

---

# Categorización de pacientes y asignación de recursos en Internación Domiciliaria

Dr. Carbajal, Carlos; Marquez, Marisa

## RESUMEN

---

**Objetivos del estudio:** Desarrollar un sistema de categorización de pacientes, que permita una asignación eficiente de los recursos en ID.

**Métodos:** El estudio se realizó sobre pacientes atendidos en internación domiciliaria, durante el primer semestre del año 2007. Los datos de las variables se obtuvieron de los formularios de informes médicos mensuales, con los que se realiza el seguimiento de los pacientes desde el momento del ingreso al alta. Se incluyó un total de 50 pacientes, cuyo promedio de edad es de 75,13 años.

El estudio fue retrospectivo, transversal y descriptivo. Para los criterios de inclusión se tomaron sujetos que ingresaron después del primero de enero del 2007, y que tuvieran seguimiento médico a domicilio.

**Resultados:** La Categorización del Paciente en el momento del ingreso es propuesta en este trabajo por un score sistematizado, que, registrando las anomalías de la fisiología del enfermo, culmina en un indicador numérico por el cual se asigna a un programa Básico, Completo, Complejo o Máximo, que a su vez contienen la carga de profesionales necesarios.

**Conclusión:** La sistematización de datos referidos al paciente, con las variables de mayor peso en su alteración biológica, permitirá un indicador numérico, que con el agregado del análisis de situaciones especiales, habrá de orientar hacia la adjudicación de un programa de atención ajustado a cubrir las necesidades objetivas del paciente, desde el comienzo de la ID, y practicado regularmente, la modificación racional de los recursos durante la evolución.

---

## INTRODUCCIÓN

---

### El hombre y sus cuidados:

Si bien existen modelos propuestos, y eventualmente utilizados, para la asignación de recursos humanos y tecnológicos sobre pacientes, adecuada a la existencia y severidad de desviaciones de la normalidad fisiológica, todos para pacientes hospitalizados, es impreciso o inexistente un método que nos acerque a una clasificación simplificada. Entendemos que la simplificación, dentro de la complejidad que representa cada individuo en su lucha por la adaptación al medio, su entorno social cercano, el global, su entorno laboral y educacional, su subsistema económico, la adversidad de los factores medioambientales y su status biológico/psíquico es dificultosa.

En situación de relativa normalidad somatopsíquica, cada etapa de la vida se

corresponde con condiciones consideradas normales en el status social de lo habitual para cada medio, urbano o rural.

La dependencia total del recién nacido es seguida por una parcial del niño, atenuada en la adolescencia, para pasar a la relativa independencia del adulto, y la semidependencia o dependencia del anciano mayor.

El Hombre es, dentro de las especies animales, quien padece la más larga etapa evolutiva: las más prolongada niñez, el lento desarrollo, y la más lenta involución, esta cada vez mas prolongada.

Los cambios sociales han dispuesto que las tradiciones tribales, de pronta autodependencia y una senectud físicamente poco activa, se transformó hoy, con la mayor asignación de cuidados en las etapas de alta dependencia.

Al abandono de los miembros débiles de la sociedad lo reemplazan cuidados, en forma de programas para la infancia y la senilidad, débiles e insuficientes.

---

Lamentablemente, la marginación social, fruto de políticas de exclusión y de debilitamiento de la familia, da como resultado niños mendicantes, adolescentes en alto riesgo y ancianos abandonados.

Los criterios de adaptación individual se consideran superados por los de lucha, que libra cada uno, y en la que el conjunto social debe ser su aliado.

Solidaridad es el término que define este acompañamiento, en el que los conductores de las políticas sociales y de salud y sus equipos son partícipes principales, desde la elaboración de planes, programas y estrategias, hasta su aplicación en actividades en el marco de la bioeticidad.

### Los cuidados oportunos y adecuados

La oportunidad está dada por el cómo y dónde dar nuestros servicios.

Así deben enmarcarse las acciones de salud, que son preventivas, recuperadoras y rehabilitadoras.

La Promoción, oportuna cuando se educa e instruye a la comunidad en los cuidados, individualizados para cada etapa y condición de vida.

La Protección, con acciones específicas, controles programados de salud, acción contra riesgos potenciales, inmunizaciones, investigación de los condicionantes de la salud, hasta la entrega de recursos para el mejor vivir, tales como trabajo, vivienda, nutrientes, vestido educación, servicios esenciales, todos insuficientes en demasiados casos.

La Recuperación, que es oportuna cuando los desvíos de la fisiología normal son identificados con anticipación a daños mayores, y adecuada si se utilizan los medios diagnósticos y terapéuticos imprescindibles en el debido lugar, la atención primaria, el domicilio, la internación.

El Paliativismo, en situaciones irreversibles para la ciencia de hoy, entregando en el lugar apropiado los alivios psicofísicos.

La Rehabilitación, que implica la aplicación de recursos para la devolución posible de capacidades perdidas por la enfermedad o la involución.

### El lugar de los cuidados

Cada sitio donde el Hombre transcurre debería estar atento a sus cuidados.

En salud, el hogar, la madre, el entorno familiar para la primera infancia.

Igual lugar y protagonistas, más la escuela y los lugares de recreación para el niño.

Luego, siempre la familia, el medio educacional, en las crecientes alternativas de ámbitos de actividad social, cada vez más riesgosa, en la adolescencia.

En toda la etapa laboralmente activa, en la que los ámbitos de su actividad deben ser protectores.

En la pasividad laboral, el regreso al ambiente doméstico y social, con distinto grado de amparo, o la institucionalización.

### En la enfermedad o minusvalía biológica

En situaciones de desvío de la normalidad se dan las mismas alternativas, y los mismos protagonistas de los cuidados, con el agregado de los recursos creados por el sistema socio-sanitario: los hospitales, clínicas y sanatorios, los asilos, y la propia CASA, transformada, o reivindicada como sitio de la asistencia.<sup>1</sup>

### La búsqueda de una adecuada asignación de recursos.

Bastante se ha avanzado, desde la necesidad de administrar recursos siempre escasos, y en la búsqueda de la mejor calidad de los cuidados a personas enfermas o con deterioro involutivo, pero siempre dirigidos a la separación de su medio familiar.

La protocolización de las patologías es, según Joan Sánchez Montaña necesaria: "no tener un protocolo de actuación es imperdonable, ya que el profesional tiene total libertad de acción y su praxis no está regulada". Se refiere a los hospitales, como la mayor parte de las normas en uso:

El TISS (Therapeutic Interventions Scoring Systems- 1983 – Critical Care Medicine) o Sistema de Puntuación de Intervenciones Terapéuticas en nuestra lengua, se dirige a categorizar enfermos de cuidados intensivos, y ha sido importante para la asignación de tecnología y personal en afecciones con riesgo de vida.<sup>2</sup>

El APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation – 1981) propone tiempos de cuidados de enfermería según el grado de desviación de la normalidad en los sistemas orgánicos principales.<sup>3</sup>

La escala de Glasgow, en principio para pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano, pondera apertura ocular, respuesta verbal, respuesta motora, y es utilizado ahora para diversas situaciones de deterioro neurológico central.<sup>4</sup>

El trabajo "Categorización de Usuarios: una herramienta para evaluar las cargas del trabajo

de enfermería” de M. Angélica García y Luis Castillo (Revista Médica de Chile – 1999).<sup>5</sup>

Todos estos métodos han sido propuestos, y utilizados, en establecimientos con internación, con planteles fijos o poco variables, por cierto necesarios en función de pertenencia y calificación, y suponen en determinadas circunstancias turnos adicionales, horas extraordinarias, redistribución del personal, planta flotante.

En estos establecimientos han habido logros en la adecuada asignación de recursos, particularmente los humanos, con la categorización de enfermos de acuerdo a la modalidad de “Cuidado Progresivo de Pacientes”, que supone cuidados intensivos, intermedios, mínimos o autocuidado, hospital de día, de medio día, y ambulatorios.

Los cuidados domiciliarios son una modalidad muy poco explotada por estas instituciones.

#### Las ventajas de los cuidados domiciliarios

La modalidad, ya instalada en nuestro medio desde hace alrededor de veinte años, cuenta con antecedentes en muchos países del hemisferio Norte de muy larga data.

La antigüedad del sistema permite, a la luz de informes y trabajos científicos, avalar su eficiencia y eficacia, no solo en resultados, si no en calidad.<sup>6</sup>

La atenuación del hospitalismo, con sus expresiones más destacadas, las interurrencias infecciosas y el stress por confinamiento, sumadas a la reducción de los costos son por sí demostrativos.

La deseada calidad, demostrada en análisis estadísticos y epidemiológicos de nuestra empresa, comienza con una infraestructura administrativa adecuada y selección de personal responsable por los cuidados de demostrada idoneidad.

#### Los procedimientos ante la demanda de atención

Dada la circunstancia de asumir cuidados domiciliarios condicionados por la solicitud de un responsable (médico), evaluación del entorno físico y familiar, evaluación médica del futuro prestador, cobertura económica, se imponen condiciones que darán el marco del servicio, adecuada a cada caso, aprobado y aceptado por el paciente y/o familiares, y por los responsables del pago.

En lo estrictamente asistencial, las dificultades para la asignación adecuada de los recursos para el cuidado son diversos, y entre ellos se destacan:

- Epicrisis no descriptivas, o inexistentes, tras una internación
- Imprecisión en la descripción del caso desde la entidad de cobertura
- Diseño del programa asistencial, de RRHH, equipamiento e insumos inapropiado desde la solicitud.
- Poca flexibilidad ante los cambios necesarios en el proceso de atención desde el prestador y la prestataria.

La evaluación inicial del futuro paciente se impone, a través de un médico con experiencia en medicina general, asistido por enfermera con la misma calificación.

Diversos formularios se han utilizado para la categorización del paciente y sus necesidades, pero es en la internación domiciliaria, donde se hace necesaria la simplificación.

Conformaría a todos los involucrados una metodología de scoring inicial y evolutiva, tan flexible como lo es la situación de los enfermos. Tal es nuestra propuesta.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

---

El estudio se realizó sobre pacientes atendidos en internación domiciliaria, durante el primer semestre del año 2007. Los datos de las variables se obtuvieron de los formularios de informes médicos mensuales, con los que se realiza el seguimiento de los pacientes desde el momento del ingreso al alta. Se incluyó un total de 50 pacientes, cuyo promedio de edad es de 75.13 años.

El estudio fue retrospectivo, transversal y descriptivo. Para los criterios de inclusión se tomaron sujetos que ingresaron después del primero de enero del 2007, y que tuvieron seguimiento médico a domicilio.

### **RESULTADOS**

---

#### Las condiciones para el ingreso a ID

Las condiciones son en parte conocidas, y a veces observadas:

- La solicitud de un médico responsable por el paciente o de un familiar asimismo responsable.
- La condición del enfermo, descrita en la epicrisis de alta institucional o un informe similar si no hubo internación.
- La evaluación del caso y sus necesidades por equipo médico/enfermería del responsable de los cuidados

- La asignación de recursos humanos y tecnológicos y su disponibilidad.
- La aprobación del entorno familiar o del propio enfermo, explícita en el Consentimiento Informado.
- La aprobación por la entidad de cobertura del programa inicial y sus costos, así como la de los responsables en caso de estipendios privados.
- La condición del hábitat y el grupo de convivencia en sus aspectos físicos, de disposición y accesibilidad.

### La asignación de los recursos

A la estructura rígida de los establecimientos de internación, con recursos humanos, físicos y tecnológicos estables, o de lenta variación, se opone la extrema flexibilidad de la composición de los mismos en el domicilio.

La planta física debe, en algunos casos, ser recusada como apta, y en otros, modificada según el grado de discapacidad, con modificaciones tales como elevadores de inodoro, barrales, duchadores, etc.

Los recursos humanos ya no son solo los institucionales, sino que comienzan a tener protagonismo los convivientes, con sus mayores o menores disposición y habilidades.

Los propios de la empresa conformarán un equipo que debe contar con capacidad de interactuar y calificación de cada persona adecuada al caso.

Actuarán, en todo caso, como una organización matricial, en la que cada uno de los integrantes tendrá un cierto grado de autonomía, aunque con decisiones orientadas por el programa prestacional, el mandante en caso de contar con médico, o el Centro Coordinador cuando las prestaciones son sólo de enfermería o cuidadoras.

En todos los casos se procederá al seguimiento, por informes sistematizados para cada profesión en cada mes, auditoría de las historias clínicas y eventuales visitas en terreno por los coordinadores.

A tales efectos se han elaborado fórmulas que serán expuestas más adelante.

Los recursos tecnológicos serán solicitados por los profesionales asignados, y van desde los simples, como cama, andador, bastón, sillón rodante, hasta los complejos como equipos de oxigenación, alimentación enteral o parenteral.

### El control evolutivo

Es sabido que no existen situaciones de estabilidad total en el transcurso de una

enfermedad. El paciente se mantiene en relativa estabilidad, mejora, empeora, cursa situación crítica, o muere.

La previsión prospectiva estará enmarcada en la situación al comienzo de la atención.

Habrán pacientes de muy alto, alto, mediano y bajo riesgo.

Es en este inicio es donde a la lógica subjetividad de los responsables se le deben agregar metodologías lo más cercanas a la categorización, y a la continuidad de la evolución de cada caso.

Todo esto en el marco de una adecuada asignación de recursos y a la variabilidad que se espera: aumento de los recursos, disminución, variación, interrupción.

### Una propuesta de categorización inicial y periódica

La sistematización de datos referidos al paciente, con las variables de mayor peso en su alteración biológica, permitirá un indicador numérico que, con el agregado del análisis de situaciones especiales, habrá de orientar hacia la adjudicación de un programa aceptable en el comienzo, y practicado regularmente, a variaciones en este programa.

Para tal fin se desarrolló una herramienta, programada en lenguaje Visual Basic sobre soporte de Excel, que permite la suma automática de las diferentes variables que constituyen el análisis.

Las categorías usadas son las siguientes:

1. Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento.
2. Secuela: Alteración transitoria o definitiva de la función física o mental luego de la ocurrencia de un evento adverso. En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema se define como definitiva si no existe recuperación en el término de 12 meses.
3. Intercurrencia: Suceso asociado a otro, de orden médico.
4. Tratamiento: Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.
5. Equipamiento de asistencia: Conjunto de todos los servicios materiales necesarios para brindar soporte de vida o mejorar la calidad de vida.
6. AVD – AIVD: Las AVD se pueden dividir en Básicas (AVD) e Instrumentales (AIVD). Las AVD se refieren más directamente a las funciones de autoatención: control de esfínteres, alimentación, movilidad, aseo e higiene, deambulacion, vestido, transferencias.

Las AIVD implican otras funciones imprescindibles para un desarrollo normal de la vida, pero más elaboradas: comunicación, manejo del dinero, uso del transporte, realización de las tareas del hogar, manejo de la medicación.

### La categorización periódica

Se hizo necesario transformar la libre escritura de los profesionales, o formularios complicados nunca cumplimentados en otros sistematizados, en formatos de relleno simple por sistema computado, así como su recepción por vía electrónica, en fecha acotada, a fines del debido análisis en la base central.

Estos formularios, cuyos modelos se adjuntan, están siendo cumplimentados en general en tiempo y forma.

No es necesario remarcar que la única evidencia documental de la atención son estos registros y los de la Historia Clínica.

La libre escritura, en particular de los médicos, pocas veces ha conformado a auditores internos y clientes, en razón de la incompletitud de los datos o la inutilidad de algunos, que no describen la real situación del enfermo, tales como "abdomen blando, depresible, indoloro RHA +", sin los que realmente evidencian progresos, complicaciones, interurrencias.

Para evaluadores internos y externos los registros sistematizados facilitan:

- La "visión" clara del caso
- Los registros estadísticos, clasificación de enfermedades por diagnóstico principal y secundarios.
- La vigilancia epidemiológica.
- Las posibles modificaciones del programa prestacional.
- Las alertas por situaciones de empeoramiento o críticas.
- La modificación de las indicaciones terapéuticas.
- El seguimiento de interurrencias frecuentes seleccionadas.
- La auditoría interna.
- La auditoría por la prestataria.
- La protocolización de las patologías más frecuentes.

Si bien el *CMBD (Conjunto Mínimo de Base de Datos)*<sup>7</sup> fue diseñado para las altas hospitalarias, y es utilizado en los centros hospitalarios de muchos países, su composición por algunos de los catorce datos resulta útil en cada informe mensual de cada caso, cuando lleva agregados

de circunstancias evolutivas, en la atención domiciliaria.

Nuestra fórmula contiene 16 datos básicos para médicos, con variaciones para profesionales de la rehabilitación y la enfermería:

- Fecha del Informe
- Profesional, Matrícula
- Apellido y Nombres del Paciente y Edad
- Entidad de cobertura y N° de beneficiario
- Domicilio y Teléfono
- Fecha de Inicio del Programa
- Condiciones del hábitat y del entorno físiar.
- Resumen del caso al ingreso
- Objetivos del Programa
- Diagnóstico Principal y Secundarios
- Intercurrencias
- Situación del paciente
- Progresos en el Período
- Indicaciones terapéuticas
- Programa prestacional
- Equipamiento provisto y a proveer

Para los profesionales de la rehabilitación se destacan los campos referidos a:

- Discapacidad
- AVD y AIVD
- Tratamiento efectuado en el período
- Tiempo estimado que se prolongará el tratamiento

Para los profesionales de la enfermería:

- Existencia de úlcera de decúbito
- Heridas, drenajes
- Sondas vesical o nasoentérica
- Medicación por venoclisis
- Oxigenoterapia
- Dolor
- Medicación
- Situación del paciente
- Progresos

En la Tabla N° 1 se consigna la categorización de 50 pacientes, elegidos al azar, ingresados a programas de hospitalización domiciliaria por En Casa desde Enero hasta Julio de 2007.

**Tabla 1:**

Paciente	Edad	Genero	Diag. Principal	Score	Programa
D.S.H.	80	M	FX. MMII	32	BASICO
E.J	59	M	ACV	58	COMPLEJO
G.H.	62	F	ESC.MULT.	63	COMPLEJO
L.R.F.	66	M	TEC	76	MAXIMO
O.T.	86	F	DEM.SENIL	66	COMPLETO
P.A.	75	F	RTC	35	BASICO
R.S.	43	F	ESC.MULT.	72	MAXIMO
U.F.	94	M	I.C. I.R.C.	67	COMPLETO
V.A.	86	M	LINFOMA	74	MAXIMO
M.C.	86	M	D.S.	89	MAXIMO
M.R.	70	M	ACV	78	MAXIMO
M.B.	95	F	D.S.	103	MAXIMO
O.D.	87	F	I.C.	80	MAXIMO
D.P.J.	49	M	ACV	79	MAXIMO
Q.A.	90	F	RTC.PARK.	63	COMPLEJO
R.N.	76	F	FX. MMII	42	COMPLETO
A.F.	93	F	I.C.DILATADA	93	COMPLEJO
B.A.	85	M	ACV	52	COMPLEJO
B.M.E.	68	F	ELA	96	MAXIMO
D.O.H.	75	M	ACV	79	MAXIMO
D.L.	54	F	NEUROM.MEN.	59	COMPLETO
D.Z	85	F	D.S.	64	COMPLETO
F.V.	64	F	CA.ESOFAGO	54	COMPLETO
G.B.P.	71	M	PARKINSON	50	COMPLETO
L.R.F.	86	M	I.C.	69	COMPLEJO
M.M.C.	77	M	I.C.	42	COMPLETO
A.H.	59	M	OSTEOMIELITIS	32	BASICO
A.H.	78	M	IRC	66	COMPLETO
C.R.	84	F	ALZH	64	COMPLETO
C.M.	92	F	D.S.	89	MAXIMO
D.B.A.	91	F	RTC	89	MAXIMO
F.R.	83	F	RTC	103	MAXIMO
F.H.I.	84	F	ALZH	64	COMPLETO
G.C.M.	69	F	ALZH	66	COMPLETO
G.A.	83	F	I.C.	67	COMPLETO
L.A.	78	M	CA.GASTRICO	72	MAXIMO
L.F.	73	M	HSD	66	COMPLETO
M.R.	86	M	PARKINSON	103	MAXIMO
M.C.	46	M	MIELITIS TR.	66	COMPLETO
M.F.	80	M	ACV	69	COMPLEJO
P.R.B.	81	F	PARKINSON	72	MAXIMO
P.L.J.	50	M	RTC INFECT	32	BASICO
P.L.J.	82	F	IC	69	COMPLEJO
P.G.	51	F	CA.MTT	72	MAXIMO
R.J.	81	F	OSTEOMIELITIS	72	MAXIMO
R.I.	86	F	RTC	66	COMPLETO
S.M.	86	F	D.S.	72	MAXIMO
T.L.	81	F	CA.PANCREAS	72	MAXIMO
U.M.	80	F	FX.CERVICAL	66	COMPLETO
V.S.	55	F	MIELOMA MUL.	72	MAXIMO

Se consigna en cada caso el “score” que da lugar a la asignación de los recursos, de acuerdo a lo establecido en la tabla N° 2 como programa Básico, Completo, Complejo y Máximo.

**Tabla 2**

Esquema asistencial					
Programa	Médico	Enf.	Kinesio	Fono eventual	TO eventual
Básico	1/mes	1/día	3/sem.	-	-
Completo	1/sem.	2/día	3/sem.	3/sem.	-
Complejo	2/sem.	3/día	5/sem.	3/sem.	2/sem.
Máximo	3/sem.	Perm.	6/sem.	6/sem.	3/sem.

**Tabla 3**

Score	Programa
20 a 41	Básico
41 a 51	Completo
61 a 71	Complejo
Más de 71	Máximo

Se citan como ejemplos de la ponderación dos casos:

**Paciente: D.S.H.**

Edad	(10)
Medicación con control médico/bioquímico	(2)
Dolor	(6)
Semidependencia AVD	(8)
Semidependencia AIVD	(6)

**Total: 32 puntos: Programa Básico**

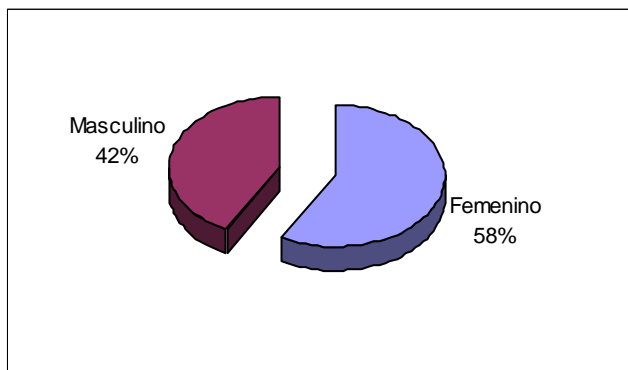
**Paciente: E.J.**

Edad	(8)
Hemiplejía	(8)
Medicación con control médico/bioquímico	(2)
Afasia	(9)
Confusión	(8)
Sonda vesical permanente	(2)
Cama ortopédica	(2)
Colchón antiescaras	(4)
Dependencia AVD	(9)
Dependencia AIVD	(8)

**Total: 58 puntos: Programa Complejo**

## CONCLUSION

Sobre los 50 pacientes de la muestra, el 58% pertenece al sexo femenino. El promedio de edad es de 75.13 años.



El análisis diagnóstico arroja el siguiente esquema:

Cant. Pac.	Código	Capítulo CIE 10
7	C	Tumores - Neoplasias varias
3	F	Trastornos mentales y del comportamiento
6	G	Enfermedades del sistema nervioso
13	I	Enfermedades del sistema circulatorio
4	M	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo
1	N	Enfermedades del sistema genitourinario
6	R	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio
10	S	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas

El 26% de los pacientes presentan patologías del sistema circulatorio, quedando en segundo lugar los traumatismos, entre los que figuran las fracturas de la cabeza de fémur y las caídas de su propia altura, típicas de la población añosa. En tercer término figuran las patologías de tipo oncológico.

La Categorización del Paciente en el momento del ingreso es propuesta en este trabajo por un score sistematizado, que, registrando las anomalías de la fisiología del enfermo, culmina en un indicador numérico que le otorgan programa Máximo, Complejo, Completo o Básico, que a su vez contienen la carga de profesionales necesarios.

Score	Programa	Cant. Pac
20 a 41	Básico	4
41 a 51	Completo	17
61 a 71	Complejo	8
Más de 71	Máximo	21

La evolución de cada caso, mejoría, estabilidad, empeoramiento, interurrencias, y todos los datos que certifican cada situación, y las modificaciones consecuentes del programa, se encuentra sistematizada en Epicrisis Mensuales de Médicos, Enfermeros, Kinesiólogos y otros profesionales de la rehabilitación, se muestran en el trabajo.

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

<sup>1</sup> MiguezBarón Carlos, Carbajal Carlos A. Monografía final curso de Organización y Administración Hospitalaria. "Servicios de Internación Domiciliaria con base hospitalaria".

<sup>2</sup> Keene AR, Cullen DS. TISS. Therapeutic interventions scoring system. Critical care medicine. 1983

<sup>3</sup> APACHE. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation. 1981.

<sup>4</sup> GLASGOW. Coma Scale.

<sup>5</sup> M. Angélica García y Luis Castillo. "Categorización de Usuarios: una herramienta para evaluar las cargas del trabajo de enfermería". Revista Médica de Chile – 1999.

<sup>6</sup> Carbajal Carlos A. Apuntes sobre los orígenes de la Internación Domiciliaria en la Argentina. Boletín de Internación Domiciliaria Nro. 4. En Casa. Buenos Aires. Febrero 2000.

<sup>7</sup> CMDB. Conjunto mínimo de base de datos de hospitalización.