

TECNOLOGÍA DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

HOSPITAL NURSING TECHNOLOGY IN HOMECARE

Rita Santos*

Enfermera, Doctora, Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal Río de Janeiro. Río de Janeiro - Brasil

Gislani Oliveira

Académica de Enfermería, Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal Río de Janeiro. Río de Janeiro - Brasil

Rachel Oliveira

Académica de Enfermería, Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal Río de Janeiro. Río de Janeiro - Brasil

Bruna Prandi

Académica de Enfermería, Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal Río de Janeiro. Río de Janeiro - Brasil

Moniky Carvalhaes

Académica de Enfermería, Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal Río de Janeiro. Río de Janeiro - Brasil

Artículo recibido el 14 de agosto, 2008. Aceptado en versión corregida el 20 de junio, 2009

RESUMEN

*El Protocolo "Evaluación de Enfermería de Atención Domiciliaria" está compuesto por parámetros de evaluación de actividades diarias de vida y de cuidados, incluye el estado de ancianos portadores de enfermedades crónicas y neoplasias y establece criterios de inclusión de usuarios en la Atención Domiciliaria. Se realizó revisión sistemática de la literatura, utilizando los descriptores: cuidados de enfermería domiciliaria, servicios de asistencia domiciliaria de enfermería, servicios hospitalarios de asistencia domiciliaria, asistencia de enfermería y cuidado domiciliario. Los datos fueron catalogados y organizados en fichas. Se encontraron tres categorías en diecisiete artículos que se clasifican en: estrategias de asistencia para el cuidado domiciliario; el proceso de decisión, de los familiares y profesionales de la salud, para adherirse al cuidado domiciliario; la preparación del cliente y de la familia para el cuidado domiciliario. Los artículos revisados describen las principales tecnologías de cuidados de enfermería hospitalaria que han sido adaptadas al ambiente domiciliario. **Palabras clave:** enfermería, atención domiciliaria, tecnología, enfermedades crónicas.*

ABSTRACT

*The protocol "Homecare Nursing Evaluation" is composed of evaluation parameters related to daily life activities and care, including the state of elderly persons with chronic illness and neoplasm, and it establishes inclusion criteria for homecare. A systematic revision of literature was carried out using the following descriptors: nursing homecare, homecare nursing services, hospital services in homecare, nursing services and homecare. Data was catalogued and organized in files. Three categories were found in seventeen articles and were classified as: strategies of homecare services; decision making process of family and health care professionals for using homecare services; client and family preparation for homecare. The revised articles describe the principal technologies for hospital nursing care that have been adapted to the homecare environment. **Key words:** nursing, homecare attention, technology, chronic illness.*

* correspondencia e-mail: ritabatista@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Brasil envejece de manera rápida e intensa debido a su transición demográfica y epidemiológica. El envejecimiento poblacional conlleva el desarrollo de enfermedades y condiciones que pueden llevar a la incapacidad funcional de las personas. En este contexto, se puede apreciar la crisis en la cual se encuentra la institución hospitalaria en Brasil, haciéndose necesario una reforma que incluya la instalación del modelo asistencial domiciliario.

El Protocolo de Atención Domiciliaria [PAD] aplica las tecnologías hospitalarias de enfermería adaptadas al domicilio, al paciente crónico, y considera situaciones de cuidados de baja y mediana complejidad aplicadas al autocuidado (Figura 1). Considerando el trabajo en conjunto entre el Programa de Atención Domiciliaria Interdisciplinario [PADI] del Hospital Universitario Clementino Fraga Filho [HUCFF] y la Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, Brasil [UFRJ], este proyecto fue aprobado por Edital Pliego Universal 2/2006 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y el Programa Institucional de Becas de Extensión de la UFRJ en el 2007.

El PAD se compone de parámetros para evaluación de criterios de inclusión, permanencia y mantenimiento de usuarios en atención domiciliaria. Estos parámetros son: los datos personales, medicamentos utilizados y evaluación de las Actividades de Vida Diaria [AVD] dirigidas a la autonomía de los pacientes crónicos para el autocuidado. La aplicación de escalas con puntuación tienen como objetivo determinar el tiempo de permanencia, pronóstico y autonomía, siguiendo una clasificación en orden creciente de dependencia para al autocuidado. A través de esta evaluación de enfermería en la atención domiciliaria es posible determinar las tecnologías de enfermería utilizadas y cómo se pueden adaptar al domicilio.

Los cuidados con los enfermos crónicos o convalecientes requieren algunos conocimientos específicos. Sobre este tema las enfermeras necesitan estar conscientes de los procedimientos adecuados, princi-

palmente en el cuidado domiciliario. Especialmente para aquellos cuidadores que no tienen estudios en el área de la salud, es necesario aún más el correcto aprendizaje de cómo actuar en cada situación, proporcionando comodidad y minimizando las molestias. Además de eso, las orientaciones entregadas por el profesional de salud son útiles también para los propios usuarios, pues al tener conocimiento de los cuidados que deben recibir, pueden colaborar en su propio tratamiento.

Dado lo anterior, es que se decidió realizar una investigación sistemática sobre las principales tecnologías de enfermería utilizadas en el ambiente domiciliario y su adaptación de manera eficiente.

METODOLOGÍA

Para Wood y Haber (1994), la revisión de literatura es un concepto esencial para el crecimiento de la teoría, investigación, educación y la práctica de enfermería, desarrollando una fuerte base de conocimiento, determinando espacios vacíos, consistencias e inconsistencias en la literatura sobre un tema, concepto o problema. El método utilizado para la revisión de literatura fue el objetivo-investigación, que puede ser definido como un proceso de investigación realizado simultáneamente en todas las fuentes de información secundaria (bases de datos) para recuperar contenidos. Inicialmente los datos fueron obtenidos en la Biblioteca Virtual en Salud BVS2, realizados en las bases de datos LILACS3 y BIDENF4.

Los descriptores utilizados fueron: cuidados de enfermería domiciliaria, servicios de asistencia domiciliaria de enfermería, servicios hospitalarios de asistencia domiciliaria, asistencia de enfermería y cuidados domiciliarios. Estos fueron combinados de forma aleatoria, utilizando el boleoado *AND6* con la finalidad de modificar el sentido de la investigación.

El instrumento para la recolección de datos fue elaborado de acuerdo a las recomendaciones de Lakatos y Marconi (2007) en la organización de fichas con los siguientes datos: autor, título, metodología y resultados.

En esta etapa se tuvo la preocupación de proceder a una lectura cuidadosa, y sistemáticamente se almacenó en las fichas: apuntes, comentarios, referencias, resúmenes y observaciones útiles para el desarrollo del trabajo. Después se realizó la consulta en las fuentes primarias, una vez que las fuentes secundarias presentaban datos recolectados o procesados de forma general, con tendencia a reproducir o incluso ampliar generalidades, perdiendo el objetivo sobre el cuidado de la enfermería como modelo para el cuidado domiciliario. Se encontraron treinta y dos artículos con los distintos descriptores y en las diferentes bases de datos.

Los artículos se clasificaron en tres categorías de acuerdo con su temática principal: (1) Estrategias de asistencia para el cuidado domiciliario; 2) El proceso de decisión de los familiares y profesionales de la salud para adherirse al cuidado domiciliario; 3) La preparación del cliente para el autocuidado, y de la familia para el cuidado domiciliario.

ANÁLISIS

Estrategias de asistencia para el cuidado domiciliario

Según Paz y Santos (2003), el cuidado domiciliario es una estrategia de atención de la salud desarrollada desde tiempos remotos, siendo un tema que va mucho más allá que una atención médica domiciliaria, ya que tiene por finalidad estimular la autonomía del paciente, involucrando de esta forma la planificación, la coordinación y el ofrecimiento de diversos servicios.

En relación a las modalidades de cuidado domiciliario, la Resolución del Consejo Federal de Enfermería [COFEN] 267 (2001) expone que el cuidado domiciliario se realiza en los diferentes niveles: baja complejidad –requiere acciones para promover o mantener el estilo de vida saludable; mediana complejidad –contiene acciones y procedimientos de enfermería que tienen como objetivo el tratamiento de una enfermedad en curso; alta complejidad –abarca procedimientos de un equipo multiprofesional y la inclusión del paciente en el domicilio.

Diversos factores pueden justificar la implementación de programas de cuidado domiciliario. Entre ellos, tenemos el sistema de salud, donde la realización del cuidado domiciliario disminuye los costos generados por la larga permanencia hospitalaria y no sobrecargar las instituciones de salud y los profesionales, y para el paciente, se observa la mejoría clínica y la calidad de vida, una vez que ellos no quedan expuestos a infecciones hospitalarias.

Notamos que al planificar un programa de atención domiciliaria los objetivos establecidos deben tener por finalidad concretar los cambios y transformaciones deseadas. Estas deben estar relacionadas al paciente, a la familia y a los cuidadores, a las instituciones de salud y a la formación de profesionales en el área de la salud.

Pereira, Mishima, Fortuna, Cinira y Matumoto (2005) constataron, en conjunto con los trabajadores de enfermería de nivel medio y coordinadores del servicio, que es necesario promover la incorporación de valores a un modelo de asistencia comprometido en establecer relación acogedora, marcada por el compromiso y la responsabilidad por la salud de los usuarios para negociar, crear y entregar los instrumentos necesarios a la atención de diferentes necesidades, como también el poder de la Atención Domiciliaria [AD] para que sea un dispositivo a la revisión del proceso salud/enfermedad/cuidado.

La AD promueve una colaboración más grande entre los servicios hospitalarios y no hospitalarios porque potencia la continuación y la articulación, asegurando carácter facilitador para el trabajo compartido e integrado de diferentes niveles de atención y más eficiencia de la asistencia a través de la obtención de más satisfacción y participación y la mejor recuperación del paciente y de sus familiares, debido al uso más adecuado y racional de los recursos y por la reducción de los gastos.

Arzani, Chervo y Muñoz (2002) realizaron una investigación respecto a la postura de médicos, enfermeros, pacientes y familiares, estudiantes de enfermería y medicina, además de los niveles gerenciales de

las instituciones de la salud sobre el papel fundamental de la enfermería en la implementación de la atención domiciliaria y en la incorporación de los servicios de atención domiciliaria como una estrategia que tiene como fundamento la disminución de los costos, con las internaciones hospitalarias, por el padrón epidemiológico y por la necesidad de mantener vínculos domiciliarios valiosos y significativos. Como consecuencia, definen la atención domiciliaria "el traslado de la estructura hospitalaria al domicilio", con la necesidad de implementación de nuevas estrategias, sobre todo considerando el envejecimiento de la población, la mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas y mayor dependencia y costo social. De esa forma, deja en claro la necesidad de capacitación profesional y formación específica relacionadas a las mejorías de los mecanismos y estrategias de gestión en las instituciones de salud y enfermedad.

Monticelli (1994) trata sobre la elaboración y validación de un marco conceptual de tenor cultural para ampliar la interacción entre enfermera, mujeres y recién nacido, además de la maternidad después del parto, al domicilio hasta que el bebé complete un mes de vida. Eso fue de extrema importancia para el proceso de acción/reflexión para obtener rituales de cuidados culturales para el proceso de vivir saludable, reflejando la necesidad de integración de aspectos culturales, y acomodación y reorganización de estos rituales populares y profesionales durante la práctica profesional.

Puschel, Chaves e Ide (2006) reflejan los cambios en los sistemas de conceptos de profesionales que actúan en la atención domiciliaria, a partir de una intervención pedagógica por medio de un curso de capacitación para la asistencia domiciliaria con una visión de conceptos psicosociales en un nuevo sentido, con nuevos elementos incluidos. Aunque no tiene relación directa al tema de investigación de este trabajo, demuestra la importancia de la articulación del área de la salud con conocimientos pedagógicos, con una visión de capacitación de los profesionales, preocupación con la

formación profesional, considerando otros conceptos y abarcando contextos domiciliarios.

Covarrubias y Farfán (1996) consideran la implementación de un programa de visitas domiciliarias con el propósito de disminuir los días de hospitalización como una ventaja, ya que entrega a la enfermería una asistencia más continua. Este programa de visitas refuerza los contenidos educativos de salud y autocuidado, trabajando con los clientes y también con los familiares.

El proceso de decisión de los familiares y profesionales de la salud para adherirse al cuidado domiciliario

Marcelino, Radunz y Erdmann (2000) exponen que es difícil saber si las decisiones tomadas son las correctas o no, existen casos en que no es posible decidir porque determinan el destino de otras personas. Se observa en las instituciones de la salud que pacientes y familiares esperan con ansiedad el alta hospitalaria, sin embargo, debido al miedo postergan su egreso del hospital. Por eso, es muy importante que el equipo de salud este sensibilizado para comprender el problema y ayudar a la familia a enfrentar este proceso.

No existen dudas cuando decimos que la casa es el mejor lugar para restablecer la salud, una vez que en el hogar las personas no son impersonalizadas, o sea, la madre sigue siendo madre y deja de ser un número de cama o una enfermedad. Siendo esta imagen una representación positiva para el enfermo.

Es importante que la familia y el paciente sean debidamente orientados sobre las consecuencias de cada una de las alternativas y se dé cuenta que, aun en su domicilio, la realización de los procedimientos puede tener el mismo rigor técnico, padrones y seguridad observados en el hospital, y que además presenta ventajas, considerando el punto de vista de la disminución de contaminaciones. Otra gran preocupación de los familiares sería la necesidad de una reinternación; por eso, para estimular el cuidado domiciliario es necesi-

rio garantizar el acceso de estos pacientes y familiares a las instituciones cuando sea necesario.

Cruz, Barros y Alves (2002) concluyeron en un estudio cualitativo con cinco enfermeras, en el 2000, en Niterói, Estado de Rio de Janeiro / Brasil, que sus actividades en la atención domiciliaria eran gratificantes, pero necesitan ser mejoradas con el uso de protocolos, para investigar el espacio que existe entre lo que el cliente necesita y lo que la enfermera ofrece, para rescatar experiencias con estudio y asistencia basadas en modelos no convencionales, extrahospitalarios, holísticos y plurales direccionados a la Enfermería en Home Care y su inclusión en el Sistema Único de Salud como un todo, y en el Programa de Salud de la Familia, en particular, que exige técnica y fundamentos teóricos que promuevan y recuperen la salud.

Este espacio necesita cumplir, a nuestro entender, con un mayor y profundo conocimiento sobre las nuevas potencialidades de la profesión, pues si seguimos reproduciendo un modelo hospitalario inadecuado, en vez de conquistar un nuevo mercado, la profesión contará con otro gueto administrativo. Además, la falta de conocimiento sobre las actividades potenciales podrá, en realidad, excluirnos de este mercado si pensamos en él como internación en el domicilio.

Okada, Feio y Kerr-Corrêa (1994) evidencian la ventaja de la atención domiciliaria psiquiátrica en los usuarios de este servicio de la Casa de Salud Anchieta a través del seguimiento de pacientes durante dos años, comparándolos con el mismo número de pacientes de un hospital psiquiátrico con tratamiento ambulatorio sin visitas domiciliarias. Considerando rango de edad y nivel socioeconómico similar, 10% de los pacientes tratados con visitas domiciliarias presentaron reinternación, mientras que el 84% de los pacientes del hospital sin visitas domiciliarias fueron reinternados en estos dos años de seguimiento. Hubo disminución de internaciones estadísticamente significativas entre pacientes tratados con visitas, antes y después del seguimiento. Esto refleja

las ventajas de la atención domiciliaria en lo que respecta a la disminución de incidencia de nuevas internaciones, además de la relevancia de su implementación en hospitales.

Preparación para el autocuidado domiciliario

Luce, Padilha, Almeida y Silva (1991) afirman que el autocuidado representa la forma de descentralizar la asistencia, haciéndola participativa, y el equipo de salud tiene la función de desarrollar las habilidades para el autocuidado en sus pacientes, dándole el derecho a decidir sobre su cambio de comportamiento. Las ventajas de autocuidado son muchas, entre ellas se pueden mencionar la optimización de la relación costo/beneficio alcanzada por la mayor independencia de la persona y la disminución de su reinternación.

La participación de la familia en la preparación al autocuidado es fundamental ya que muchas veces la persona no puede ejecutar o mantener la regularidad de algunos cuidados.

Es importante incluir a los familiares e incluso a los amigos en la orientación y en las demostraciones de los procedimientos con la finalidad de evitar complicaciones. Esas orientaciones deben ser desarrolladas a partir de condiciones reales de estos clientes, de su vivienda y en las dificultades de aprensión demostradas, para obtener buenos beneficios y la efectiva participación en el cuidado.

Paskulin et al. (2004) entrevistaron 12 ancianos de 60-80 años, de marzo de 1999 a enero de 2002, que recibían la visita de enfermería domiciliaria preoperatoria, para comprobar y adecuar las condiciones domiciliarias, y en el postoperatorio, para evaluar su evolución clínico-quirúrgica y orientaciones necesarias. Obtuvo en su análisis cinco categorías relacionadas a la organización doméstica, singularidad del cuidado, tranquilidad y seguridad, cambios vividos después de la cirugía y el cuidado en el domicilio, no representando una interrupción en su vivir debido a la relevante circunstancia quirúrgica, ya que muestra con claridad que la visita

pre y postoperatoria domiciliaria tranquiliza al cliente, con tendencia a la eficiencia y humanización de la salud por medio del cuidado orientado en el ámbito domiciliario.

Lacerda y Oliniski (2005) demostraron la misma intención en comprender la experiencia del cuidado vivido por los familiares en el contexto domiciliario en su relación con la enfermería y en describir un modelo teórico que detallara acciones e interacciones desarrolladas por ellos en este contexto.

Mello, Rocha, Scochi y Lima (2000) realizaron un estudio empírico del cuidado en el domicilio, basado en la consulta de datos en fichas hospitalarios, en la observación de participantes y en los relatos orales de las madres de niños recién nacidos prematuros y de bajo peso al nacer, caracterizando el seguimiento durante el primer mes después del alta hospitalaria por visitas domiciliarias, formando elementos básicos de cuidados de enfermería al niño –en la prevención de riesgos y de daños, en la alimentación, en la higiene, en el uso de medicamentos en las estimulaciones sensoriales, entre otros aspectos; en los cuidados de la madre –escuchándola, reviviendo con ella experiencias del proceso de hospitalización del niño, cuidando en conjunto, proporcionando educación en salud, comodidad y autoconfianza; de otras necesidades de la familia y los recursos de la comunidad –integrando información e intervenciones entre los servicios de salud y la red de servicios de apoyo. Este artículo resalta la importancia del cuidado domiciliario en todas las edades de la enfermedad, contraponiendo el foco en ancianos, a los niños con la debida atención de la enfermería de Home Care.

CONCLUSIÓN

Al analizar las publicaciones bibliográficas sobre el tema, se encuentra que se trata de una temática extremadamente amplia, y que puede ser estudiada por diversos grupos de profesionales y con bastante profundidad. Junto a esto se puede apreciar que el desarrollo del área de cuidado domiciliario todavía es muy pequeño, principalmente en el área de enfermería, dada la perspecti-

va de crecimiento en esta área de ejercicio profesional. Se observa que se trata de una temática compleja, y que permite un vasto campo a ser explorado, principalmente por enfermería, una vez que el enfermero(a) está en permanente contacto con los usuarios, cuya práctica es difícil de lidiar debido a la gran maleabilidad profesional requerida por su cliente y el familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arzani, E., Chervo, M. A., & Muñoz, N. (2002). Atención domiciliaria. La enfermería argentina ¿está dispuesta al reto? *Revista de Enfermería del Hospital Italiano*, 5(15), 9-12. Recuperado el 18 de julio, 2007, de: http://www.hospitalitaliano.org.ar/docencia/rehi/?contenido=contenido_articulo.php&id_articulo=600
- Consejo Federal de Enfermería. (2001). Resolución n° 267 del 5 de octubre de 2001. *Aprueba actividades de enfermería en domicilio Home Care, Rio de Janeiro*. Recuperado el 17 de diciembre, 2007, de: <http://www.bve.org.br/portalmaterias.asp?ArticleID=1251&SectionID=194&SubSectionID=194&SectionParentID=189>
- Covarrubias, C. & Farfán, I. (1996). Prolongación de la hospitalización en el domicilio. *Horizonte de Enfermería*, 7(2), 23-32.
- Cruz, I. C. F., Barros, S. R. T. P. & Alves, P. C. (2002). Atención domiciliaria en la visión del enfermero experto. *Revista de Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 10(1), 13-16.
- Lacerda, M. R. & Oliniski, S. R. (2005). Familiares interactuando con la enfermería en el contexto domiciliario. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26(1) 76-87.
- Lakatos, M. E. & Marconi, A. M. (2007). *Metodología Científica*. São Paulo, Brasil: Atlas.
- Luce, M., Padilha, M. I., Almeida, R. L. V., & Silva, M. O. (1991). La preparación

- para el autocuidado del cliente diabético y familia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 25(2), 137-152.
- Marcelino, S. R., Radünz, V., & Erdmann, A. L. (2000). Cuidado domiciliar: escolha ou falta de opção? *Texto & Contexto Enfermagem*, 9, 9-21.
- Mello, D. F., Rocha, S. M. M., Scochi, C. G. S., & Lima, R. A. G. (2000). El cuidado de la enfermería en el seguimiento de niños prematuros y de bajo peso al nacer. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 10(1), 49-60.
- Monticelli, M. (1994). *El nacimiento como un reto al paso: Una referencia cultural para el cuidado de enfermería a las mujeres y recién nacidos*. Manuscrito no publicado. Florianópolis, Brasil.
- Okada, L. M., Feio, N. H. P., & Kerr Corrêa, F. (1994). Atención psiquiátrica domiciliaria: Vale la pena. *Revista Associação Brasileira de Psiquiatria & Asociación Psiquiátrica de América Latina*, 16(3), 94-98.
- Paskulin, L. M. G., Eidt, O. R., Morais, E. P., Jansen, M., Schossler, T., & Goncalvez, A. (2004). Clientes ancianos sometidos a artroplastía total de cadera primaria (ATQP): Lo que piensan sobre el cuidado recibido en el domicilio. *Acta Paulista de Enfermagem*, 17(2), 211-221.
- Paz, A. A. & Santos, B. R. (2003). Programas de cuidado de enfermería domiciliaria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(5), 538-541.
- Pereira, M. J. B., Mishima, S. M., Fortuna, C. M., & Matumoto, S. (2005). La asistencia domiciliaria: Conformando el modelo de asistencia y componiendo diferentes intereses/necesidades del sector salud. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 13(6), 1001-1010.
- Puschel, V. A., Chávez, E. C., & Ide, C. A. (2006). Asistencia domiciliaria: Los cambios de conceptos de profesionales a partir de una intervención pedagógica. *Revista Paulista de Enfermagem*, 25(1), 11-17.
- Wood, L. G. & Haber, J. (1994). *Investigación en enfermería*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

Figura 1. Evaluación de desempeño y mantenimiento de actividades de vida diaria.

Estimación de tipo, pronóstico de alta y permanencia del usuario:				
A partir de la puntuación dada a cada ítem, determinar el tiempo de permanencia, pronóstico de regreso a las AVD, de acuerdo con la siguiente clasificación:				
A	Puntuación Inferior a 15 puntos	Se selecciona para la Modalidad de Atención Domiciliaria	A1 (hasta 05 puntos)	Soporte terapéutico y social. Independiente para las AVD. Permanencia de _____ días de atención domiciliaria, con _____ atención semanal.
			A2 (de 06 a 10 puntos)	Parcialmente independiente. Permanencia de _____ días de atención domiciliaria, con _____ atención semanal.
			A3 (de 11 a 15 puntos)	Parcialmente dependiente Permanencia de _____ días de atención domiciliaria, con _____ atención semanal.
B	Puntuación de 16 a 25 puntos	Se selecciona para la Modalidad de Internación Domiciliaria	B1 (de 16 a 20 puntos)	Se elige para la Modalidad de Internación Domiciliaria Baja Complejidad, parcialmente dependiente Permanencia de _____ días de atención domiciliaria, con _____ atención semanal.
			B2 (de 21 a 25 puntos)	Se elige para la Modalidad de Internación domiciliaria Mediana complejidad, totalmente dependiente Permanencia de _____ días de atención domiciliaria, con _____ atención semanal.
C	Sobre los 25 puntos	Se selecciona para la Internación Hospitalaria.		