

CURSO AUDITORIA MÉDICA HOSPITAL ALEMAN 2014

MONOGRAFIA. INTERNACION POR CUIDADOS PROGRESIVOS

Autores:

María Soledad Achor

María Laura Romero

Gabriel Echavarría



Índice:

- I. Introducción.
- II. Objetivos.
- III. Antecedentes históricos.
- IV. Modelo tradicional de Internación hospitalaria.
- V. Modelo de Internación por Cuidados Progresivos.
- VI. Ventajas de la Internación por Cuidados Progresivos.
- VII. Metodología para la Internación por Cuidados Progresivos.
- VIII. Conclusiones.
- IX. Análisis FODA.
- X. Bibliografía.

I. Introducción:

La internación por cuidados progresivos representa un desafío para el sistema de atención de la salud.

Su finalidad es mejorar la atención directa al paciente, a través de su correcta selección y ubicación para lograr que reciba los cuidados adecuados a su gravedad y a sus condiciones físicas y funcionales. Esto se logra generando una adaptación del servicio hospitalario y logrando una organización del personal médico y de enfermería, en base a cambios de conceptos, para poder concebir al hospital como una institución dinámica y así poder lograr un mejor rendimiento de los recursos disponibles que lleve a una mejoría en la calidad de atención de los pacientes.

Tradicionalmente se interna a los pacientes en un mismo servicio en base a la patología, con este nuevo sistema se tiene en cuenta la necesidades de su atención en base a la gravedad, condiciones físicas y funcionales. De este modo se reemplaza la clásica disposición vertical de los pacientes por especialidad, por una modalidad de organización horizontal donde la distribución es en base a las necesidades de prestaciones, prácticas y cuidados.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) adopto la siguiente definición: *"el Cuidado Progresivo de Pacientes es la concepción mediante la cual se organizan los servicios según las necesidades de atención del mismo, de tal forma que el enfermo reciba los cuidados en el grado que los requiera, en el momento más oportuno, en el sitio o área de hospital más apropiado a su estado clínico, independientemente de la especialidad por la que recurre.*

II. Objetivos:

Analizar la posibilidad de implementación de este modelo de internación por cuidados progresivos en una Institución que es prestadora de una obra social municipal.

Si bien la internación en esta Institución es indiferenciada, se propone en este trabajo aplicar la internación en base a los cuidados progresivos para flexibilizar el modelo actual, con un protocolo de internación donde a través de la participación médica y de enfermería se genere una mayor interrelación entre las especialidades y optimización en la utilización de los recursos humanos y técnicos actuales como así también de los que se estén por incorporar.

Para lograr este objetivo proponemos constituir un comité de internación constituido por integrantes de la Dirección del Sanatorio, del Área administrativa, Dirección de Enfermería y Jefes de las especialidades básicas, que a la vez se activaría ante una situación de emergencia.

Este comité sería el responsable de transmitir el conocimiento necesario para la implementación del modelo de internación por cuidados progresivos.

Buscaría lograr el consenso necesario sin el cual no se podría lograr este cambio.

Serían los encargados de confeccionar un tablero de gestión, un manual de procedimientos y a la vez serían los encargados de realizar el monitoreo del proceso y la evaluación de su impacto.

La Institución (Sanatorio) mencionada es prestadora de una Obra Social que cuenta con 350.000 afiliados de los cuales 121.000 son directos, 160.000 son familiares, y 70.000 jubilados-pensionados.

El Sanatorio mencionado cuenta con 140 camas de área abierta distribuidas en cuatro pisos, con 18 camas de unidad coronaria y 18 camas de terapia intensiva e intermedia.

En cuanto al recurso humano profesional cuenta con 500 enfermeros y 350 médicos estables además de residencias médicas (Clínica médica, cirugía, cardiología, terapia intensiva, gastroenterología, traumatología, ginecología y anatomía patológica)

III. Antecedentes históricos

Las necesidades de actuar ante la aparición de enfermedades graves, determino que en 1885 se crearan en Inglaterra los Servicios de urgencias, instaladas inicialmente en las estaciones de bomberos. Motivados por las mismas necesidades en los años siguientes estas experiencias se trasladaron a Viena, Budapest (1887), y a todo el territorio europeo.

La *internación por cuidado progresivo* fue aplicado por los japoneses en los hospitales militares, pero recién se aplicó como tal a partir de 1956 en el Manchester Memorial Hospital definiendo a esta modalidad como una clasificación sistemática de los pacientes de acuerdo con las necesidades observadas por médicos y enfermeros, dividiendo así la internación en tres sectores: Cuidados Intensivos- Cuidados Intermedios- Cuidados mínimos.

En 1968 la Organización Panamericana de la Salud, inicia un proyecto con seis hospitales universitarios de Latinoamérica para instaurar unidades de cuidados intensivos y a partir de ahí aplicar la atención progresiva a pacientes con la finalidad de mejorar la atención en países con pocos recursos y así continuar con la atención ambulatoria, con los consultorios externos y domiciliarios. Las mencionadas instituciones se encontraban en Brasil, Colombia, Chile, Perú, Uruguay y Venezuela.

Esta modalidad que clasificaba a los pacientes no según su diagnóstico sino de acuerdo a la necesidad de atención medica según su gravedad, se fue

haciendo sobre la marcha ya que no había antecedentes ni bibliografía y se realizaban las modificaciones según los resultados que se obtenían.

Los primeros resultados en estas experiencias fueron la mejor utilización del recurso humano, se logró disminuir la permanencia de los pacientes y mayor disponibilidad de camas lo que generaba una mejor administración financiera de las instituciones.

En Argentina, el primer Hospital en aplicar esta modalidad fue en 1986 en el Hospital Belgrano, en la provincia de Buenos Aires con el objetivo de aumentar la accesibilidad y calidad de los servicios ofrecidos y optimizar el uso de los recursos físicos y humanos para reducir costos y disponer de manera racional del recurso humano.

Posteriormente hubo intención de aplicarlos en otros hospitales como el Garrahan, Gonnet, Hospital E Milagro de Salta, Hospital de alta complejidad Pte. Juan Domingo Perón de Formosa, Hospital Pedro de Elizalde y el Hospital Heller en la provincia de Neuquén.

IV. Modelo Tradicional de internación hospitalaria

En el modelo tradicional las instituciones hospitalarias distribuyen a los enfermos de acuerdo a las patologías. Los médicos y enfermeros son distribuidos por especialidades en diferentes servicios que tienen criterios, normas y sistema de gestión diferentes entre ellos generando una utilización inapropiada de los recursos tecnológicos, físicos y profesionales afectando así el giro cama, el tiempo de estadía y finalmente la evaluación integral del paciente.

Esta forma de gestionar la internación hace que la institución cuente con camas compartimentalizadas por servicios lo que genera un mal aprovechamiento de las mismas al no ser distribuidas por criterios de necesidad.

Para poder revertir esta cultura hay que tener en cuenta que los hospitales son instituciones socio culturales, con influencias políticas, afectado por la influencia de los pacientes, de las familias, las restricciones presupuestarias donde el producto final es el resultado de la interacción del equipo de salud.

El cambio también requiere que la dirección de estas instituciones esté en manos de una gestión profesional con una visión del hospital como una empresa integral de servicios de salud. Tradicionalmente los hospitales eran y aun algunos están dirigidos por médicos con espíritu altruista pero la mayor demanda, el aumento de los costos obliga a tener una racionalización de los costos para que sea sustentable.

V. Modelo de Internación por Cuidados Progresivos.

El objetivo de este modelo es que los lugares donde se internen los pacientes sean definidos como niveles de cuidados y no como servicios tradicionales.

El paciente ingresara al sector que le corresponda de acuerdo al cuidado que requiera y continuara la internación según su evolución en el sector adecuado. Por lo tanto los sectores son dinámicos y se modificaran según las necesidades del hospital, lo que permitirá no tener camas ociosas y evitar el déficit de las mismas.

Proponemos que los niveles de internación sean divididos en ***cuidados mínimos, medio, intermedio e intensivo.***

La definición del lugar donde se interne el paciente estará a cargo del médico que lo interne, del jefe de guardia y el supervisor de enfermería de acuerdo al nivel de cuidado que necesite el paciente.

En la guardia se deberá estabilizar al paciente de emergencia, realizar los estudios correspondientes y luego definir el nivel de internación de acuerdo al Triage.

Este modelo de internación tiene como objetivo la evaluación integral de los pacientes por el equipo de salud por lo tanto se requiere de la participación conjunta de médicos y enfermeros.

Teniendo en cuenta que en nuestro país hay un déficit importante de enfermeros, se busca lograr una relación más real entre la cantidad de enfermeros

y los pacientes internados, así también como un cálculo más racional de los insumos, equipamientos e instalaciones necesarias para cada nivel de internación.

VI. Ventajas de los Cuidados Progresivos

- Mejor utilización de los recursos con adaptación más flexible y eficaz de acuerdo a las necesidades de la Institución.
- Mayor accesibilidad al sistema y así poder terminar con los feudos personales de los jefes de servicio y poner los recursos a disposición de los pacientes y de la Institución.
- Por la escasez del personal de enfermería con este modelo se permite un mejor aprovechamiento de los recurso humano.
- Distribución más racional del personal de enfermería y medico de acuerdo a los requerimientos de los pacientes, es decir se requiere menor cantidad de recursos humanos para atender un mayor número de pacientes de cuidados mínimos y se destina el resto del personal al cuidado de pacientes que requieran mayor atención.
- En caso de catástrofes se puede dar una mejor respuesta, ya que la Institución contaría con un nivel de cuidados moderados/especiales además del área de Terapia Intensiva.
- Se apunta a lograr una mejor lógica financiera, con la adquisición de tecnología adecuada necesaria y suficiente. Esto favorece a una mejor redistribución interna y reducción de costos.
- Mayor trabajo en equipo, con supervisión diaria lo que genera aumento en la calidad de atención, logrando un retorno más rápido del paciente a la comunidad.

VII. Metodología para implementar la internación por Cuidados progresivos

Para poder aplicar este modelo de internación y así lograr los objetivos mencionados y siempre teniendo en cuenta el contexto social, cultural y económico-político propio del momento en el que se vaya aplicar, proponemos:

- Crear el **Comité de Internación**, integrado por la Dirección del Sanatorio, Dirección de Enfermería, Área administrativa, Recursos Humanos, Sector de Emergencia (Jefe de Guardia, Jefes de Áreas cerradas) Jefes de especialidades básicas.

Funciones del Comité de Internaciones:

- Difundir al resto de la Institución la necesidad de cambio entre los integrantes del equipo de salud.
- Adquirir información de experiencias exitosas internacionales, nacionales y sobre todo comparar con otros prestadores de obras sociales.
- Rescatar información de los indicadores de la Institución y de la Obra Social para evaluar los cambios que aportaría esta modalidad de internación (cantidad de derivaciones a otros prestadores, internaciones prolongadas, retraso en la salida de los pacientes de las áreas cerradas y otros indicadores cualitativos).
- Fomentar la integración entre los profesionales médicos, enfermeros y el personal administrativo.

- Crear grupos de trabajo interdisciplinarios que asesoren al Comité de Internación y que a la vez puedan colaborar con las distintas áreas del Sanatorio. Cabe aclarar que en esta Institución, algunos de los mencionados grupos de trabajo ya están en funcionamiento, pero faltaría incluirlos en esta modalidad de internación.
 - ❖ Control de calidad.
 - ❖ Control de emergencias.
 - ❖ Docencia y capacitación.
 - ❖ Asesoramiento tecnológico.
 - ❖ Farmacia.
 - ❖ Historia clínica.
 - ❖ Informática.

- En base a las experiencias publicadas, basadas en las necesidades y grado de dependencia de los pacientes adultos proponemos diferenciar la internación en categorías:
 - ❖ Categoría I : Cuidados mínimos.
 - ❖ Categoría II: Cuidados moderados.
 - ❖ Categoría III: Cuidados Intensivos (Terapia Intensiva-Intermedia, Unidad Coronaria).

- Clasificación de los pacientes:

Se categorizan los pacientes de acuerdo a las necesidades asistenciales, que son observadas por el equipo de salud.

 - Grado de dependencia de los pacientes.
 - Necesidades individuales.

- Adecuar un área de internación destinada a los pacientes que requieran **Cuidados Moderados o especiales**.
Consideramos que en este piso se deben internar:

- Pacientes que egresan de UCI-UTI con necesidad de mayor control, por ejemplo pacientes con traqueotomía, apoyo de BiPAP.

- Postoperatorios, que según la clasificación ASA de la American Society Anesthesiologists, correspondan a Clase II-III. Cabe aclarar que esto es definido por el especialista en Anestesia una vez que el paciente fue evaluado en la Unidad de recuperación postquirúrgica.

-Pacientes que en la guardia son categorizados con el color verde (nivel 3) según el Triage que se realice en el Servicio de Guardia.

Este piso estaría preparado con el equipamiento y los insumos adecuados y los profesionales tendrían un adiestramiento más intensivo.

El sector de **Cuidados Mínimos** sería destinado a los pacientes que ingresen en el preoperatorio de cirugías programadas, y aquellos que no requieran una mayor dependencia del equipo de salud.

Y en el **Sector de Cuidados Intensivos** (Terapia Intensiva-Intermedia, Unidad Coronaria) ingresan los pacientes de la Guardia con color rojo- amarillo y los postoperatorios ASA: III-IV-V.

- Definir organigrama de Internación:

Consideramos que el Comité de Internación debe establecer quienes serán los indicados en definir el destino de los pacientes.

En una Institución que ha obtenido buenos resultados con este sistema, como es el Hospital Horacio Heller de la provincia de Neuquén, la internación la define el jefe de guardia con el jefe o supervisor de enfermera, y el área de admisión de pacientes cuenta con la supervisión y asesoramiento médico.

VIII. Conclusiones

La Internación en base a los Cuidados que necesita el paciente constituye un desafío para todos los integrantes del equipo de salud donde se contemplan nuevas modalidades de atención y gestión.

Para lograr esto se deben modificar conductas y valores propios de los miembros de las organizaciones, tratando de mantener las coherencias internas respetando los derechos del otro y a la vez responsabilizarnos por nuestras obligaciones.

Entendemos que los cuidados progresivos de los pacientes no deberían ser un fin en sí mismo, sino un medio y una oportunidad para el cambio y así lograr una optimización en la atención de nuestros afiliados.

Es un cambio que propone además de lo mencionado, poder despegarse de modelos tradicionales, delegando posturas narcisistas, perdiendo espacios de poder, para poder brindar el conocimiento en pos de la calidad de atención y así poder tener presente que las camas son siempre de los pacientes.

IX. Análisis FODA

FORTALEZAS

La Institución mencionada, donde proponemos aplicar el modelo de internación por Cuidados progresivos cuenta con los recursos humanos y técnicos idóneos para la realización del Proyecto.

El modelo mencionado no demanda importantes inversiones, solamente una distribución adecuada de los recursos actuales y como ya se mencionó genera una reducción de los costos.

OPORTUNIDADES

Pensamos que este modelo de internación lleva al Sanatorio a constituirse en el centro de referencia para los afiliados de la Obra Social ya que se generaría una mayor oferta de camas disponible, se podrían acortar los tiempos de espera para las cirugías programadas, habría menor cantidad de derivaciones y a la vez una optimización de los recursos disponibles. También un mejor criterio para definir la adquisición de nuevos recursos humanos y la incorporación de tecnología.

DIFICULTADES

La diversidad existente entre los diferentes integrantes del Comité de Internación, hará necesario reforzar la integración e identificar aliados para que se pueda aplicar este modelo de internación.

AMENAZAS

Que por falta de difusión se interrumpa el proyecto.

Que no se puedan superar las diferentes tensiones existentes: entre el modelo médico hegemónico y enfermero hegemónico; entre el modelo biologicista y el modelo integral de atención; entre la gestión tradicional y las nuevas concepciones de gestión.

X. Bibliografía

-Asenjo MA. Planificación y gestión hospitalaria. Las claves de la Gestión Hospitalaria, Editorial Gestión. Barcelona 2000, Barcelona, 2002.

-Schiavone Miguel Ángel. El paciente eje del accionar del Hospital Público. Revista de la Sociedad Argentina de Administración de Organización de Atención de la Salud y Salud Publica de la Asociación Medica Argentina. AMA, Vol. 1 N° 1 (Págs. 63-68). Año 1998.

-Ministerio de Salud y Seguridad Social Subsecretaria de Salud Zona Sanitaria Metropolitana. Hospital Dr. Horacio Heller. Manual de Inducción para los Ingresantes a los Servicios de Salud. Neuquén 2008.

-Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios. División de Gestión de Red Asistencial Subsecretaria de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. 2001.

-Internación por cuidados progresivos. Propuesta metodológica para su implementación en un hospital general de agudos. Miguel Ángel Schiavone, Pedro Mazza, Laura Cordero. Revista de la Asociación Medica Argentina, Vol. 124 Numero 3 de 2011.

-Modelo de Atención en Internación por Cuidados Progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller, Neuquén. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2005-2007