

MODELO CLÍNICO HOSPITALARIO DE GESTIÓN DEL ALTA: DISEÑO Y EJECUCIÓN

Elizabeth Bernardino¹ 
Jaqueline Dias do Nascimento Selleti² 
Otília Beatriz Maciel Da Silva² 
Valéria Cristina Lopes Gallo² 
Jéssica de Oliveira Veloso Vilarinho² 
Olivia Luciana dos Santos Silva³ 
Camila Rorato² 

RESUMEN

Objetivo: presentar la concepción e implementación del Modelo de Gestión de Alta del Complejo Hospitalario de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná. **Método:** informe de experiencia ocurrida entre 2017 y 2020, sobre el diseño e implementación del modelo de Gestión del Alta con apoyo del modelo lógico. **Resultados:** la continuidad de los cuidados y la gestión de los casos son operados por un equipo exclusivo de enfermeras de enlace que gestionan y contra revierten los cuidados a la atención primaria y a otros puntos de la red sanitaria. **Conclusión:** la gestión de altas se consolida como una estrategia gerencial que integra la red de atención a la salud, evita las discontinuidades de la asistencia, promueve la seguridad de los pacientes y los familiares, además de la optimización de las camas, y aún inserta en la agenda de la atención primaria a los pacientes complejos. Contribuye a la continuidad de los cuidados y representa la evidencia de un nuevo campo de trabajo para las enfermeras.

DESCRITORES: Administración de los Servicios de Salud; Alta del Paciente; Servicios de Salud; Continuidad de la Atención al Paciente; Enfermería.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Bernardino E, Selleti JD do N, Silva OBM da, Gallo VCL, Vilarinho J de OV, Silva OL dos S, et al. Modelo clínico hospitalario de gestión del alta: diseño y ejecución. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [acceso en "insertar fecha de acceso, día, mes y año abreviado"]; 27. Disponible: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87464>.

¹Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

²Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil.

³Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población¹, el aumento de las muertes por Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)² y las cuestiones relacionadas con la falta de financiación, además de los avances tecnológicos en la atención sanitaria, son condiciones que plantean desafíos al Sistema Único de Salud (SUS) brasileño. Las demandas relacionadas con la gestión de las ECNT a veces superan las posibilidades ofrecidas, lo que provoca cuellos de botella, discontinuidades en la atención y sobrecarga del sistema sanitario³⁻⁵.

Teniendo en cuenta este contexto, común en la realidad brasileña y en las realidades internacionales, se elaboran estrategias políticas y de gestión para intentar equilibrar la demanda de atención sanitaria de la población y las ofertas de los sistemas integrados o redes de atención sanitaria (RAS). En la realidad brasileña, las directrices⁶⁻⁷ establecen flujos y servicios, que tienen como objetivo proporcionar universalidad, integralidad y equidad de la salud a la población. Entre ellos, cabe destacar los Centros de Regulación Interna, que constituyen la interfaz con los Centros de Regulación de los distintos ámbitos de gestión, con el objetivo de satisfacer las necesidades de los usuarios, incluyendo las alternativas a las prácticas hospitalarias⁷⁻⁸.

Como parte del cuerpo de RAS de la capital paranaense, el Complejo Hospitalario de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná (CHC-UFPR) experimenta este desequilibrio diario entre ofertas y demandas, desafiando así la gestión institucional para promover ajustes sistemáticos que contribuyan al equilibrio y la continuidad de la atención. En este contexto de autorregulación, y buscando atender el perfil de los pacientes clínicos con múltiples comorbilidades y de difícil manejo, el CHC-UFPR implementó en 2017 el Modelo de Gestión de Alta del CHC y, por ello, este artículo tiene como objetivo presentar el diseño e implementación del Modelo de Gestión de Alta del Complejo Hospitalario de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná.

MÉTODO

Este es un informe de experiencia profesional sobre el diseño e implementación del Modelo de Gestión de Altas de CHC, que se produjo en el mayor hospital público de enseñanza de Paraná - Brasil, entre los años 2017 y 2020. El proceso de diseño incluyó visitas técnicas, investigaciones desarrolladas sobre el tema y el uso de apoyo metodológico.

La concepción del Modelo de Gestión de Altas de CHC tuvo como fuentes de información las investigaciones desarrolladas en el contexto institucional¹¹⁻¹² y las experiencias en el escenario internacional, producto de un estudio multicéntrico entre Portugal, España y Canadá¹³⁻¹⁵, además de la legislación nacional específica⁷. Esta propuesta permitió la construcción de un modelo híbrido, diseñado a partir de experiencias exitosas y necesidades del servicio y de la RAS.

El modelo se estructuró bajo los supuestos equipo exclusivo con énfasis en la enfermera de enlace (profesional responsable de coordinar el alta en lo que respecta a la transferencia de información del hospital a la APS, es decir, hace de enlace entre los pacientes, la familia, los profesionales y la atención ambulatoria)¹¹; centralizado en la Unidad de Regulación Asistencial; identificación precoz de los pacientes según los criterios de inclusión establecidos por el equipo del servicio (portadores de enfermedades crónicas de difícil control; en cuidados paliativos; con necesidad de continuidad de cuidados en el domicilio; en uso de dispositivos de soporte ventilatorio, alimentación u otro dispositivo sanitario; pacientes con importantes fragilidades sociales y situaciones de dehospitalización); institucionalización de la contrarreferencia utilizando recursos digitales como la historia

clínica electrónica y la comunicación oficial por correo electrónico; integración con las Secretarías Municipales de Salud y con la Secretaría de Salud del Estado.

La implementación se apoyó en el soporte metodológico del Modelo Lógico (ML) para la planificación, ejecución del piloto y consolidación. El ML surgió en Alemania como recurso metodológico para sistematizar y orientar la planificación de proyectos de forma sistemática y visual⁹. La planificación realizada con la construcción esquemática del ML en salud, permite una mejor comprensión de las intervenciones a través de detalles que involucran a los actores, la estructura, los recursos, los objetivos y las evaluaciones con un seguimiento progresivo de las intervenciones¹⁰.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Complejo Hospitalario de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná, con el n° 3.409.894, de junio de 2019.

RESULTADOS

La línea de tiempo, presentada en la Figura 1, trae las principales etapas que se detallarán a continuación. La implementación comenzó con la planificación mediante el ML, destacando: la definición de los objetivos iniciales, intermedios y finales de esta fase; y la definición de los recursos humanos, físicos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades. Las instituciones implicadas fueron una parte esencial, representando la articulación y la contractualización entre CHC-UFPR y los gestores municipales y estatales.



Figura 1 - Línea de tiempo de la concepción e implementación del Modelo CHC - de Gestión de Altas. Curitiba, PR, Brasil, 2020

Fuente: Autores (2020).

Las actividades generales y específicas fueron diseñadas por los coordinadores y los primeros profesionales vinculados al servicio e implicaron: la profundización teórica del tema, la construcción de flujos de trabajo y algoritmos; los procedimientos operativos estándar, la selección de los criterios de inclusión de los pacientes; el establecimiento de la

mediación y la comunicación con el RAS; y la producción de la identidad visual y el material de difusión. En esta fase se identificaron las barreras y los facilitadores del proceso de implantación, presentados, respectivamente, como la limitación numérica de profesionales exclusivos del servicio y la existencia de una política interna de apoyo al modelo de Gestión del Alta del CHC.

Tras la fase de planificación, en el segundo semestre de 2017 se inició la ejecución de un estudio piloto en tres unidades de hospitalización con la selección de nuevos miembros del equipo, denominados enfermeros de enlace. Los profesionales fueron identificados y seleccionados en función de las competencias individuales mediante el análisis del currículo, la experiencia clínica, la toma de decisiones, el conocimiento del RAS, la capacidad de comunicación y la empatía.

Tras un periodo de seis meses, el modelo se oficializó e institucionalizó en una ceremonia en la que participaron gestores sanitarios de las esferas institucional, municipal, estatal y federal, lo que supuso el inicio de una fase de consolidación. La figura 2 representa el modelo de gestión del CHC.

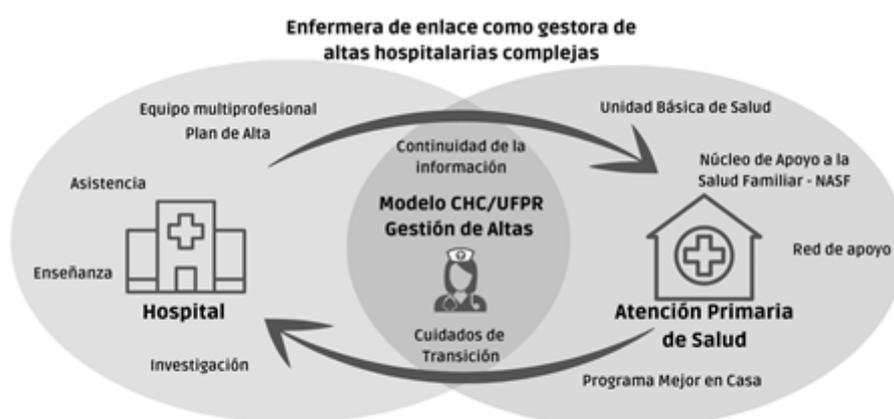


Figura 2- Modelo CHC - de Gestión de Altas. Curitiba, PR, Brasil, 2020 Fuente: Autores (2020).

Para el proceso de ampliación en todas las unidades del hospital, el servicio contaba con cinco enfermeras de enlace, y cada una era responsable de aproximadamente 100 camas. Se utilizaron estrategias como: divulgación de las atribuciones del servicio de Gestión de Alta al equipo multiprofesional a través de reuniones clínicas y administrativas; boletines electrónicos, impresos y digitales; clases para los profesionales residentes y eventos de integración para los nuevos profesionales; divulgación de los indicadores; y visitas diarias a las unidades de hospitalización para la divulgación e identificación de los pacientes que cumplían los criterios para la gestión de alta.

La captación de pacientes se produjo a partir de las solicitudes de cualquier miembro del equipo multiprofesional o de la búsqueda activa a través de las visitas a las unidades. La figura 3 muestra el flujo de admisión de pacientes y la gestión de las altas.



Figura 3 - Flujo de captación y gestión del alta hospitalaria en el Modelo de Gestión de Altas Hospitalarias del CHC-UFPR. Curitiba, PR, Brasil, 2020

Fuente: Autores (2020).

A partir de la identificación de los criterios y la selección de los pacientes con potencial beneficio de la gestión del alta, las enfermeras de enlace inician la articulación con los puntos del RAS mediante mensajes de correo electrónico, documentos impresos y llamadas telefónicas. El contacto temprano con el equipo de APS permite la planificación y organización de la asistencia para la continuidad de los cuidados, incluyendo a los pacientes con soporte ventilatorio domiciliario, rehabilitación y servicio de atención domiciliaria. El intercambio de información se produce en las historias clínicas electrónicas y en el correo electrónico, e incluye los resúmenes de alta, el plan de cuidados, las prescripciones de suministros y los exámenes realizados durante la hospitalización.

Una nueva ampliación incluirá la gestión del alta ambulatoria mediante la creación de servicios de apoyo a los pacientes externos con la definición de protocolos conjuntos entre el hospital y la atención primaria. Este proyecto reforzará la resolutivez de los pacientes vinculados al CHC-UFPR y de los que necesitan estabilización antes de ser derivados a la APS.

Actualmente, el servicio es un campo de prácticas para los enfermeros residentes y recibe a profesionales de otras instituciones para intercambiar experiencias. Además, se han desarrollado investigaciones para crear indicadores que puedan medir el impacto de la implantación de este modelo en cuanto a la reducción del tiempo de hospitalización, la reducción de los costes institucionales y el impacto en la atención.

CONCLUSIÓN

La implantación del Modelo de Gestión de Altas de CHC en un hospital público, terciario y docente supuso una innovación y un reto. Demostró ser eficaz en lo que se propuso, se consolida como herramienta administrativa y como estrategia de contrarreferencia para los pacientes considerados consumidores potenciales de servicios sanitarios.

Evitar las discontinuidades en los cuidados asistenciales, promover la seguridad de los pacientes y familiares, optimizar las camas de hospitalización e insertar a los pacientes complejos en la agenda de la APS son algunas de las aportaciones del modelo que pueden servir de ejemplo para otras instituciones y como evidencia de un nuevo campo de trabajo para las enfermeras.

La expansión de este modelo es consecuencia de su exitosa implantación y consolidación. La ampliación del modelo a los ambulatorios y al Centro de Cuidados de Transición representa una inversión en la gestión de las enfermedades crónicas, contribuyendo a la eficacia de la continuidad de la atención.

REFERENCIAS

1. IBGE. Dados do Censo 2010. Diário Oficial da União [Internet]. 2010. [acesso em 10 dez 2020]; 4 nov. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=31.
2. World Health Organization. WHO Global NCD Action Plan 2013-2020. [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2013.[acesso em 23 jun 2021]; Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=50A513BE77A1D19CDA8BCC40DDA1F3C0?sequence=1.
3. Peiter CC, Santos JLGdos, Lanzoni GM de M, Mello ALSF de, Costa MFBNA da, Andrade SR de. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. Esc. Anna Nery [Internet]. 2019. [acesso em 23 jun 2021]; 23(1): e20180214. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0214>.
4. Santos NR dos. 30 years of SUS: the beginning, the pathway and the target. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 [acesso em 23 jun 2021]; 23(6): 1729-1736. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>.
5. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC de, Silva MMA da, Freitas MI de F, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev Saude Publica [Internet]. 2017 [acesso em 23 jun 2021]; 51Supl 1:4s. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
7. Brasil. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.observatoriahospitalar.fiocruz.br/biblioteca/manual-de-implantacao-e-implementacao-do-nir-nucleo-interno-de-regulacao-para-hospitais>.
9. Cassiolato M, Guerresi S. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. [Internet]. Brasília: IPEA; 2010. [acesso em 23 jun 2021]; Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5810/1/NT_n06_Como-elaborar-modelo-logico_Disoc_2010-set.pdf.
10. Ferreira L, Ribeiro MS, Oliveira LZde, Szpilman ARM, Esposti CDD, Cruz MM da. Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. Trabalho,

Educação e Saúde [Internet]. 2020 [acesso em 23 jul 2021]; 18 (2) e0026294. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00262>.

11. Bernardino E, Segui MLH, Lemos MB, Peres AM. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2010. [acesso em 23 jul 2021]; 63 (3): 459-463. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300018>.

12. Ribas E do N, Bernardino E, Larocca LM, Poli PP, Aued GK, Silva CPC da. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 23 jul 2021]; 71(Supl 1): 546-553. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>.

13. Martins MM, Aued GK, Ribeiro OMPL, Santos MJ, Lacerda MR, Bernardino E. Discharge management to ensure continuity of care: experience of portuguese liaison nurses. Cogitare Enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 23 jul 2021]; (23)3: e58449. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>.

14. Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2019 [acesso em 23 jul 2021]; 27: e3162. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>.

15. Costa FBNAC da, Andrade SR de, Soares CF, Pérez EIB, Tomás SC, Bernardino E. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. Rev. enferm USP [Internet]. 2019 [acesso em 23 jul 2021]; 53: e03477. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>.

COMPLEX CLINICAL HOSPITAL MODEL OF DISCHARGE MANAGEMENT: CONCEPTION AND IMPLEMENTATION

ABSTRACT

Objective: to present the conception and implementation of the Discharge Management Model of the Clinics Hospital Complex of the Federal University of Paraná. Method: experience report occurred between 2017 and 2020, about the design and implementation of the Discharge Management model with support of the logic model. Results: continuity of care and case management are operationalized by a dedicated team of liaison nurses who manage and counter-reference care to primary care and other points in the health care network. Conclusion: discharge management has been consolidated as a managerial strategy that integrates the health care network, avoids discontinuities in care, promotes patient and family safety, and optimizes beds, and inserts complex patients into the primary care agenda. It contributes to the continuity of care and represents evidence of a new field of work for nurses.

DESCRIPTORS: Health Services Administration; Patient Discharge; Health Services; Continuity of Patient Care; Nursing.

Recibido en: 05/01/2022
Aprobado en: 23/05/2022

Editor asociado: Luciana Kalinke

Autor correspondiente:

Elizabeth Bernardino

Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil

Rua Francisco Querino de Lima, 199, casa 09, São Braz, CEP 82015-360, Curitiba, PR.

E-mail: elizaber@ufpr.br

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - Bernardino E, Selleti JD do N, Silva OBM da, Gallo VCL; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Bernardino E, Selleti JD do N, Silva OBM da, Gallo VCL, Vilarinho J de OV, Silva OL dos S, Rorato C; Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - Bernardino E, Selleti JD do N, Silva OBM da. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).