

#3

Transiciones al tercer nivel de atención

Colaboración especial de la Comisión de Clínicas de Rehabilitación

Dr. Roberto Martínez / Hospital Italiano de La Plata
Dr. Gerardo Bozovich / Genea Centro Médico
Dr. Fernando Planells / Clínica Basilea
Dr. Mario Sibilla / CIAREC

Por la Comisión de Dirección Médica
de la Asociación de Clínicas, Sanatorios
y Hospitales Privados de la República Argentina
(ADECRA)

Año 2018

Introducción

El tercer nivel de atención, por definición, comprende las instituciones sanitarias equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y mayor aparatología. Estas instituciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas -traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular y otras-, infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos, unidad de terapia intensiva y unidades coronarias.



No deben verse estos niveles de atención de manera aislada sino como parte del sistema sanitario, donde el paciente transita, de acuerdo a sus necesidades y a criterios del equipo de salud, en una estrecha interrelación, a través de un sistema de referencia y contrarreferencia.

Dicho sistema es un conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, establecidos para asegurar la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, de manera oportuna, eficaz y eficiente, transfiriéndolo de establecimientos de salud de menor capacidad resolutive a otros con mayor complejidad para la resolución de problemas.

De acuerdo a la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, el tercer nivel de atención comprende todas las acciones y servicios que, por su alta complejidad médica y tecnológica, son el último nivel de referencia de la red asistencial.

Dentro de los objetivos del tercer nivel, se destacan:

- Garantizar la óptima capacidad de resolución de las necesidades de alta complejidad a través de equipos profesionales altamente especializados.
- Establecer articulaciones con los otros niveles y con otros componentes jurisdiccionales y extra jurisdiccionales del propio nivel, a fin de garantizar a las personas, la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención.
- Optimizar la gestión de camas de este nivel de atención.

Marco teórico y de referencia

En el caso de los prestadores de salud privados, en nuestro medio la interrelación entre niveles es sumamente engorrosa y, claramente, cada prestador intenta organizarse para poder cumplir con transiciones que aseguren calidad, seguridad y eficiencia de los procesos asistenciales que se lleven adelante.

Por esto, es importante conocer la problemática del sector prestador para evaluar posibles acciones de mejora.

Es de suma importancia conocer el grado de complejidad del paciente, la existencia de condiciones infectológicas que obliguen a su aislamiento, el pronóstico de recuperación y si esta última condición es conocida por sus familiares.

Una aproximación hacia la solución de esta problemática se basa, fundamentalmente, en una *adecuada comunicación* entre el derivador y el receptor del paciente.

El problema específico

Existe una suma de problemas en relación a este tipo de transiciones, tales como:

- Falta de camas en centros especializados para resolver las transiciones externas.
- Falta de equipo interno, especialmente en el derivador, para gestionar las altas complejas, en las que deben estar incluidos este tipo de pacientes.
- Falta de financiamiento adecuado para la derivación.
- Financiadores sin la cultura del manejo de las transiciones por los distintos niveles de atención.
- Falta de provisión, por los financiadores de medicamentos e insumos, para la correcta transición: oxígeno domiciliario, antibióticos, heparinas de bajo peso molecular para prevención de ETEV, camas, etcétera.
- Falta de organización de sistema de referencia y contra referencia entre los prestadores privados.

- Falta de cultura del paciente y la familia para comprender la importancia de la derivación al centro adecuado de manera oportuna. No todos los casos se pueden atender en el mismo lugar.

Algunas de las patologías de difícil transición en nuestro medio son:

- Respirados crónicos.
- Trauma raquímedular.
- Secueles de origen cerebral: stroke, trauma encefálico, etcétera.
- Post operatorios de cirugías complejas traumatológicas.
- Pacientes oncológicos en cuidados paliativos.
- Pacientes colonizados con gérmenes resistentes: se requiere trabajo intensivo del Comité de Infectología para reducir estos casos y franquear esta barrera.

Objetivos

Objetivo general

El propósito del trabajo conjunto de la Comisión de Directores Médicos de ADECRA y la de Centros de Tercer Nivel es consensuar y publicar criterios para adecuar las transiciones al tercer nivel desde los centros que requieran la transferencia y viceversa, asegurando la continuidad de la atención.

Normativizar y organizar los procesos administrativos y asistenciales del sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención.

Objetivos específicos

- Establecer los procedimientos para la articulación y operatividad del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Generar criterios de ingreso a las instituciones de Tercer nivel, basados en las necesidades del paciente para gestionar, de manera oportuna y eficiente, las camas de este estrato de atención.
- Generar criterios de ingreso de las instituciones de Tercer nivel a los centros de segundo nivel, basados en las necesidades del paciente para gestionar, oportuna y eficientemente, las camas de este estrato de atención.
- Optimizar los flujos de referencia y contrarreferencia de usuarios entre los establecimientos de salud para garantizar transiciones seguras.

- Mejorar los niveles de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud de los diferentes niveles de atención. Acortar estadías en todos los niveles para disminuir las complicaciones relacionadas con internaciones prolongadas.

Desarrollo

Definir criterios de ingreso recíprocos:

- a. Indicaciones de pase de agudos a tercer nivel.
- b. Indicaciones de nueva transferencia a centro de agudos.
- c. Propuesta de profesionales encargados de la

comunicación entre una y otra institución.

- d. Formulario estandarizado para referencia y contrarreferencia. Se puede evaluar el desarrollo en formato mecánico digitalizado.

Proceso de referencia

Definición

Proceso administrativo-asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad de la atención de un usuario a otro establecimiento sanitario de mayor capacidad resolutive o cuando, desde consultorios externos periféricos, se

identifican signos de peligro, alarma o factores de riesgo en usuarios, y su necesidad de traslado hacia un establecimiento de mayor complejidad para ser atendidos.

Inicio del proceso

Referente institucional se contacta con referente de centro de tercer nivel para iniciar referencia del paciente. Con la referencia aceptada, el centro derivante se encarga de organizar y efectuar el traslado a un centro de referencia de acuerdo a los requisitos del paciente en cuestión, debiendo confeccionar la planilla de referencia que contendrá los siguientes datos, estructurados en cuatro grupos: (ver anexo 1)

- Datos generales
- Identificación del usuario
- Historia clínica
- Datos de la referencia

Datos generales: entre los elementos a definir en la planilla, destacamos la necesidad de **habitación individual** y su justificación, la mayoría de los centros de internación de cualquiera de los niveles interna en habitaciones compartidas, destinando las individuales a pacientes inmunosuprimidos, con requerimiento de aislamiento por gérmenes multirresistentes, con agitación psicomotriz, pacientes en hemodiálisis que no puedan ser trasladados -para dar lugar al equipamiento necesario para dicha práctica-, terminalidad muriente.

Identificación del usuario: se deberá contar con la totalidad de la información personal y psicosocial disponible.

Historia clínica: consignar claramente los datos relevantes del examen del paciente como, por ejemplo, su **estado de conciencia**, ya que algunos centros disponen de áreas especiales para aquellos pacientes con deterioro crónico del estado de conciencia y dependencia máxima de cuidados de enfermería.

Datos de la referencia: es fundamental aclarar el **grado de complejidad**, ya que éste define el área de internación. **Directivas anticipadas:** es necesario contar con dicha información antes del traslado y siempre por escrito.

Proceso de contrarreferencia

Definición

Proceso administrativo-asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad de la atención de un usuario a otro establecimiento sanitario de menor complejidad, para

continuar con los cuidados progresivos que requiere el paciente, garantizando la continuidad de la atención sanitaria.

Inicio del proceso

El equipo de altas complejas, constituido por un médico hospitalista, una trabajadora social y una administrativa, se encarga de relevar a diario las necesidades de planificación de altas, que requerirán del segundo o primer nivel de atención.

Se efectúa mediante la evaluación inicial para detectar casos complejos, registrando lo siguiente

- **Edad** $\geq$ 80 años.
- **Polifarmacia** (cinco o más medicamentos de consumo habitual).
- **Pluripatología** (tres o más patologías simultáneas, crónicas e incurables).
- **Deterioro funcional:** se considera deterioro funcional si el paciente necesita ayuda en forma frecuente para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, tales como prepararse la comida, manejar dinero, tomar la medicación, hacer compras, viajar solo en cualquier medio de transporte. Si presenta grado de dependencia moderado o severo y/o riesgo de deterioro cognitivo -episodios de delirium en internaciones previas u olvidos frecuentes-, no puede comprender indicaciones médicas.
- **Riesgo nutricional:** pérdida de más del 5% del peso corporal en el último año.
- **Estado general de salud:** dos o más internaciones en el último año.
- **Vive solo o permanece solo la mayor parte del día.**

- **Procedimiento/patología aguda de alto riesgo:** ACV, IAM, ICC, fractura de cadera, abdomen agudo, cirugía mayor.

Una o más de las condiciones anteriores sirven de guía para el equipo de altas complejas.

De acuerdo a la necesidad detectada, el referente institucional se contacta con el referente del centro de segundo o primer nivel, para iniciar la derivación.

Para esto, se deberá confeccionar la planilla de contrarreferencia (ver anexo 1).

Se debe analizar la constitución de un **grupo de trabajo asesor** para analizar casos de discrepancia o dificultades fuera de estándar, además de actualizar y asegurar la continuidad y el uso adecuado del presente documento. El grupo estará integrado, al menos, por un médico intensivista en representación de centros de agudos, un médico por centros de tercer nivel, un terapeuta respiratorio, un terapeuta físico y un médico infectólogo. El mismo debiera estar coordinado por un director integrante de la comisión de Directores Médicos de ADECRA y se renovará en los mismos términos y lapsos, previstos en el Reglamento de la Comisión de Directores Médicos.



Conclusión

El presente documento concluye en la manifiesta necesidad de contar con un proceso sistematizado para efectuar las transiciones al tercer nivel de atención y viceversa.

Aportamos un formato que facilita la organización del proceso en las instituciones en que el mismo se lleve a

cabo. Sirve, además, como primera experiencia organizativa, con la idea de que, poniéndolo en práctica, se mejore con el tiempo, a través del aporte continuo, en busca de soluciones a un problema cotidiano.

Anexo 1

FORMULARIO DE REFERENCIA / CONTRARREFERENCIA <i>Recomendamos enviar la planilla de referencia al financiador del paciente</i>					
1. DATOS GENERALES					
Establecimiento de origen de la referencia:					
Establecimiento de destino de la referencia:					
Motivo de traslado:					
Cama individual:	SI	NO	Justificación:		
2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO					
Apellido y nombre:					
Obra social o prepaga:			DNI:		
Edad:	Género:		Domicilio:		
Teléfono:	Cel:		Email:		
Responsable:					
3. HISTORIA CLÍNICA					
Motivo de consulta:					
Motivo de internación:					
Enfermedad actual y sus antecedentes:					
Examen Físico: T:	TA:	FR:	FC:	Peso:	Talla:
SatO2:HGT:					
Traqueotomía	SÍ	NO			
Sonda vesical	SÍ	NO			
Gastrostomía	SÍ	NO			
Sonda Naso-enteral	SÍ	NO			
Escaras	SÍ	NO			
ARM	SÍ	NO			
Catéter venoso central	SÍ	NO			
Hemodiálisis	SÍ	NO			
Alimentación parenteral	SÍ	NO			

Nivel de conciencia:		
Datos relevantes del examen físico:		
Evaluación fisiátrica de egreso:		
Diagnóstico presuntivo:		
1)	2)	3)
Tratamiento:		
4. DATOS DE LA REFERENCIA		
Responsable de la referencia:		
Responsable de la recepción:		
Grado de complejidad:		
Directivas anticipadas: SI NO (En caso de que existan, acompañar con la documentación pertinente)		

Anexo 2

Aislamiento infectológico de pacientes internados

La prevención y control de las infecciones nosocomiales están basadas, principalmente, en todas aquellas medidas que impiden que el agente infeccioso entre en contacto con el huésped susceptible.

Una de estas medidas es el aislamiento de pacientes colonizados o infectados, de los huéspedes susceptibles durante el período de transmisibilidad de la enfermedad en condiciones que permitan cortar la cadena de transmisión de la infección.

Por lo tanto, es imprescindible normativizar las recomendaciones para minimizar y evitar la diseminación de microorganismos al paciente, todo personal del hospital, comunidad y medio ambiente.

Recomendaciones actualizadas de vigilancia y aislamiento

- Cada institución tiene que decidir sus propios controles y definiciones de aislamiento.
- Lo más relevante es la higiene hospitalaria, sobre todo la limpieza de equipos biomédicos, lavado de manos y uso racional de antibióticos.
- Hacer hisopado rectal y naso faríngeo de vigilancia activa una vez por semana, en unidades cerradas o en pacientes de alto riesgo, cualquiera sea el ámbito de internación. Se deben buscar pacientes colonizados y/o infectados con Bacilos Gram negativos resistentes a los Carbapenem: Acinetobacter, Pseudomonas y

Enterobacterias productoras de Carbapenemasas (KPC). En estas últimas, hay que tener en cuenta que cada dos colonizados por KPC uno se infecta, y que los infectados tienen 40% de mortalidad. Se pueden aislar dos pacientes de KPC en la misma habitación, recomendando esta indicación sólo en el caso de no disponer de habitación individual.

- Otros pacientes que deben aislarse son aquellos con diarrea asociada a Clostridium Difficile.

Informe infectológico

HISOPADO	SI	NO	Germen:
AISLAMIENTO	SI	NO	Germen:

Bibliografía

- Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires Ley 153.
- “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”, Arch Med Interna 2011; XXXIII (1):11-14 11 © Prensa Médica Latinoamericana.

Adecra

Adecra > Montevideo 451 Piso 10º, CABA - (C1019ABI)
Tel: (54 11) 4374-2526 Fax: (54 11) 4375-2070
www.adebra.org.ar - info@adebra.org.ar