

R E S U M E N .

R.10.538

JULIO 1993 .

RESUMEN SOBRE LA JUSTIFICACIÓN Y SU OBJETIVO:

A partir del ingreso de una persona, paciente, en el hospital se pone en marcha todo un complejo engranaje organizativo, en el cual entran principalmente en relación tres columnas básicas de una estructura organizativa hospitalaria, tales como el departamento de admisiones, el departamento de enfermería y el departamento médico, sin ecuanime los tres departamentos responsables de la eficacia y eficiencia en la búsqueda de la salud reflejada hacia el paciente dentro del sistema hospitalario. De todos es conocida la frase en referencia al servicio de urgencias, de los hospitales, de estar "colapsado" por no tener en el hospital ninguna cama libre y no poder drenar los pacientes a hospitalización y a veces tener que derivarse a otros centros hospitalarios, el hecho de tener que derivar a un paciente a otro centro hospitalario por falta de camas, deteriora de inicio la imagen del hospital, el paciente quiere ser atendido en el hospital al cual ha ido; con la confirmación del traslado el facultativo se desentiende indirectamente del paciente y tal vez la calidad de la asistencia no sea la misma. El propio traslado puede repercutir en el estado del paciente y a la larga en la mejora de su salud en el tratamiento posterior.

Si no hay una correcta planificación de alta en el hospital, y el paciente no puede tener acceso al mismo por estar lleno, el paciente ve lejano el día de su ingreso y la resolución de su

problema sanitario, en la programación de ingreso para poder efectuar el tratamiento correspondiente. Ha de existir una relación y comunicación entre los departamentos de admisiones, enfermería y médico, y establecer un circuito interdepartamental sobre el alta hospitalaria. La decisión sobre la planificación del alta corresponde tanto al departamento de admisiones, como de enfermería y al departamento médico, buscando la calidad y eficiencia en el proceso, siendo los únicos responsables finales las direcciones de los mismos.

El objetivo principal es la necesidad de establecer un puente de unión entre los tres estamentos de admisiones-enfermería-médico, en relación al alta hospitalaria. Si los objetivos del departamento de admisiones están en un plano diferente al clínico y el personal de enfermería y médico actúan sólo en beneficio de ellos y de los pacientes, ni se reducen los costes, ni se mejora la calidad de cuidados.

El objetivo específico de nuestra investigación, es la existencia de un circuito programado interdepartamental en el alta hospitalaria.

RESUMEN DEL MARCO TEÓRICO.

Entendemos la organización como sistema complejo multivariado e interdependiente cuya dinámica depende no tan sólo de las aptitudes, valores, actitudes, necesidades y expectativas de sus miembros, de los procesos sociales internos y externos interpersonales, de grupo e intergrupo sino también de los cambios culturales y tecnológicos de su entorno. La organización es quien optimiza el funcionamiento de las variables interdepartamentales que integran toda organización formal; estas variables son: tareas, estructura organizativa, personas y tecnología. Las organizaciones hospitalarias han conocido un desarrollo de complejidad más rápido y más importante aún que el de otros sectores. Se trata de actividades de servicios complejos que tienen que coordinar tareas de naturaleza cada vez más diversa, por lo que aumenta en dificultad el desarrollo formal de cada departamento específico (Admisiones, Enfermería, Médico) y repercuten de forma directa en las variables interdepartamentales que integran la organización departamental.

La profesionalización de los médicos es antigua. Lo que caracteriza sin embargo al hospital moderno, es que la profesionalización de élite afecta a categorías cada vez más numerosas y más amplias. Esta profesionalización tiende a ser más puntiagudas y menos convergentes. Ciertamente es que deben coincidir y de forma más acuciante, en el objetivo común del soporte al

enfermo. Las lógicas profesionales de los médicos y del personal de enfermería pueden oponerse hasta el punto de afectar gravemente la capacidad del equipo.

Cuando hablamos de la organización del sistema hospitalario la dividimos en determinados centros de responsabilidad, concebidos como unidades organizacionales bajo la dirección del hospital, (Dirección de admisiones, Dirección de enfermería, dirección médica). Los costes operativos deben también incorporar aspectos tales como; calidad, servicio, estancia media, motivación, etc..., ha de haber una búsqueda de criterios de evaluación del grado de cumplimiento de los mismos, que hagan funcionar las diferentes partes en un sistema de control de gestión, dando coherencia y permitiendo su operatividad dentro de la interrelación departamental médica-enfermería-admisiones para una buena programación del alta hospitalaria, provocando ahí una disminución en las listas de espera por especialidades médicas, ya existentes hoy en día, teniendo en cuenta las mejoras de la ciencia médica y de los nuevos procedimientos contribuyen a un envejecimiento de la población que a su vez, requiere más servicios sanitarios. La problemática fundamental de las altas hospitalarias es determinar la estancia en el centro hospitalario, justa y equitativa del paciente ingresado y la espera del paciente que ha de ingresar en el centro hospitalario para aliviar su patología, como paciente en espera, la solución no es tan fácil como pudiera parecer a primera vista y depende

de las circunstancias específicas de cada paciente ingresado y del sistema organizativo de los centros hospitalarios.

Cuando hablamos de planificar las altas hospitalarias nos encontramos con el problema de decidir con antelación que es lo que debe hacerse, como debe hacerse, quien debe hacerlo, cuando y porqué debe hacerse, de forma que se logre de forma óptima la solución del problema. Intentando preveer todas las necesidades del sistema lo que racionaliza una toma de decisión en el alta hospitalaria, para ello es importante tener en cuenta las características de cada "paciente-hospital", patología, economía, política del hospital y social del medio en el cual nos desenvolvemos. Hablamos de cuatro fases ya conocidas; Analisis de la situación-diagnostico del paciente, determinar prioridades, determinar alternativas de solución y seleccionar y elaborar el plan de acción de el alta hospitalaria.

La implantación del sistema de grupos de Diagnósticos Relacionados (G.D.R.), tiene como fin unir esfuerzos para aumentar la hospitalización y dar la máxima calidad de atención al paciente y poder llegar a una reducción de los costes finales. Cuando hay la existencia del sistema G.D.R. esta en el supuesto correcto funcionamiento ha de existir otro mecanismo de revisión o pre-admisión antes de un segundo ingreso del paciente para una intervención hospitalaria para poder conseguir una hospitalización más breve. Para que la consecución de un

programa de alta hospitalaria no de mayores porcentajes de estancia hospitalaria se ha de seguir un criterio idéntico a todos los estamentos implicados.

Otro sistema en la planificación del alta hospitalaria es el Sistema de Pago Prospectivo (S.P.P.). Utilizando mayormente en EE.UU., el S.P.P. de Medicare ha ido acompañado de un descenso en la estancia hospitalaria, pero la pronta alta de algunos pacientes pueden empeorar su recuperación particularmente cuando los servicios posteriores a la hospitalización no sean buenos. Se ha de desarrollar un modelo empírico entre la elección de la duración de la estancia y el alta del paciente, el S.P.P. para ser efectivo y de resultados eficaces hace falta un equipo de asistencia a domicilio.

Creemos que es necesario para alcanzar un buen drenaje de pacientes hospitalarios, altas-ingresos del hospital, debemos unir las relaciones interdepartamentales y obtener la información que necesariamente deben pasar para que el trabajo pueda ser realizado de forma consciente, racional y coordinada, aprovechando el uso de los recursos de los departamentos médico-enfermería-admisiones al máximo, garantizando así la consecución de nuestro fin, siendo este el asegurar una atención adecuada al paciente, asegurando el uso adecuado de los recursos humanos y materiales que disponemos en cada centro hospitalario.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

Se efectuaron preguntas sobre gestión, planificación, organización y de modo individual sobre tamaño del centro, tipo de institución y nivel del mismo, la distribución del número total de camas por centro va de 0 a 1.000 camas, dando unos resultados de un 21.6% los de 0 a 100 camas y de 301 a 500 camas; siendo el 14.3% restante para los centros de 101 a 300 camas y de 501 a 1.000 camas, el nivel de los hospitales según la capacidad tecnológica y asistencial de los mismos, da los siguientes porcentajes:

- Hospital nivel I 28.6 %.
- Hospital nivel II 14.3 %.
- Hospital nivel III 57.1 %.

DIRECCIÓN DE ADMISIONES.

Hay un porcentaje muy bajo de hospitales que tienen Cirugía Ambulatoria, el 28.6%, nos preguntamos si ingresan en los centros hospitalarios que no tienen Cirugía Ambulatoria, pacientes con patologías de bajo riesgo y fácil solución. La Estancia Media, nos varía según la especialidad, pero la encontramos alta porque hay especialidades como Psiquiatría que pueden tener hasta 20.5 días de Estancia Media por paciente. El departamento de admisiones conoce el alta hospitalaria en el último pase de visita del médico o sea cuando el paciente se va del centro

hospitalario, el servicio de admisiones organiza el ingreso sólo en el 14.3% de los casos, la lista de espera para el ingreso del paciente, debe ser estudiada día a día, el departamento médico no sigue una metodología de programación de las altas hospitalarias, da el alta hospitalaria cuando pasa visita "ahora lo veo bien, ahora le doy el alta hospitalaria" creemos que en algunos casos podría ser debido a la espera de resultados de determinadas pruebas realizadas al paciente, se nos confirman las hipótesis relacionadas con él cuando se efectúan el pase de visitas y se da el alta hospitalaria al paciente sin estar programada, lo cual implica efectos de deterioro en el drenaje de enfermos tanto a nivel de ingresos como de altas hospitalarias, repercutiendo en la gestión final del sistema sanitario hospitalario, incidiendo en la atención facultativa siendo esta de carácter individual, dificulta la organización del departamento de admisiones y la organización del departamento de enfermería, si hubiera una comunicación entre los distintos departamentos, enfermería estaría preparada y admisiones tendría todo listo para el alta y el futuro ingreso reduciendo así algunos problemas organizativos. Usan un sistema de estancias programadas en un 71.4% contradiciéndose después, afirmando en un 42.9% que no utilizan ningún método específico y que la existencia de la utilización de G.D.R. El 42.9% que nos da la muestra, es significativo, las demoras de las estancias programadas hasta 24 horas o más de 24 horas, nos da el mismo margen porcentual el 50%, estos hechos nos demuestran la

confirmación de la hipótesis relacionadas con la existencia de una cohesión real organizativa entre los departamentos de admisiones-enfermería-médico y esto repercute en el hospital incidiendo directamente en un aumento de los costes y generando un deterioro del servicio hacia el usuario, informando a las familias el mismo día, en un 85.7%, esto ocasiona dificultades al departamento de admisiones y a la organización de enfermería, ya que nos preguntamos "cuando la comunican" ; cuando las visitas de los enfermos, suelen visitarlos por la tarde o como mucho por el mediodía, esto ocasiona los inconvenientes cotidianos de las familias, trabajo, hijos, colegios, ropa del paciente, etc..., que sólo pueden solucionar el 14.3% de las familias, dando la circunstancia de dejarse al enfermo un día más, por no poder los familiares llevarse al paciente a su domicilio, es curioso que un comentario del médico, supervisora o enfermera diciéndole "mañana posiblemente se irá de alta, antes de las 12 horas", sirve para que los familiares se organicen y para que agilicen y eviten retrasos del futuro ingreso dando así una mejor atención asistencial, la estancia media y la lista de espera de los pacientes que deben ingresar. Toda la muestra cree que se puede mejorar el circuito médico-enfermería-admisiones, la relación entre los departamentos generalmente es muy buena y buena con el servicio de asistencia social, si realmente es así debemos mejorar el circuito organizando y planificando el alta hospitalaria con una antelación de 24 horas para poder detectar todas las posibles dificultades que se puedan encontrar día a día.

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA.

El departamento de enfermería, asegura que es capaz de organizar el alta y el ingreso entre una y tres horas, una vez se ha ido el paciente, este departamento le sería preferible para su organización de la unidad, el conocer las altas hospitalarias con 24 horas de antelación, en el turno de mañana para que la supervisora optimice su organización, con las cargas de trabajo y en los cuidados del paciente informándole de los cuidados posteriores al alta hospitalaria, si la atención facultativa es de carácter individual impide la correcta organización del departamento de admisiones y la organización del departamento de enfermería, la muestra cree que se debería programar el alta hospitalaria con 24 horas de antelación y refiere a: mejorar, distribuir, mayor fluido, organizar, cargas de trabajo y la calidad asistencial del paciente.

El circuito más utilizado en el alta hospitalaria es el médico-enfermera-paciente y sólo en el 50% llega a ser médico-enfermera-paciente-admisiones, creemos que este último circuito es válido para enlazar los mecanismos necesarios para la obtención del alta hospitalaria más correctamente, siendo el departamento de admisiones el último al que se notifica el alta hospitalaria, podría potenciarse este circuito más estrechamente ya que las relaciones interdepartamentales según la muestra es buena y muy buena con el departamento médico, según nuestra

hipótesis no existe una cohesión real organizativa entre los departamentos de admisiones-enfermería-médico y esto sigue repercutiendo directamente en un aumento de los costes y genera un deterioro del servicio hacia el usuario.

DIRECCIÓN MÉDICA.

Los médicos que dan el alta hospitalaria lo hacen por la mañana y, en algunos casos por la tarde, en el momento de la visita al paciente, "última visita como enfermo ingresado", generalmente no utilizan ningún método programado y se guían por la programación de quirófano o por los métodos de G.D.R. que reconocen no aplicarlo bien, sólo pueden programar el 14.3% con 24 horas de antelación. Que son comunicadas a la supervisora y ésta a la enfermera y la enfermera al servicio de admisiones, haciendo así un circuito informal pero efectivo en el 28.6% de las altas/ingresos. Cuando les hacen falta camas con extrema urgencia, hacen repaso de las futuras altas a corto plazo. Según el tipo de patologías y de su tratamiento tradicional o quirúrgico, utilizan un sistema conservador de estancias con sus referencias personales y profesionales de lo que entienden, por G.D.R. el 42.9%, estancia media el 14.3%, otros sistemas propios o ninguno el 14.3%.

La no existencia de una cohesión real entre los departamentos de admisiones-enfermería-médico, repercute en el hospital incidiendo directamente en un aumento de los costes y generando un deterioro del servicio hacia el usuario, el departamento médico informa a los familiares del alta con antelación de 24 horas el 14.3% y el restante 85.7% en el momento del alta, ocasionando de esta forma , los problemas a la organización de enfermería y de admisiones, según la muestra la razón por la que los familiares deben conocer el alta es por: comodidad, situación familiar y social, información e igualización.

El equipo investigador entiende que si el departamento médico programase las altas con 24 horas de antelación, se evitarían muchos altercados en la organización y la variable que nos da la opinión en las altas programadas y de su calidad asistencial, creyendo que las altas programadas pueden llegar a disminuir la estancia media y aumentar la calidad asistencial, es una opinión de todos los entrevistados. Pensamos en la función de las Areas Básicas en Atención Continuada, estos organismos deben contribuir a la recuperación del antes del ingreso y el después del alta hospitalaria.

Cuando hay discrepancias entre el departamento médico y el de enfermería sobre sus respectivas altas, el médico con el tratamiento y enfermería con los cuidados del paciente, en el

57.1% el paciente es dado de alta hospitalaria, aquí la comunicación no es completa, pero creemos que está bastante nivelada ya que hay consenso en el equipo, estos criterios son influidos por la ética profesional de cada colectivo, sería bueno que hubiese más comunicación entre los departamentos, aquí se confirma que enfermería es escuchada en sus diagnósticos con criterio profesional, el departamento médico, nos habla de una buena relación interdepartamental entre admisiones y enfermería, siempre que se consigan camas libres para ingresar a sus pacientes, sean programados o por urgencias, confirmándose también las hipótesis otra vez sobre las buenas o malas relaciones de gestión individualizadas de cada departamento admisiones-enfermería-médico en relación con el alta hospitalaria y de que hoy en día no existe una cohesión real organizativa entre los departamentos de admisiones-enfermería-médico y esto repercute en el hospital incidiendo directamente en un aumento de costes y generando un deterioro del servicio hacia el usuario.

El equipo investigador considera necesaria la posibilidad de programación de las altas hospitalarias con una antelación mínima de 24 horas, para una mejor gestión hospitalaria de los recursos humanos y materiales, las hipótesis generales nos confirman esta necesidad de relación interdepartamental en el alta hospitalaria.

PROPUESTA.

El equipo de trabajo en el consenso realizado sobre el tema "EFECTOS DE LA RELACIÓN INTERDEPARTAMENTAL EN EL ALTA HOSPITALARIA" observó que las hipótesis generales expuestas han quedado reflejadas en el trabajo, confirmadas, dando a entender una relación interdepartamental en el tema de las altas hospitalarias en la que cada departamento se limita a lo que cree que es su función dentro del centro hospitalario, en los resultados obtenidos el departamento de enfermería nos dice que les vendría bien programar las altas con 24 horas de antelación para poder organizar sus cargas de trabajo, el departamento de admisiones está de acuerdo con el de enfermería, el departamento médico en un 28.6% cree en la posibilidad de la aplicación del método indicado, el 57.1% dice que ya existe un método y el 14.3% afirma que no se puede aplicar ningún método.

Para poder programar el alta hospitalaria con una antelación de 24 - 48 horas, el circuito deberá ser Médico - Paciente - Enfermería - Admisiones. Cuando pasa visita el médico al paciente después de realizar la exploración y decide realizar el alta hospitalaria para dentro de las próximas 24 - 48 horas, lo deberá comunicar a la enfermera responsable del paciente por escrito en las ordenes médicas, la enfermera lo comunicará a la familia para que se organicé el traslado del paciente a su domicilio, y al departamento de admisiones para organizar el alta y el ingreso,

del futuro paciente a ingresar.

Cómo organizar este circuito: los facultativos médicos deberán pasar visita a los pacientes, confirmando las altas previstas y cumplimentando la documentación necesaria de 8 a 11 horas de la mañana, facilitando así el drenaje de los pacientes ingresados, las altas se darán de lunes a viernes y todos los pacientes deberán abandonar la habitación después del desayuno y antes de las 12 horas del mediodía. Después de la visita médica se deberán reunir los responsables de la acción del alta hospitalaria del paciente, el médico, enfermería y admisiones para concretar las posibles anomalías que puedan surgir e intentar evitarlas, dando la enfermera las instrucciones pertinentes a la familia de lo que deben hacer; venir por la mañana antes de las 11 horas para recoger la documentación. El informe para el centro de Asistencia Continuada que le corresponda por zona y el papeleo burocrático ya estará hecho, sólo faltará la firma del médico, ya que el alta podrá ser anulada en el supuesto caso que el facultativo médico lo crea necesario, por motivos del cuadro patológico que pudiera presentar un empeoramiento del estado del paciente. Según los resultados los familiares conocen el alta hospitalaria del paciente, en el 85.7% el mismo día y sólo el 14.3% con más de 24 horas de antelación, además el departamento de admisiones recibe la comunicación unas horas antes del alta y el departamento de enfermería a discreción.

En estas reuniones diarias se pondrían también sobre la mesa la programación de quirófanos y las listas de espera para ingresar, de la especialidad de la unidad, dándose información mutua sobre los pacientes a ingresar y de las próximas altas, en los resultados los departamentos de enfermería y admisiones valoran estar informados sobre las altas de los pacientes con suficientes antelación en el 100% de los centros hospitalarios encuestados, sugiriendo la programación del alta hospitalaria con 24 horas de antelación.

INGRESOS:

- PROGRAMADOS. La programación de ingresos quirúrgicos o de otras especialidades, conjuntamente con la documentación de los pacientes a ingresar se presentan en el departamento de admisiones con una semana de antelación o como muy tarde a las 48 horas antes del ingreso, el departamento de admisiones confirmará el día y la hora que debe ingresar el paciente, la cama asignada se le comunicará en el mismo día del ingreso hospitalario.

- URGENCIAS. La ubicación de los pacientes que provienen del servicio de urgencias dependerá única y exclusivamente del servicio de admisiones, si se hubiera ocupado alguna cama en el hospital de día, este paciente irá a parar a una habitación de

la unidad correspondiente del centro hospitalario lo antes posible.

Los cambios de habitación serán tratados en las reuniones diarias con admisiones-enfermería o supervisión-médico, estas reuniones diarias si son participativas y concretas en los puntos a tratar (paciente - alta - ingreso - problemas detectados - etc.,), con 10 -15 minutos es suficiente para interrelacionar los tres departamentos el tema del alta hospitalaria del paciente ingresado con 24 - 48 horas de antelación, en esta programación se dará a conocer los aspectos del paciente, detectando sus necesidades dentro y fuera del centro hospitalario, para darnos tiempo antes del alta, para solucionar en la medida de lo posible dentro de nuestros recursos, (Asistente social, Area Básica, Ropa para el paciente, Transporte, etc.,), pensando siempre en la curación del paciente tanto física como psíquicamente.

Con este sistema, creemos que se reducirían los costes y mejoraría la calidad de los cuidados asistenciales optimizando recursos humanos y materiales para una mejor organización en conjunto del centro hospitalario, obteniendo una mejor capacidad resolutive con la mejora de los resultados en el balance final del hospital.