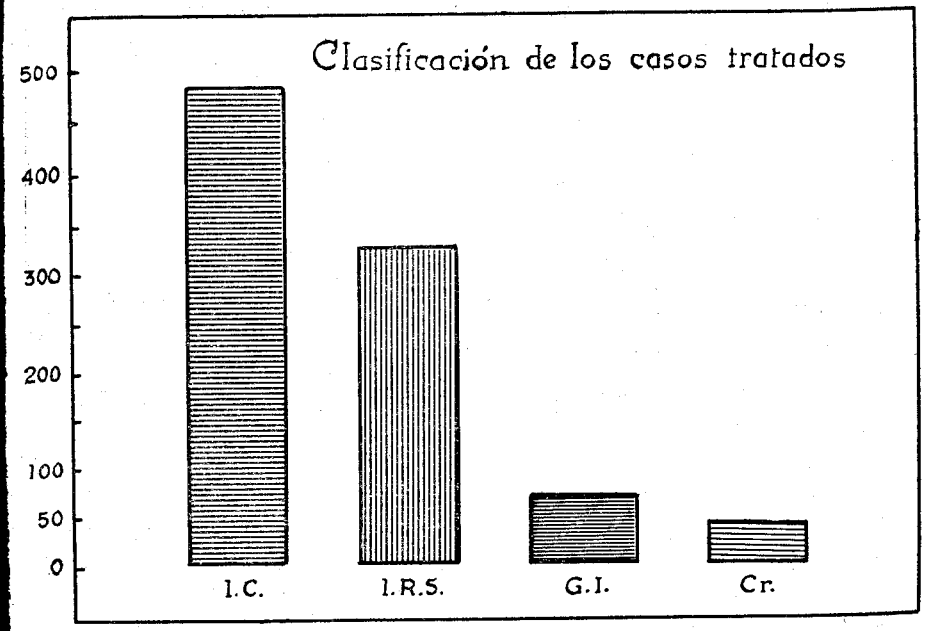
NUMERO DE VISITAS EFECTUADAS EN EL MES



Como se vé, existen dos bajas, que corresponden a las épocas de la Semana Santa y a los meses próximos a la Navidad, en que siempre se observa un descenso evidente del número de casos que solicitan consulta.

CLASIFICACION DE LOS CASOS TRATADOS

ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS:	470	55%
INFECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES:	299	35%
ENFERMEDADES CRONICAS:	26	3%
AFECCIONES GASTROINTESTINALES:	60	7%
TOTAL:	855	100%

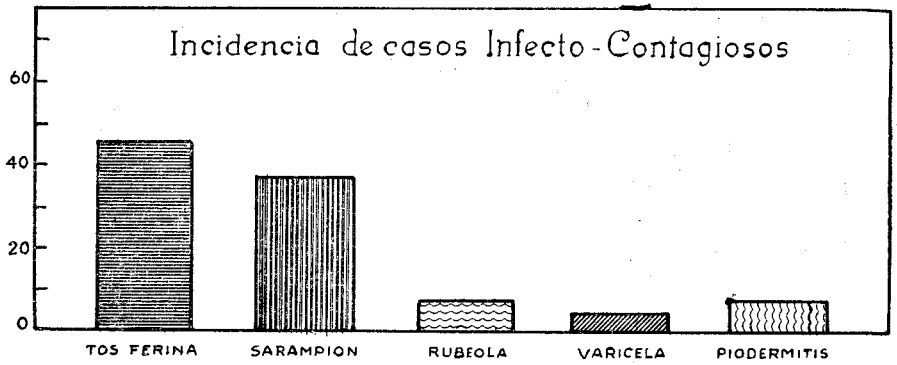


Como se podrá ver en la gráfica, el porcentaje de enfermedades Infecto-Contagiosas es de 55%, siendo el de las Infecciones Respiratorias Superiores de 35%. Se han logrado dichas cifras de acuerdo con los objetivos ya señalados en la Primera Parte de este trabajo, de considerar estas afecciones como de asignación obligatoria a la Clínica Móvil. Las enfermedades crónicas y afecciones gastrointestinales muestran porcentajes de 3 y 7% respectivamente, de acuerdo con el carácter electivo con que se les refiere.

ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS

Constituyen el mayor número de casos tratados por la Clínica Móvil. Su revisión nos ha dado las siguientes cifras estadísticas:

TOS FERINA:	231	49 %
SARAMPION:	197	41 %
RUBEOLA:	17	4 %
VARICELA:	8	2 %
PIODERMITIS:	17	4 %
TOTAL:	470	100 %



Puede observarse que la Tos Ferina y el Sarampión fueron los cuadros de mayor incidencia en el estudio realizado. En cambio, los casos de Rubeola, Varicela y Piodermitis alcanzan porcentajes mínimos, lo que se explica por la benignidad usual de dichas enfermedades y por el hecho de que sólo se refieren a la Clínica Móvil cuando hay alguna complicación que lo justifique. Los casos de Piodermitis visitados comprendieron: Impétigo, Erisipela, y Linfangitis ó Celulitis.

ANALISIS DE LOS CASOS:

Se darán para ello las cifras correspondientes a:

1. PROMEDIO DE VISITAS POR ENFERMO.
2. Mínimo.
3. Máximo.
4. CONTROL INMEDIATO (a las 24 horas del diagnóstico)
5. CONTROL TARDIO (a las 48, 72 ó 96 hs. del diagnóstico).

El número de visitas promedio que se realizó para la mayoría de enfermedades comunes, (infecto-contagiosas, infecciones respiratorias, amigdalitis, etc.,) reconocemos que es elevado. Sin embargo, en nuestro deseo de dar un buen servicio al público y dejar complacidos a los familiares, no escatimamos esfuerzo alguno para efectuar un control más frecuente de los casos.

TOS FERINA:

PROMEDIO DE VISITAS:	24	
Mínimo:	2	
Máximo:	50	
CONTROL INMEDIATO	231	100 %

El mínimo de visitas, según se puede ver, es de 2 (dos). Esta cifra, extremadamente baja, se debe a casos sumamente benignos, con buenas condiciones económicas de la familia, que permitieron prescribir un tratamiento a base de antibióticos de amplio espectro, en forma cotinuada. La cifra máxima de 50 visitas, que realmente es alarmante si se toma en cuenta el criterio actual se debe a tres casos que se presentaron con un cuadro sumamente rebelde, acompañándose de epistaxis persistentes y vómitos tenaces, y con el problema de Alergia a varios medicamentos.

SARAMPION:

PROMEDIO DE VISITAS:	4	
Mínimo:	1	
Máximo:	7	
CONTROL INMEDIATO:	154	78 %
CONTROL TARDIO:	43	22 %

RUBEOLA:

PROMEDIO DE VISITAS:	4	
Mínimo:	2	
Máximo:	6	
CONTROL INMEDIATO:	17	100 %

VARICELA:

PROMEDIO DE VISITAS:	2	
Mínimo:	1	
Máximo:	3	
CONTROL INMEDIATO:	1	12 %
CONTROL TARDIO:	7	88 %

Esta enfermedad se considera sumamente benigna, y en tal virtud se refiere únicamente cuando hay complicación que lo justifique. Por otra parte no es esencialmente de Control Inmediato, sino que, por lo regular, puede controlarse a las 48, 72 ó 96 horas.

PIODERMITIS:

PROMEDIO DE VISITAS:	2	
Mínimo:	1	
Máximo:	6	
CONTROL INMEDIATO:	17	100 %

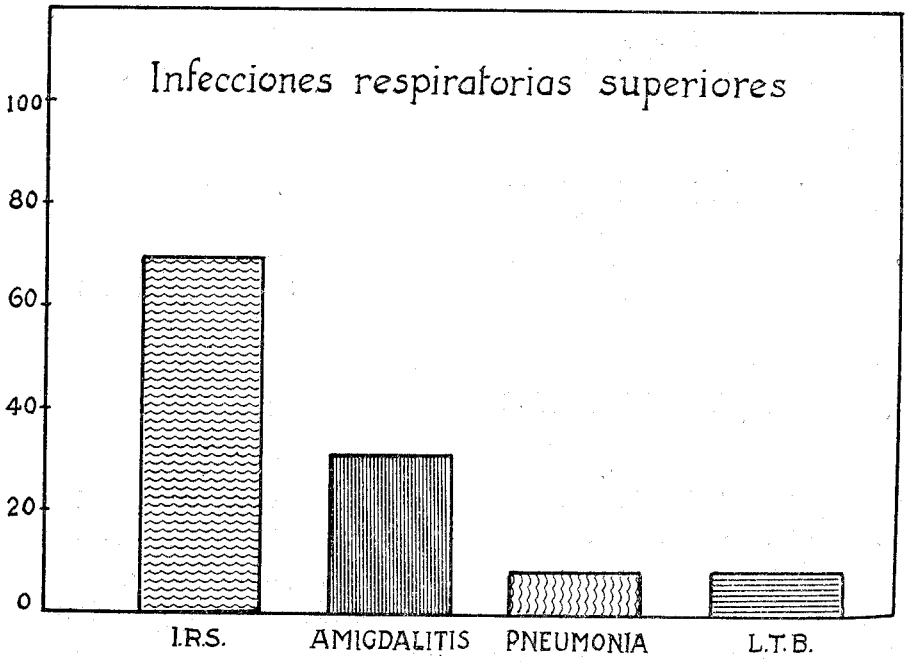
Como ya dijimos los casos que fueron referidos a la Clínica Móvil, de este grupo de enfermedades, fueron principalmente: Impétigo Contagioso, Erisipela y cuadros de Linfangitis ó Celulitis.

INFECCIONES RESPIRATORIAS SUPERIORES

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS: 299

CLASIFICACION DE LOS CASOS:

I. R. S.:	196	65 %
AMIGDALITIS AGUDAS:	69	23 %
NEUMONIAS:	17	6 %
LARINGOTRAQUEBRONQUITIS:	17	6 %
TOTAL:	299	100 %



ANALISIS DE LOS CASOS

I. R. S.

PROMEDIO DE VISITAS:	7	
Mínimo:	3	
Máximo:	12	
CONTROL INMEDIATO:	180	91 %
CONTROL TARDIO:	16	9 %

En estas enfermedades el número de visitas está en relación con la gravedad del cuadro y con la condición económica de la familia. Por lo regular los tratamientos ordenados consistían en series de inyecciones de Penicilina y Estreptomicina, por lo cual la Clínica Móvil asistía diariamente a poner la inyección y a evaluar el proceso. Pero en algunas circunstancias la familia hacía ver la conveniencia de su parte en que el tratamiento parenteral lo practicara persona ajena a la Clínica Móvil, ó bien, de acuerdo con su situación pecuniaria, se le había prescrito un tratamiento a base de antibióticos de amplio espectro por vía oral, con lo que el número de visitas se reducía a los controles absolutamente necesarios.

AMIGDALAS AGUDAS:

PROMEDIO DE VISITAS:	4	
Mínimo:	1	
Máximo:	9	
CONTROL INMEDIATO:	52	75 %
CONTROL TARDIO:	17	25 %

Se visitaron por Clínica Móvil estos pacientes, con la base de ser un proceso que necesita reposo durante el tratamiento, el cual fue en la gran mayoría de los casos en forma parenteral con inyección diaria.

NEUMONIAS:

PROMEDIO DE VISITAS:	5	
Mínimo :	4	
Máximo:	10	
CONTROL INMEDIATO:	17	100 %

Es indudable que estos pacientes necesitan en forma obligatoria la hospitalización para un tratamiento adecuado. Sin embargo, en ocasiones en que no había camas disponibles se referían a la Clínica Móvil para un control inmediato y a diario. Algunos pacientes tratados inicialmente a través de la Clínica Móvil, necesitaron ser trasladados al haber camas para su ingreso, pero en su mayor parte respondieron al tratamiento domiciliario, con controles radiográficos periódicos hasta lograr la total resolución del proceso.

LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS

PROMEDIO DE VISITAS:	8	
Mínimo :	6	
Máximo:	17	
CONTROL INMEDIATO:	17	100 %

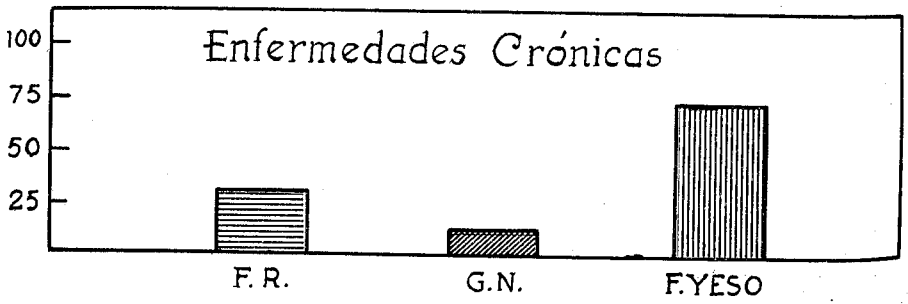
Es bien sabido que estos cuadros revisten especial gravedad. Por lo tanto la hospitalización se considera imprescindible. Sin embargo, ante la falta de camas disponibles, y no logrando su ingreso en otra Institución, no quedaba más recurso que instituir un tratamiento agresivo, instruyendo debidamente a la familia de la urgencia en el debido cumplimiento del mismo, refiriendo el caso a la Clínica Móvil para un control inmediato y frecuente del paciente. Tuvimos la suerte de lograr la colaboración familiar y poder sacar avantes a dichos enfermos.

ENFERMEDADES CRONICAS

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS: 26

CLASIFICACION DE LOS CASOS:

FIEBRE REUMATICA:	7	27 %
GLOMERULONEFRITIS:	2	8 %
FERULA DE YESO:	17	65 %
TOTAL:	26	100 %



ANALISIS DE LOS CASOS:

FIEBRE REUMATICA:

PROMEDIO DE VISITAS: 8
FRECUENCIA DE LAS VISITAS: Cada 10 ó 20 días.
CONTROL TARDIO: 100 %

GLOMERULONEFRITIS:

PROMEDIO DE VISITAS: 6
FRECUENCIA DE LAS VISITAS: Cada 5 ó 10 días.
CONTROL TARDIO: 100 %

Las enfermedades anteriores fueron tratadas inicialmente en los Servicios Internos del Hospital, y una vez llegadas a una fase de mejoría, fueron referidas a la Clínica Móvil para sus controles subsiguientes. Por ello aparecen con indicación de Control Tardío. Se logró con tal medida evitar las hospitalizaciones prolongadas en tales casos.

FERULAS DE YESO:

PROMEDIO DE VISITAS: 12
FRECUENCIA DE LAS VISITAS: Cada 2, 3, ó 10 días.
CONTROL TARDIO: 100 %

Este grupo comprende a los pacientes enyesados, con indicación de tratamientos curativos a través de ventanas del yeso, por enfermedades crónicas. Otros casos los constituyen los enfermos que presentan otra enfermedad coincidiendo con la portación de la férula, por cuya razón no pueden asistir a controles al Hospital. Son enfermos que de no existir la Clínica Móvil ocasionarían el «congelamiento» de sus camas por largo tiempo.

AFECCIONES GASTROINTESTINALES

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS: 60

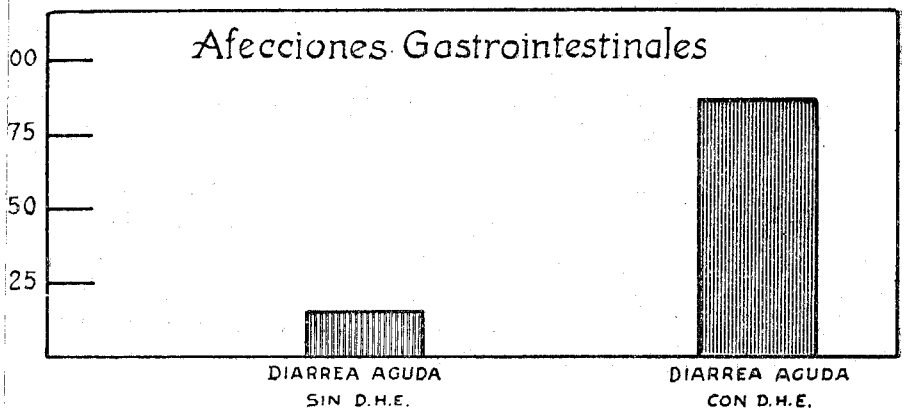
CLASIFICACION DE LOS CASOS

DIARREA AGUDA

(Con Desequilibrio hidro-electrolítico).	49	82 %

DIARREA AGUDA

(sin Desequilibrio hidro-electrolítico).	11	18 %
TOTAL:	60	100 %



Como ya dijimos en la Primera Parte, este grupo de enfermos se refieren a Clínica Móvil en forma electiva, siendo uno de los principales motivos la irresponsabilidad de la familia que se traduce por repetidos reingresos; la Clínica Móvil busca evidenciar los factores responsables a fin de prevenir el aparecimiento del Desequilibrio hidro-electrolítico y de evitar las repetidas hospitalizaciones.

DATOS COMPLEMENTARIOS SOBRE LA CLINICA MOVIL EN LA REVISION EFECTUADA.

A través de las **4226** visitas realizadas en el año 1958-59, se practicaron:

TRATAMIENTOS DOMICILIARIOS: 2889

Se incluyen en este término, las inyecciones y las curaciones practicadas.

EXAMENES DE LABORATORIO:	76	8 %
ENFERMOS HOSPITALIZADOS:	16	1.8 %

Se obtuvieron además las siguientes cifras estadísticas:

CONTAMINACION:	1	0.1 %

Se trató de un caso de Tos Ferina que se complicó con Sarampión.

MORTALIDAD:	1	0.1 %

Caso de complicación bronconeumónica en un caso de Tos Ferina.

COLABORACION FAMILIAR EN LA COMPRA DE MEDICINAS:	103	12 %
NO COLABORACION EN CUIDADOS DEL ENFERMO:	25	3 %
DIRECCIONES INEXACTAS:	111	11 %

(Porcentaje sobre el número total de visitas).

CASOS REFERIDOS A SERVICIO SOCIAL:	51	6 %

CONCLUSIONES:

1. La Clínica Móvil es una dependencia del Hospital moderno, que hace llegar la atención asistencial hasta el propio hogar del paciente.
2. Su funcionalismo adecuado en la organización hospitalaria, representa economía importante para el hospital, ya que permite que sus unidades puedan ser movilizadas más rápidamente, sin descuidar la eficaz atención de sus pacientes.
3. La Clínica Móvil cumple con los siguientes aspectos fundamentales:

   a) Provee atención Médica, de Enfermería y medicamentos.

   b) Cumple una función educativa, al responsabilizar a la familia del cuidado de uno de sus miembros, al mismo tiempo que les enseña elementos fundamentales de enfermería mínima.

   c) Cubre el aspecto socio-económico familiar, dando el apoyo moral y pecuniario necesarios para resolver ú orientar la atención de algunos problemas hogareños.

   d) Establece el eslabón entre la familia y la organización hospitalaria, contribuyendo a crear sentimientos de gratitud y simpatía tanto del enfermo como de sus parientes hacia el Hospital.

4. Por las múltiples ventajas que representa, es un sistema cuya adopción se recomienda en todos los hospitales, particularmente en los nuestros, cuyas capacidades son siempre limitadas.

Br. Roberto Dávila Figueroa

Vo. Bo.

Dr. Carlos M. Monsón Malice

Imprímase:

Dr. Ernesto Alarcón B.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización de un nuevo Hospital.
   Reproducción de conferencias dictadas en el Seminario de la Asociación Americana de Hospitales. 1959.

2. Revue internationale d'éducation de la Santé.
   Vol 1. No. 1 Janvier 1958.

3. Textbook of Preventive Medicine. Leavell and Clark. Mc-Graw- Hill Book Company Inc. 1953.

4. Medicina Social.
   Dr. Germinal Rodríguez. Editorial Americalee. Buenos Aires.

5. Elementos de Medicina Infantil.
   Dr. Carlos M. Monsón Malice.

6. Terapéutica Infantil Coordinada.
   Dr. Carlos M. Monsón Malice.

7. Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Transmisibles. Roscoe Pullen. Editorial Interamericana. 1956.

8. Clinical Management of Behavior Disorders in children.
   Harry Bakwin and Ruth Morris Bakwin. W. B. Saunders Co. Philadelphia and London 1953.