

## Categoría Trabajo enfermero

### Título “Enfermería, coordinada principal en el proceso del Mapa de Complejidad del paciente”

#### Resumen

Las instituciones sanitarias son organizaciones altamente complejas donde los pacientes requieren de una atención integral, lo que implica la necesidad de una coordinación de tareas y de procesos en un orden lógico para conseguir un resultado adecuado, un *output* aceptable

Actualmente asistimos a un cambio de paradigma. Tal es así que, en nuestra organización, hemos comenzado a trabajar en la gestión por procesos, donde el paciente se convierte en el eje esencial en torno al cual se planifican las actuaciones.

En nuestra organización llevamos arrastrando el problema de la equidad entre plantas desde hace mucho tiempo. Los pacientes son distribuidos en las diferentes Unidades, tanto desde UCI como desde el Hospital de origen, con el criterio de “APROVECHAR CAMAS LIBRES”, criterio que no tiene en cuenta la complejidad del paciente.

De esa necesidad de equilibrar cargas de trabajo, surgió el subproceso “Mapa de Complejidad del paciente” en el que intervienen profesionales de distintas categorías todos ellos coordinados por una supervisora de enfermería, que ha intentado ejercer un liderazgo coherente orientado al paciente, el desarrollo e implicación de los profesionales desde el aprendizaje continuo, la innovación y la mejora para poder prestar una atención de calidad.

## Justificación

La frase de Bill Gates “Aprender de los errores y la mejora constante es la clave de todas las empresas de éxito”, es el punto de partida de nuestro trabajo.

Las instituciones sanitarias son organizaciones altamente complejas y avanzan a un ritmo vertiginoso. Actualmente asistimos a un cambio de paradigma. Estamos pasando de una organización vertical (piramidal) a una organización transversal que ofrece a los profesionales un motivo de crecimiento personal y profesional y que orienta todas sus acciones alrededor del paciente.

En nuestro hospital hemos comenzado a trabajar en la gestión por procesos y uno de ellos es el proceso de “Criterios de ingreso” o “mapa de complejidad”.

El proceso se define como “un conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido”.

Esas actuaciones deben estar orientadas al paciente, han de ser innovadoras y flexibles.

Pero ¿Quién debe liderar los procesos?

Los procesos deben ser liderados por los propios profesionales, desde su definición hasta la priorización de los problemas a resolver, ya que de esta manera los hacen propios. Estamos pues, ante una cultura de cambio.

Los pacientes que ingresan en nuestra institución tienen una idiosincrasia propia. En nuestra organización, llevamos arrastrando el problema de la equidad entre plantas desde hace mucho tiempo.

Los pacientes son distribuidos en las diferentes Unidades, tanto desde UCI como desde el Hospital de origen, con el criterio de “APROVECHAR CAMAS LIBRES”, criterio que no tiene en cuenta la complejidad del paciente.

Por otra parte, los Hospitales de Origen, no proporcionan una información completa acerca del estado del paciente, por miedo quizá a que su ingreso sea rechazado. Esto genera una visión distorsionada acerca del estado real del paciente.

Y, sobre todo, esta distribución tan desigual de las cargas de trabajo, genera problemas para el paciente, centro de nuestra atención, a la hora de asistir a las terapias necesarias para su Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia.), así como a la hora de asistir a consultas y/o pruebas complementarias. (Psicología, Medicina Interna, Urología...).

¿Por qué ocurre esto último? Porque la distribución aprovechando “las camas libres”, genera que haya Unidades donde se concentran pacientes con lesiones muy altas y, por tanto, mayor nivel de dependencia, en contraposición con otras donde los pacientes presentan niveles más bajos de lesión, así como menor índice de complicaciones, comorbilidad, etc.

Todo ello supone una disminución en la calidad de la atención que reciben.

Surgió, pues la necesidad de analizar las cargas de trabajo de las diferentes Unidades. Tras dicho análisis, reafirmamos la diferencia en cuanto a número de ingresos, concentración de pacientes con mayor nivel de dependencia, pacientes quirúrgicos, etc.

Se hacía patente la necesidad de facilitar el flujo de pacientes entre Unidades y distribuir de manera balanceada las cargas de trabajo.

Con ello pretendíamos:

1. Mejorar la fuente de información del Hospital de origen. Con ello podremos atender con más seguridad a los pacientes y ello les generará más satisfacción.
2. Lograr la equidad entre plantas, lo que derivará en mayor satisfacción de los profesionales.
3. Equilibrar las cargas de trabajo, con lo cual se distribuirá de mejor manera a los pacientes

## Desarrollo

Se constituyó un equipo de trabajo multidisciplinar integrado por 11 profesionales: 3 Supervisoras de Enfermería, 1 Enfermera de Neurología, 3 médicos rehabilitadores, 1 fisioterapeuta, 1 supervisora de Terapia y 1 administrativa del Servicio de admisión.

Se trata de un equipo “vivo”, pues comenzó con unos componentes, en algún momento, algún miembro se desvinculó y otros se fueron uniendo.

Uno de los aspectos que evidencian el cambio de paradigma al que estamos asistiendo, es que la coordinación del equipo ha sido llevada a cabo por una Supervisora de Enfermería. Se reconoce así la importancia de incluir a las enfermeras como profesionales motivadores de cambio.

Sin pretenderlo, Enfermería, se vio ejerciendo una función de liderazgo. Y aunque hay multitud de definiciones, me quedo con aquella que la define como: “Actitud que asumen las personas que buscan algo distinto, algo nuevo, novedoso o provechoso, pero en compañía de los demás individuos”.

El plan de acción consistió en establecer reuniones semanales de una hora de duración desde los meses de Julio a diciembre del año 2020 con el objetivo de estandarizar los criterios de ingreso en planta.

Para ello se realizó búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (SciELO, Pubmed, Dialnet, Scopus) en la búsqueda de escalas validadas que se adaptaran al perfil de nuestros pacientes y poder equilibrar las cargas de trabajo.

En dichas reuniones se realizaban repartos de tareas, se establecían tormentas de ideas (brainstorming) se concretaba la fecha de las próximas reuniones, etc.

Simultáneamente la coordinadora, establecía reuniones con otros profesionales implicados en el proceso (informática, asesores, Gerencia, director de Enfermería), compartía novedades con el equipo a través de e-mail, vía telemática.

Sobre los resultados que hemos obtenido:

- ✓ Hemos realizado un formulario de criterios de ingreso, con 14 ítems cuya puntuación total es de 48 puntos. Estos criterios de ingreso determinan la “carga de trabajo “que genera cada paciente. Anexo 2 página 1
- ✓ A su vez se ha traducido la escala validada de Complejidad en Rehabilitación, que recoge la intervención de los profesionales implicados en la atención de nuestros pacientes y que arroja un total de 15 puntos. Anexo 2 página 2
- ✓ Se ha establecido un diagrama de flujo del paciente desde el Hospital de Origen y/o UCI, hasta las Unidades de Hospitalización. Anexo 3.

De esta forma, El Servicio de Admisión de nuestro hospital, envía el formulario de criterios de ingreso al Hospital de origen, que lo rellena y lo remite de nuevo a Admisión.

Con la puntuación que arroja el paciente, Admisión le ubica atendiendo a esa complejidad, en la Unidad que corresponda y envía el formulario ponderado a la supervisora de la Unidad a la que ingresa.

Por su parte, el Médico de la Unidad, a las 72h, reevalúa de nuevo dicho formulario y envía a la Supervisora de Enfermería, la puntuación obtenida. Con este paso, podemos valorar si la Complejidad del paciente es la misma, menor o superior, ala que tenía al ingreso.

Y, por último, la 3ª semana de cada mes, la Supervisora de cada Unidad evalúa la complejidad de cada paciente atendiendo a la escala de valoración que hemos traducido.

Por tanto, cada paciente agudo que ingresa en nuestro hospital, tiene 3 puntuaciones cuya suma total nos da una idea certera de su complejidad. Son las Supervisoras de Enfermería, las que se encargan de evaluar y volcar toda la puntuación, en la carpeta correspondiente a cada Unidad.

A su vez la coordinadora del equipo, realiza la escala de complejidad de su Unidad y se encarga de recordar vía e-mail, la 2ª semana de cada mes, a sus compañeras de la realización de esta valoración.

Desde el mes de diciembre 2020 se está pilotando este proceso, que está ayudando a balancear cargas de trabajo y del que se pueden extraer líneas de mejora, como camino hacia la excelencia en los cuidados.

Nos estamos encontrando también con limitaciones relacionadas con la resistencia al cambio de algunas de las personas implicadas en este proceso.

La supervisora que coordina este proceso, está realizando reuniones tanto con el equipo como con las distintas Direcciones, las personas, tendiendo puentes que nos ayuden a superar las diferencias que nos alejan de nuestro objetivo final.

Actualmente la Coordinadora de este proceso está trabajando junto con el Servicio de Informática, para comenzar la implementación del Mapa de Complejidad, a nuestro programa informático.

## Conclusiones

Enfermería ha sido la palanca de cambio que ha posibilitado transformar nuestra manera de trabajar, junto con la corresponsabilidad de todos los actores implicados.

Se ha puesto de manifiesto que las enfermeras somos capaces de liderar proyectos.

La coordinadora ha tenido siempre presente que iba a trabajar para señalar el camino, simbolizando lo que realmente importa, es decir, el paciente, haciendo que el equipo se sienta orgulloso de su trabajo y obteniendo todo el potencial de cada una de las personas que lo forman.

El Mapa de Complejidad aporta una manera de trabajar sistemática y concreta, generando una puerta de entrada única del paciente.

Nos ha permitido alcanzar los objetivos estructurando los conocimientos y la comunicación del equipo, siempre centrados en los pacientes.

Hemos identificado oportunidades de mejora como estrategia hacia la excelencia.

Si hay una frase que defina esta “aventura”, como coordinadora de este proceso, es la de Farber “El liderazgo es un deporte extremo, intensamente personal e intrínsecamente vertiginoso”.