

IMPLEMENTACIÓN DE LOS CUIDADOS PROGRESIVOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA.

IMPLEMENTATION OF PROGRESSIVE CARE IN A PUBLIC HOSPITAL IN CABA.

AUTORES: VERA MEDINA, NATALIA E ***, AQUIJE MATTI KLOSTER, CISELA *, D ESPOSITO, DANIEL **

LUGAR DE TRABAJO: SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA. HGA DRA. CECILIA CRIERSON. FRANCISCO FERNÁNDEZ DE LA CRUZ 4402. C.P. 1439 - CABO- ARGENTINA.

*DIRECTORA DEL HGA DRA. CECILIA CRIERSON.

**MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.

***MÉDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA. MÉDICA DE PLANTA DEL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA.



Abstract

Background: The Progressive Care Management model is based on the organization of patient care based on medical and nursing needs, from admission to the facility to outpatient follow-up and discharge, regardless of their pathology.

Objectives: Share the transition process from traditional management divided into pathologies, to a modern and innovative model, based on interdisciplinary work and enhancing its cost effectiveness.

Material and Method: Systematic computerized search of bibliography on Progressive Care in medical update platforms, books and magazines specialized in Health Audit and Management.

Results: The implementation of Progressive Care in a public institution of CABO with a traditional structure represents a challenge for the members of the health team. In the context of the growing expansion of the HGA Dra Cecilia Crierson, the scenario is ideal for the execution of this hospital management model, which after 1 year of experience, is being carried out successfully.

Conclusions: The Progressive Care proposes the challenge of fundamental changes, such as adaptive challenges: teamwork, improving relationships between services, care continuity models and a strong relationship with the primary care network, placing the patient at the center of the scene.

Resumen

Introducción: El modelo de Gestión por Cuidados Progresivos está basado en la organización del cuidado del paciente en función de las necesidades médicas y de enfermería, desde su ingreso al establecimiento hasta el seguimiento ambulatorio y externación, independientemente de su patología.

Objetivos: Compartir el proceso de transición desde una gestión tradicional dividida en patologías, a un modelo moderno e innovador, basado en el trabajo interdisciplinario y potenciando su costo efectividad.

Materiales y Métodos: Búsqueda sistemática informatizada de bibliografía sobre Cuidados Progresivos en plataformas de actualización médica, libros y revistas especializadas en

Auditoría y Gerenciamiento Sanitario.

Resultados: La implementación de los Cuidados Progresivos en una institución pública de CABO con estructura tradicional representa un desafío para los integrantes del equipo de salud. En el contexto de la creciente expansión del HGA Dra. Cecilia Crierson el escenario es ideal para la ejecución de este modelo de gestión hospitalaria, que luego de 1 año de experiencia, se está llevando a cabo con éxito.

Conclusiones: Los Cuidados progresivos proponen el desafío de cambios fundamentales, como retos adaptativos: trabajo en equipo, mejorar las relaciones entre servicios, modelos de continuidad asistencial y fuerte relación con la red de atención primaria, ubicando al paciente en el centro de la escena.

Keywords: Progressive Care, Public Health, Public Hospital

Palabras clave: Cuidados Progresivos, Salud Pública, Hospital público

INTRODUCCIÓN

La gestión hospitalaria es un modelo en evolución constante. Durante la pandemia por Covid-19 algunas transiciones se aceleraron y se plasmaron numerosos cambios, los cuales cabe destacar la evaluación integral de los pacientes, su estadificación, lugar de internación y la dinamización de los procesos. Se mejoraron las transiciones desde los sectores de urgencias a la internación y cuidados críticos, diferenciando instancias de cuidado por requerimiento de asistencia debido a la gravedad del cuadro clínico. Con estos cambios se generó un protagonismo central de los servicios de medicina interna, implementando así los Cuidados Progresivos, de esta manera surgió la colaboración

multiprofesional en el abordaje de la asistencia y/o tratamiento de los pacientes.

El modelo de Gestión por Cuidados Progresivos (CP) está basado en la organización del cuidado del paciente en función de las necesidades médicas y de enfermería, desde su ingreso al establecimiento hasta el seguimiento ambulatorio y externación. Estos cuidados se caracterizan por su enfoque de derechos y en el modelo de cogestión y participación, centrados en el sujeto, de manera integral, continua y basado en proyectos terapéuticos particulares.

La implementación de los CP en una institución pública con estructura tradicional representó y representa un gran desafío para los integrantes del equipo de salud.

El contexto de la creación y expansión continua del HGA Dra. Cecilia Grierson, es el momento oportuno para instaurar los Cuidados Progresivos como única modalidad de atención siendo el primer Hospital en implementarlo en el sistema de Salud Pública de CABA, proceso que requiere un cambio de paradigma en cuanto a funcionamiento interno y que fue logrado exitosamente.

OBJETIVO

El objetivo de este artículo es describir el modelo de gestión por Cuidados Progresivos y compartir con la comunidad el proceso de transición desde una gestión tradicional dividida en patologías, a un modelo moderno e innovador, orientado hacia el paciente como sujeto de derecho, según sus requerimientos de cuidado o pérdida de autonomía. Generando así un cambio de paradigma en lo que respecta a sistemas de atención de los hospitales públicos de la red municipal de CABA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Búsqueda sistemática informatizada de bibliografía sobre Cuidados Progresivos en plataformas de actualización médica, libros y revistas especializadas en Auditoría y Gerenciamiento Sanitario.

DISCUSIÓN

El Hospital General de Agudos "Dra. Cecilia Grierson" fue construido en el barrio de Villa Lugano, CABA, según la Ley 1769 sancionada en

2005 por la Legislatura porteña en contexto de la Ley 153 con fines de cubrir las necesidades de las redes locales y jurisdiccionales. Se inauguró, bajo la modalidad tradicional, organizado por "servicios". El mismo fue resultado de la transformación del Centro de Salud existente de su mismo nombre, con el objeto de contar con un establecimiento sanitario que

proporcione atención médica integral e integrada a la población de la Comuna 8.

Actualmente el perfil de la población atendida en el ámbito del establecimiento corresponde a una población de aproximadamente trescientos mil habitantes, en una de las zonas más vulnerables de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En 2023 se construyó una nueva sala de internación: "Sala blanca", con 40 camas para internación y la oportunidad de implementar esta nueva forma de trabajo.

Los hospitales de organización tradicional se conforman de estructuras funcionales por especialidad en la que los pacientes se encuentran agrupados por patologías con estructura jerárquica vertical e independientes entre sí. Esta estructura ha demostrado deficiencias, tanto organizativas, como económicas. Carece de la capacidad de controlar el flujo de trabajo entre el personal y proveedores y en algunos casos reduce la eficacia en los tratamientos, por el abordaje insuficiente de las comorbilidades. Esto produce una concentración inadecuada de recurso de enfermería especializada, demoras en interconsultas y deficiencia en la disponibilidad de las camas.

El inconveniente de compartmentalizar la atención, por lo tanto, es la infrautilización, o el mal empleo de los recursos, distribución irregular de camas libres, niveles insuficientes de cuidados y de utilización de tecnologías: ejemplos habituales son la falta de continuidad de la atención, los tiempos en las interconsultas entre servicios, la falta de camas disponibles para un paciente independientemente de su patología.

En la actualidad el 54% de los habitantes tiene sobrepeso, más del 30% son hipertensos, casi el 10% de diabéticos y el 29,8% tiene colesterol alto, la carga mórbida es elevada. Por lo que en una misma sala de internación de "x" especialidad, conviven pacientes con exigencia de distintos

niveles de cuidados por sus comorbilidades más allá de la patología que lo llevó a internarse, lo que conlleva a una atención deficiente. (1,2)

En los CP las diferentes unidades se organizan de forma tal que el personal médico, enfermeros y el resto del equipo de salud brindan una óptima atención en función de la necesidad del paciente, más allá de su patología. En este modelo se destaca al personal de enfermería y en segundo término a la medicina interna, como eje central del cuidado progresivo en contraposición con el modelo hegemónico especializado.

En Argentina, el primer hospital en implementar esta modalidad de CP fue el Hospital Belgrano, en la Provincia de Buenos Aires, en el año 1986. Posteriormente, se inauguran otros hospitales, y cada vez más cambian su modalidad de atención, tales como el Hospital Garrahan, Htal. Zonal Gral. de Agudos "San Roque" de Gonnet, "Nuevo Hospital El Milagro" de Salta, Htal. Nacional Baldomero Sommer, Htal de Alta Complejidad "Pte. Juan Domingo Perón" de Formosa, Htal "Dr. Ramón Carrillo" de Bariloche, entre otros, observándose a lo largo de la década del noventa y hasta la actualidad, una progresiva instauración de dicha modalidad de atención en otros hospitales del país. (1,2) La Tabla 1 enumera las ventajas de la implementación de los cuidados progresivos en la internación de pacientes.

Tabla 1. Ventajas de la internación por cuidados progresivos (1)

1. Aumenta la accesibilidad al sistema.
2. Flexibiliza la utilización de los recursos físicos.
3. Racionaliza la utilización del recurso humano de enfermería.
4. Favorece el uso adecuado de la tecnología.
5. Mejora en la calidad de atención.
6. Estimula el trabajo en equipo.
7. El paciente es considerado un todo biopsicosocial.
8. Racionaliza tiempos de internación.
9. Toma de decisiones costo-efectivas.
10. Mejora la confección de la historia clínica.
11. Se integra dentro de la estrategia de APS.

Es tal la importancia de enfocar la atención de salud en la persona que la Dirección Nacional de Talento Humano y Gestión del Conocimiento (DNTHYC) inició durante el periodo 2020-2021 el diseño y la implementación de una nueva residencia en cuidados progresivos. Residencia a la que se accede por examen único

Ya hace más de un año desde la inauguración de la "Sala Blanca" y que se implementa la internación indiferenciada bajo la modalidad de CP. Se cuenta con 40 camas divididas en habitaciones de dos camas cada una y cuatro habitaciones de aislamientos.

La sala está dividida en dos carriles por el office de enfermería de forma longitudinal, teniendo acceso directo a las habitaciones que requieren mayor grado de atención: los aislamientos y los pacientes que requieren más requerimiento de cuidado, luego las camas que están destinadas a cirugías de corta estadía, quirúrgicos y postquirúrgicos de cirugía, traumatología y ginecología (no obstetricia), que por supuesto son dinámicas en función de la complejidad que requieran los pacientes.

Quién decide qué paciente se interna es el médico especialista en medicina interna, el enfermero y el personal de admisión, en función a las características del paciente, así se le asigna una unidad de cuidado, detallando explícitamente en la historia clínica cuál será su unidad de destino.

Previamente los pacientes deben ser adecuadamente estabilizados y ya con los estudios complementarios correspondientes con el fin de descartar posibilidad de descompensación o diagnosticar cuadros clínicos que requieran monitoreo para así poder ser dirigidos al área de cuidado adecuado, ya que si un paciente que no se encuentra estable, o ingresa prematuramente o a un área que no corresponde, provocaría un uso inadecuado de recursos, entorpecería la actividad del equipo y lo más importante podría contribuir al deterioro de la salud del paciente. (1,3) Los criterios de asignación de pacientes al nivel de cuidados se detallan en la tabla 2.

La decisión del nivel de complejidad que cada paciente requiere puede hacerse mediante la escala National Early Warning Score (NEWS) 2, utilizados para la decisión del flujo de pacientes durante la pandemia COVID-19. La tabla 3 muestra cómo se puntúa el score y la tabla 4 cómo se asignan las categorías de riesgo acorde al resultado (5,6).

Para asegurar un cuidado longitudinal, la disponibilidad de todas las camas y facilitar el flujo de pacientes, se mantendrá una comunicación activa y proactiva sobre la situación de los

pacientes en el servicio de urgencias y en la unidad de cuidados intensivos, asegurando así la disponibilidad de camas libres y facilitando el flujo según la atención requerida.

Tabla 2. Asignación de pacientes al nivel de cuidados según sus necesidades (4)	
Cuidados Intensivos	Se asigna a este nivel de cuidados cuando hay riesgo de vida y expectativa de recuperación
Cuidados Intermedios	Se asigna a este nivel de cuidados cuando requiere atención de enfermería en intervalos frecuentes, medicación e hidratación parenteral, varios controles médicos en cada turno o de drenajes y catéteres complejos
Agudos	Se asigna a este nivel de cuidados cuando los cuidados requeridos son menores que en el caso anterior, pero el usuario se encuentra aún inestable o descompensado

Esto se logra mediante pautas ya estipuladas para garantizar el uso de las mismas de forma costo efectiva reduciendo pases innecesarios o el ingreso a un área de cuidado inadecuado. Se mantiene de esta manera la comunicación de camas libres por franjas horarias, e ingreso a la sala de cuidados moderados en horarios previamente estipulados de forma escalonada para evitar sobrecarga al personal (administrativo, camilleros, personal de enfermería y médicos).

Estas medidas evitan conductas oportunistas del personal, demoras por los pases médicos, de enfermería, cambio de turnos de los camilleros; que se acumulan a lo largo del día.

Surge así la figura del coordinador horizontal que abarca las áreas implicadas y puede coordinar y protocolizar el flujo de los mismos. Esta función la cumple un médico internista con perfil hospitalista.

La unidad de cuidados moderados intermedios recibe a los pacientes cuyos requerimientos de cuidado no son de la naturaleza de la unidad de cuidados intensivos pero aún requieren atención ya sea por su pérdida de autonomía o por su tratamiento médico. Incluye pacientes que estén cursando desde una neumonía, pancreatitis o un estado postoperatorio, entre otras.

Cuando el paciente ingresa a la unidad, su seguimiento pasa a ser un manejo interdisciplinario entre el Servicio de Clínica Médica, desde el momento inicial independientemente de su patología, en conjunto con las distintas especialidades según el caso además de kinesiología, nutrición, enfermería. Esto asegura una continuidad de la atención evitando las interconsultas.

Cuidados progresivos al alta.

Como parte del cuidado transversal y longitudinal, el objetivo es una atención integral e integrada en red con atención primaria, con recuperación en

Tabla 3. National Early Warning Score (NEWS) 2

Parámetro	ESCALA						
	3	2	1	0	1	2	3
Fisiológico							
Frecuencia respiratoria	≤ 8/min		9 –	12 –		21 –	≥ 25/min
Saturación de oxígeno (SpO2)	≤ 91%	92 –	94 –	≥ 96%			
SpO2 en EPOC	≤ 83%	84 –	86 –	88 – 92%	93 – 94%	95 – 96%	≥ 97% con O2
Oxígeno suplementario		85%	87%	con O2	con O2	con O2	sin O2
Tensión arterial sistólica	≤ 90 mmHg	91 – 100 mmHg	101 – 110 mmHg	111 – 219 mmHg			≥ 220 mmHg
Frecuencia cardíaca	≤ 40/min		41 – 50/min	51 – 90/min	91 – 110/min	111 – 130/min	≥ 131/min
Nivel de conciencia				Alerta			Confuso, desorientado
Temperatura	≤ 35 °C		35,1 – 36 °C	36,1 – 38 °C	38,1 – 39 °C	≥ 39,1 °C	

domicilio con otros niveles de atención en nuestro caso los CeSACS.

La población que acude a nuestro hospital parte de una vulnerabilidad socioeconómica, comorbilidades y pluripatología importantes por lo que la externación a domicilio es compleja, las estadías de internación se prolongan en consiguiente suelen aparecer las intercurrencias intrahospitalarias.

Este escenario incluye la articulación de distintos actores: Servicio social, kinesiología, enfermería, psicología entre otras.

Siguiendo el modelo de CP, se georreferencia a los CeSACs del área programática o cercanos al Hospital, que cuentan con equipos de trabajo en terreno, esto es seguimiento en domicilio a aquellos pacientes complejos (según su dirección real) que requieran continuar con la atención que por características propias no pueden acudir a los controles de salud en ambulatorio (ej postración por distintas causas, falta de red familiar, curaciones de heridas, etc). El paciente es presentado por parte del internista a médicos del equipo de trabajo de los CeSACs para que lo incluyan en su programa de visitas, o facilitación de turnos, con su respectiva epicrisis y los cuidados que requieran, de acuerdo a su área.

Para favorecer el proceso, luego de una evaluación inicial del paciente cuando ingresa dentro de las 48 hs se plantea una fecha probable de alta, para poder articular lo necesario. Esto es facilitado por la Historia clínica informatizada Sigheos que se comparte en toda la red municipal de CABA.

Esta estrategia brinda un alta direccionada a asegurar y continuar los cuidados mínimos en domicilio, eliminando el factor de la movilidad para acudir al servicio de salud y así acortar la estadía hospitalaria y un mejor seguimiento del paciente.

Tabla 4. Clasificación de riesgo según NEWS 2

Puntaje	Riesgo	Respuesta clínica
0	Bajo	Continuar cuidados de enfermería. Signos vitales cada 12 horas
1 – 4	Bajo	Continuar cuidados de enfermería. Signos vitales cada 4 – 6 horas
3 en cualquier parámetro	Bajo/medio	Respuesta urgente en piso o ala. Signos vitales horarios
5 – 6	Medio	Respuesta urgente en piso o ala. Signos vitales horarios
≥ 7	Alto	Respuesta de emergencia. Monitoreo continuo de signos vitales

Tabla 5. Pacientes incluidos en la modalidad de cuidados progresivos de alta

- Pacientes en estado de postración por fragilidad, obesidad mórbida, secuelas neurológicas entre otras.
- Pacientes con EPOC severo con requerimiento de o2 domicilio/CPAP.
- Pacientes que requieran curación de heridas con movilidad reducida.
- Pacientes con mala adherencia al tratamiento que requieran seguimiento cercano por ej Tuberculosis.
- Pacientes en cuidados de fin de vida.

CONCLUSIÓN

Desde luego la implementación de los CP, requiere de un cambio de paradigma respecto a la utilizada en hospitales tradicionales, lo que implica incorporar una nueva modalidad de trabajo interdisciplinario, compartir responsabilidades, compartir espacios, e incorporar patologías y dinámicas de trabajo nuevas que lleva tiempo aceptar como vitales para que se ejecute con éxito y se adopte con la menor resistencia a nivel institucional o individual. La capacitación y la educación son esenciales para que el personal pueda llevar a cabo el cambio con eficacia, comprender el valor y los beneficios de este cambio. Mejorar la productividad de las organizaciones hospitalarias requiere una reforma sustancial pensada en procesos y cuidados continuos, como lo impone el aumento de la demanda, de los costos crecientes y los recursos limitados. Sin deteriorar la calidad, los CP proponen el desafío de cambios fundamentales, como retos adaptativos: trabajo en equipo, mejorar las transiciones de cuidado, modelos de continuidad asistencial y fuerte relación con la red de atención primaria, ubicando al paciente en el centro de la escena.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Recibido: 15/07/2024

Aceptado: 10/08/2024

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Díaz, C. Gestión clínica por cuidado progresivo. Ediciones ISALUD. 2022.
- 2- Peve, A. Modelo de atención en internación por cuidados progresivos en el Hospital Dr. Horacio Heller. Neuquén. Características distintivas desde la visión de sus trabajadores a 13 años de su inauguración [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. (2013) Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/034154_Peve.pdf
- 3- Schiavone, M.A., Mazzu, P., Cordero, L. Internación por cuidados progresivos : propuesta metodológica para su implementación en un hospital general de agudos [en línea]. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2011. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8023>
- 4- Ingram RF. Progressive Patient Care. Can J Comp Med Vet Sci. 1960 Apr;24(4):134-6. PMID: 17649219; PMCID: PMC1582608.
- 5-Smith CB, Redfern OC, Pimentel MA, Gerry S, Collins GS, Malycha J, Prytherch D, Schmidt PE, Watkinson PJ. The National Early Warning Score 2 (NEWS2). Clin Med (Lond). 2019 May;19(3):260. doi: 10.7861/clinmedicine.19-3-260. PMID: 31092526; PMCID: PMC6542226.
- 6- Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS 2): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP; 2017. Consultado: Junio 2024. Disponible en: <https://www.rcp.ac.uk/improving-care/resources/national-early-warning-score-news-2/>