

Global Clinical Journal

Conectando y desarrollando nuestra comunidad médica para servir mejor a las personas



*Unidos de Corazón, Oliva Allamand L., 2010
Clínica Santa María, Santiago, Chile*

Imagen de Portada

La pintura "Unidos de Corazón" fue creada por la artista Oliva Allamand L., junto con 100 niños que se sometieron a operaciones de corazón en la Clínica Santa María en Santiago de Chile. La pintura fue otorgada el 31 de julio de 2010 y está expuesta en la sala de espera de la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos Pediátricos en el Centro Cardiovascular de la Clínica Santa María.

Mensaje de la Directora Médica

Cuando era una joven médica recién graduada, recuerdo haber hecho el juramento hipocrático y reflexionado sobre la enorme tarea que tenía ante mí. Este momento era la culminación de mi sueño infantil de convertirme en doctora. Si bien mi trayectoria profesional ha tomado muchos caminos, incluida la medicina rural en Nigeria, la cardiología clínica en el Reino Unido, la medicina interna y geriátrica en los Estados Unidos, y ahora me desempeño como directora médica de una organización mundial de atención médica, el juramento hipocrático se ha mantenido constante en todo momento.

Los médicos que prestan el juramento hipocrático moderno se comprometen a lo siguiente: “Desempeñaré mi arte con conciencia y dignidad. La salud y la vida de mi enfermo será la primera de mis preocupaciones”. Todos los profesionales de la atención médica, clínicos y no clínicos, afirman este principio fundamental de una forma u otra a través de su trabajo diario. El principio es aplicable a los equipos de atención médica, a los sistemas y organizaciones y, por lo tanto, se aplica a todos nosotros.

Los valores de Nuestra Cultura United se alinean estrechamente con este principio fundamental y el mandato de que la atención médica que brindemos sea, en las palabras de Hipócrates “en provecho de los enfermos” a quienes servimos. La calidad clínica y la seguridad del paciente son fundamentales para nuestra misión, por lo que es una elección idónea como tema de la primera edición de la Global Clinical Journal.

Nuestros 54 hospitales, 225 clínicas y centros ambulatorios y casi 36.000 médicos participan en brindar atención a las personas que tenemos a nuestro cuidado todos los días. Es fundamental que proporcionemos una atención segura y de calidad óptima a los más de 7 millones de personas a las que tenemos el privilegio de servir. Nos ganamos el derecho de servir a nuestras comunidades, *en primer lugar, apartándolas de todo daño.*

Nuestro trabajo de calidad y seguridad del paciente se guía por tres pilares fundamentales:

- **Una visión centrada en el paciente:** estamos comprometidos a crear alrededor de cada persona un ecosistema de atención médica que garantice una calidad óptima y una atención médica segura, donde sea que encuentren nuestros servicios de atención, a lo largo de todo el curso de la atención.
- **Confianza, respeto e inclusión:** fomentaremos un entorno de confianza, respeto e inclusión para todas las partes interesadas, incluidos los integrantes del equipo y las personas a las que servimos.
- **Una cultura justa:** nos hacemos responsables al unirnos como un equipo para identificar y corregir las brechas en el diseño del sistema, la seguridad del paciente y el comportamiento humano.

La calidad y la seguridad del paciente siempre deberán estar presentes: simplemente no podemos hacer nuestro trabajo sin ellas.

El contenido de calidad y seguridad del paciente en esta edición refleja algunos de nuestros mejores aprendizajes clínicos de toda nuestra empresa. El contenido está destinado a audiencias tanto clínicas como no clínicas. Después de leerlo, espero que se sientan inspirados y listos para ayudar a dar vida a los tres pilares de calidad y seguridad del paciente.

Gracias por su colaboración y compromiso continuados mientras trabajamos juntos para *ayudar a las personas a llevar vidas más saludables y colaborar para que el sistema de salud funcione mejor para todos.*



Dra. Margaret-Mary G. Wilson, MBA, MRCP, FNMCP
Directora Médica y Vicepresidenta Sénior
UnitedHealthcare Global

Junta Consultiva del Global Clinical Journal

Dra. Margaret-Mary Wilson, MBA, MRCP, FNMCP

Directora Médica y Vicepresidenta Sénior
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
margaret.wilson@uhcglobal.com

Dr. Filipe Basto, AMH

Director Médico
Lusiadas Saúde
Portugal
carlos.goncalves.basto@lusiadas.pt

Dra. Claudia Boda, AMH

Directora, Gestión Sanitaria
Colmédica/Aliansalud
Colombia
claudialb@colmedica.com

Dr. Bernie Elliott

Director de Transformación Clínica
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
bernie.elliott@uhcglobal.com

Jack Ellis

Analista Comercial Sénior
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
jack.ellis@uhc.com

Dr. Pedro García Aspillaga, MBA

Director Médico
Isapre Banmédica/
Vida Tres
Chile
pgarcia@banmedica.cl

Hilary Lyon, RN, MPH, MBA

Vicepresidenta, Programas Clínicos Globales
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
hilary.lyon@uhcglobal.com

Dr. Jorge Ospina

Vicepresidente Médico
Clínica del Country/
Clínica La Colina
Colombia
jorge.ospina@clinicadelcountry.com

Dra. Lais Perazo, MBA

Directora Médica
Americas Serviços Médicos
Brasil
lperazo@uhgbrasil.com.br

Dr. Luis Ramírez

Director de Calidad y Seguridad
SANNA/Clínica San Felipe /Aliada
Perú
luis.ramirez@sanna.pe

Dra. Ana Ramos Rojas, MHM

Directora Médica
Pacífico
Perú
aramos@pacifico.com.pe

Dr. Alexandre Rosé

Director Médico
Amil
Brasil
arose@amil.com.br

Maria Frias Rosengren, MBA

Directora, Comunicaciones
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
maria.rosengren@uhg.com

Melinda D. Sawyer, DrPH, MSN, RN, CNS-BC

Vicepresidenta, Calidad Clínica y Seguridad del Paciente
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
melinda_sawyer@uhcglobal.com

Dr. Phil Sharples, MBBS, MRCP, DRCOG, DOccMed, DTM

Director Médico Sénior
UnitedHealthcare Global
Solutions
Reino Unido
phil.sharples@uhcglobal.com

Ali Tews

Director,
Desempeño Clínico Global
UnitedHealthcare Global
Chile
alison.tews@uhcglobal.com

Dr. Cristian Ugarte Palacios

Director Médico
Empresas Banmédica -
Prestación de Atención Médica
Chile
cugarte@empresasbanmedica.com

Mike Vaughan, MPP

Vicepresidente,
Economía de la Salud
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
mvaughan@uhc.com

Dr. David Velásquez

Echeverri
Director Médico
Colmédica/Aliansalud
Colombia
DavidV@colmedica.com

Olivia Young

Consultora de Comunicaciones
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
olivia.young@uhc.com

Comité Editorial

Dra. Margaret-Mary Wilson, MBA, MRCP, FNMCP

Directora Médica y Vicepresidenta Sénior
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
margaret.wilson@uhcglobal.com

Dr. Bernie Elliott

Director de Transformación Clínica
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
bernie.elliott@uhcglobal.com

Hilary Lyon, RN, MPH, MBA

Vicepresidenta, Programas Clínicos Globales
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
hilary.lyon@uhcglobal.com

Dr. Tomás Romero

Subdirector de Calidad
Clínica del Country/
Clínica La Colina
Colombia
tomas.romero@clinicadelcountry.com

Dr. Alexandre Rosé

Director Médico
Amil
Brasil
arose@amil.com.br

Cartas al editor:

Envíe sus comentarios, sugerencias y consultas a globalclinical@uhcglobal.com.

Índice

| | |
|--|----|
| Prescripción electrónica segura de medicamentos en los centros médicos de Colmédica, Colombia | 4 |
| Uso de la tecnología de la información para mejorar la comunicación y la seguridad en el Hospital de Cascais, Lusíadas Saúde, Portugal | 6 |
| Unidades de atención continua: prevención de hospitalizaciones innecesarias a través de la innovación, Brasil | 8 |
| Implementación de pautas de gestión de atención médica basadas en la evidencia en Empresas Banmédica, Chile | 10 |
| Soluciones para brindar calidad: informes breves | 12 |
| <i>Fomentar la participación de los pacientes en una cultura de seguridad: la importancia de la medicación crónica de alto riesgo</i> | 12 |
| <i>Gestión de antimicrobianos dentro de los hospitales</i> | 13 |
| <i>Prevención de infecciones adquiridas en el hospital a través de protocolos de mantenimiento en la intervención de infraestructura</i> | 14 |
| <i>Evaluación de la calidad de “Care in Motion” (Atención durante el transporte).</i> | 15 |
| Publicaciones recientes seleccionadas | 16 |
| Oportunidades educativas | 17 |

Prescripción electrónica segura de medicamentos en los centros médicos de Colmédica, Colombia

Introducción

Colmédica Medicina Prepagada, una filial de UnitedHealthcare Global, desarrolló un sistema de alertas automáticas en los registros médicos electrónicos que advierten a los médicos sobre errores de prescripción y los riesgos creados por el uso de ciertos medicamentos recetados en condiciones particulares del paciente.

La necesidad

En todo el mundo, los errores de prescripción de medicamentos se encuentran entre las principales causas de eventos adversos.¹ El sistema de alertas tiene como objetivo mejorar la seguridad de la atención médica al disminuir los errores y eventos adversos relacionados con los medicamentos.

El programa

Las siguientes alertas se desarrollaron para que aparezcan automáticamente cuando un médico esté actualizando los registros médicos de un paciente:

- **Dosis máxima:** indica si la dosis recetada supera la dosis máxima recomendada.
- **Interacciones farmacológicas:** indica que las interacciones entre los fármacos recetados pueden comprometer la eficacia o la seguridad del tratamiento.
- **Medicamento-edad:** indica los riesgos que los medicamentos recetados pueden presentar en los pacientes menores de 18 años y en las personas de edad avanzada.
- **Medicamento-embarazo:** indica si los medicamentos recetados crean o no riesgos durante el embarazo.
- **Medicamento-enfermedad:** indica los riesgos que pueden causar los medicamentos recetados debido a los antecedentes médicos del paciente.
- **Historial de alergias:** indica si el paciente tiene antecedentes de alergia a los medicamentos recetados o si existe un riesgo de hipersensibilidad cruzada.
- **Duplicación:** indica si los medicamentos recetados tienen el mismo principio activo o principios activos con acciones muy similares.

El procedimiento para desarrollar las alertas consistió en los siguientes pasos fundamentales:

- Selección de medicamentos para incluir en el sistema de alerta, teniendo en cuenta la frecuencia de la prescripción y el margen terapéutico.

- Definición de los parámetros para cada alerta.
- Implementación de los cambios necesarios en el registro médico electrónico.
- Introducción de la información necesaria obtenida de las bases de datos de referencia en la tabla paramétrica para generar las alertas.
- Pruebas previas a la implementación.
- Ajustes de acuerdo con los resultados de las pruebas.
- Emisión de un memorando de carácter informativo para el personal médico.
- Lanzamiento.
- Evaluación continua de los resultados y sus comentarios.

El equipo de desarrollo consistió en un farmacéutico, un epidemiólogo, un farmacólogo, un auditor médico, el gerente de Calidad Médica e ingenieros de sistemas.

La inversión para el desarrollo del sistema de alertas, incluidos los honorarios, el personal y los sistemas de información, fue de \$223.653 USD entre 2014 y 2018.

Resultados

Desde su implementación, el sistema ha generado un conjunto uniforme de tendencias, clasificadas por tipo de alerta de la siguiente manera:

Dosis máxima. Los fármacos involucrados con frecuencia en la alerta de dosis máxima fueron el esomeprazol y la desloratidina, que representaron el 55 % de estas alertas. Los errores de entrada de datos representaron el 7 % de las alertas.

Medicamento-edad. Después del lanzamiento de esta alerta en enero de 2018, las recetas de alto riesgo para menores de 18 años se redujeron estadísticamente. También se redujo la prescripción de relajantes musculares y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para las personas mayores de 60 años (consulte las Figuras 1 y 2).

Embarazo. Después del lanzamiento de esta alerta en 2017, no se generaron recetas para los medicamentos registrados en la tabla paramétrica con la categoría D o X de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU.

Medicamento-enfermedad. El lanzamiento de esta alerta en agosto de 2018 redujo el porcentaje de medicamentos recetados que pueden crear riesgos debido a los antecedentes médicos, desde un máximo del 24 % hasta apenas por encima del 2 % (consulte la Figura 3).

Lecciones aprendidas:

- Revisar por parte de los profesionales de la salud, todas las alertas de dosis durante las consultas, especialmente las alertas de dosis máxima que pueden ocurrir debido a los errores de ingreso de los datos y la selección inadecuada de la dosis.
- Optimizar el proceso de retroalimentación para los proveedores de atención médica y responsables de la emisión de recetas médicas.
- Crear un proceso para la actualización de alertas cuando surjan nuevas evidencias o necesidades, lo cual implica la incorporación de una mayor cantidad de medicamentos y la modificación de las alertas actuales según sea necesario.
- Diseñar una estrategia para optimizar la recopilación de datos para obtener un panorama más completo del impacto del proyecto, sin sobrecargar el sistema de registros médicos.

Conclusión

El sistema de alertas ha permitido detectar posibles causas de sobredosis y reducir la prescripción de los medicamentos que representan riesgos en niños, mujeres embarazadas, personas de edad avanzada y pacientes con comorbilidades. Una mejor recopilación de datos ayudará a determinar mejor el impacto total del programa. Finalmente, dado que el sistema se ha desarrollado en forma independiente, puede adaptarse fácilmente a las necesidades futuras de la organización y la población de pacientes.

¹ Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng>.

Autores

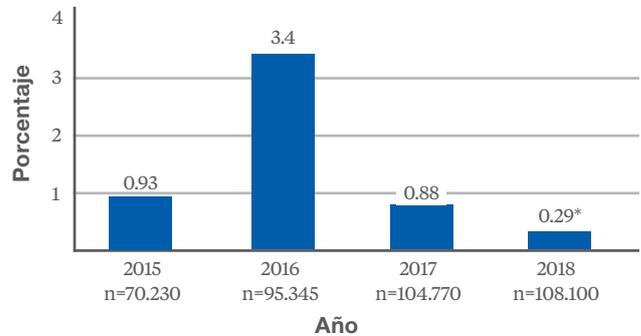
Dra. Irina Caro Cediel, médica; MSc en Gestión de Riesgos; especialista en Gestión de la Atención Médica y Auditoría de Calidad, Irinac@colmedica.com

Dr. Edgar Cortes Ostos, médico; MSc en Administración Sanitaria; especialista en Comercialización en EAFIT; especialista en Control de Calidad y Auditoría; MSc en Recursos Humanos, Edgarc@colmedica.com

Liliana Romero Ramos, enfermera; especialista en Epidemiología, Carolinar1@colmedica.com

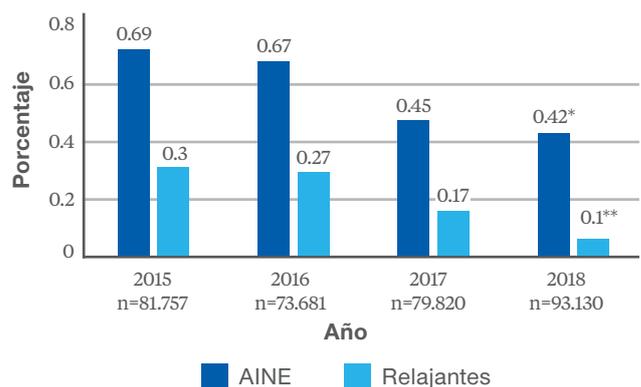
Dr. Gabriel Tribiño, médico; MSc en Farmacología, MSc en Epidemiología Clínica, Gabrielft@colmedica.com

Figura 1. Porcentaje de prescripciones incluidas en el subsistema medicamento-edad en relación con la cantidad total de consultas en pacientes menores de 18 años



* $p = 0,003$ frente a 2015, 2016 y 2017

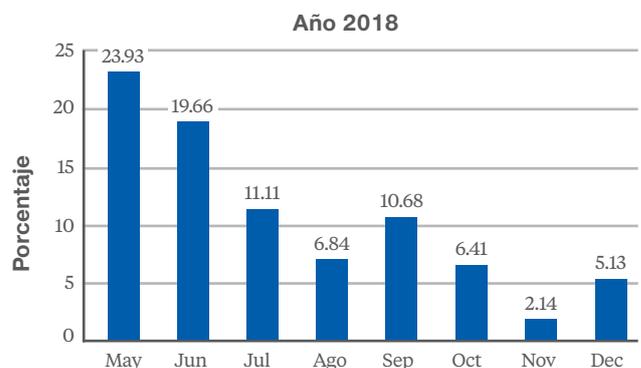
Figura 2. Porcentaje de las prescripciones de AINE y relajantes musculares en relación con la cantidad total de consultas en pacientes mayores de 60 años



* $p = 0,003$ frente a 2015 y 2016

** $p = 0,003$ frente a 2015, 2016 y 2017

Figura 3. Porcentaje de medicamentos recetados que presentan riesgos de acuerdo con los antecedentes médicos



Uso de la tecnología de la información para mejorar la comunicación y la seguridad en el Hospital de Cascais, Lusíadas Saúde, Portugal

Introducción

En diciembre de 2017, el Hospital de Cascais, parte de Lusíadas Saúde, se convirtió en el primer hospital en Portugal en obtener la certificación *Electronic Medical Record Adoption Model* (EMRAM) de la etapa 7 (el nivel más alto posible) por parte de la *Healthcare Information and Management Systems Society* (HIMSS). Este logro se debió a la adopción por parte del hospital de registros médicos electrónicos (EMR, por sus siglas en inglés) y otras tecnologías para mejorar los resultados y reunir a pacientes y médicos. Dos hospitales adicionales del sistema están en la certificación de la etapa 6, y Lusíadas Saúde tiene previsto ampliar los proyectos de certificación a los hospitales restantes de la red, lo cual añadirá valor tanto para los pacientes como para los médicos.

La necesidad

La tecnología a veces puede crear distancia entre los proveedores de atención médica y sus pacientes. Este trabajo en el Hospital Cascais demuestra que la tecnología — cuando se desarrolla con doctores y se involucra a los pacientes — puede unirlos y permitir una atención mejor y más segura.

El proyecto de cuidados óptimos

El Hospital de Cascais es una asociación público-privada: un hospital público con gestión privada de la operación clínica. Esta estructura única, un ámbito controlado de atención médica en ciertas especialidades y un equipo entusiasta y capacitado proporcionaron las condiciones ideales para embarcarse en el proceso de certificación de la HIMSS.

El proceso de implementación de tecnología de la clínica comenzó cuando el equipo identificó ineficiencias y lagunas en los procesos de enfermería, problemas que estaban causando la insatisfacción tanto de los empleados como los pacientes. Aunque existía alguna tecnología, no satisfacía las necesidades de los integrantes del equipo o de los pacientes.

Con un equipo multidisciplinario dirigido por el jefe de Informática de enfermería (CNIO) del Hospital de Cascais, se revisó y rediseñó todo el proceso de enfermería. Se introdujo una nueva tecnología para el beneficio de los pacientes, con la participación de todo el equipo médico. Este proyecto, denominado “Proyecto de cuidados óptimos” (alta tecnología + alta sensibilidad), encarna el espíritu que el equipo de Lusíadas Saúde aporta a todo lo que hacen para mejorar la atención hospitalaria.

Los elementos del proyecto de cuidados óptimos incluyen:

1. Herramientas de cabecera que permiten al personal de enfermería hacer sus rondas y tomar notas cerca del paciente.
2. Monitoreo en vivo de los signos vitales y la configuración del ventilador mecánico en la Unidad de Cuidados Intensivos que se transmiten en tiempo real a los registros médicos electrónicos del paciente.
3. Rastreo en tiempo real de la preparación, entrega y administración de los medicamentos y las transfusiones de sangre.
4. Uso de nuevos sistemas de apoyo para tomar decisiones clínicas por parte del equipo de cirugía de cadera del servicio de urgencias.

Resultados

Los circuitos cerrados respaldados por estos usos de la tecnología apoyan los “cinco elementos correctos” para la administración segura de medicamentos, sangre y leche materna: el paciente correcto, el fármaco correcto, el tiempo correcto, la dosis correcta y la ruta correcta. La recopilación, la preparación y la administración de estos componentes son totalmente rastreables y medibles, lo que permite al equipo cambiar comportamientos, y mejorar estos procesos y circuitos. Los circuitos cerrados no solo mitigan el riesgo, reducen los errores y mejoran la calidad, sino que también, contrariamente a la norma, acercan cada vez más a los profesionales de la salud a los pacientes. Después de la implementación de esta tecnología de cabecera, el índice Net Promoter Score de satisfacción del paciente aumentó de 37 a 63.

El programa de cirugía rápida de cadera del Hospital de Cascais es otro ejemplo de cómo el hospital ha utilizado la tecnología para facilitar la comunicación, mejorar los resultados y ayudar a los médicos a hacer su trabajo. Los sistemas de apoyo para la toma de decisiones se integran con el Sistema de Triage Manchester, que facilita la identificación de estos pacientes, acelerando el flujo general de pacientes en todo el hospital. Los mensajes activados por los EMR a los equipos de atención médica relevantes logran visitas oportunas de los equipos de anestesia y rehabilitación. Este programa ha reducido el tiempo de puerta-cirugía a un impresionante intervalo de 36 horas. También ha reducido la duración promedio de la estancia en cuatro días y, en consecuencia, las tasas de mortalidad hospitalaria han disminuido al 2,2 % para estos pacientes.

Lecciones aprendidas

El compromiso clínico y una mentalidad multidisciplinaria son clave. La participación de los médicos en los proyectos desde el inicio marca la diferencia. No solo entienden mejor los procesos de atención médica, incluido lo que debe mejorarse, sino que su participación también les da un verdadero sentido de propiedad de los cambios tecnológicos. Tener un liderazgo fuerte, claro y resistente, y una disposición para la inversión también fue crucial para el cambio. El equipo del Hospital de Cascais tuvo la suerte de contar con esta alineación para acelerar la toma de decisiones y capacitar a los equipos.

El proceso de ensayo y error fue un obstáculo, pero también hizo que el equipo reconsiderara las decisiones que no estaban funcionando. El equipo también aprendió que es importante celebrar los pequeños éxitos durante el proceso. Esto fortalece el espíritu del equipo y le da al equipo un impulso para continuar.

Conclusión

La tecnología, cuando se introduce con un compromiso clínico facultado, ofrece beneficios a los pacientes, incluidos menos errores y mejores resultados de salud. Seguramente hay más por aprender, pero ya tenemos una colección de estudios de casos en varias áreas de la clínica (financiera, de eficiencia, clínica, entre otras) que muestran claramente los beneficios del “antes y el después”. Las clínicas basadas en tecnología y datos podrán convertirse en organizaciones altamente confiables de manera más rápida y eficiente que aquellas que no lo son.

Este artículo ha sido traducido de la versión original en inglés.

Autores

Dra. Ana Alves Prado, Directora de Información Clínica,
Hospital de Cascais, Lusíadas Saúde.
ana.noeme.prado@hospitaldecascais.pt

Dra. Eduarda Reis, Presidenta, Consejo Médico de Lusíadas
Saúde; Directora Médica, Clínica de Cascais.
maria.eduarda.reis@hospitaldecascais.pt

Este trabajo en el Hospital Cascais demuestra que la tecnología — cuando se desarrolla con doctores y se involucra a los pacientes — puede unirlos y permitir una atención mejor y más segura.

Unidades de atención continua: prevención de hospitalizaciones innecesarias a través de la innovación, Brasil

Introducción

La sinergia entre los incentivos financieros basados en el volumen, el fácil acceso a los servicios de sala de emergencias (ER) y la falta de integración de los servicios de emergencia con la red de pacientes ambulatorios contribuyen a un aumento en las hospitalizaciones de corta estancia de baja complejidad clínica.^{1,2,3}

El equipo de Gestión Clínica de Amil perteneciente a UnitedHealth Group Brasil analizó 900.000 ingresos hospitalarios en 100 clínicas acreditadas de la red en los últimos tres años. Más del 50 % de los pacientes ingresaron provenientes de la sala de emergencias con afecciones de baja complejidad y fueron hospitalizados por menos de 48 horas. El estudio mostró que la mayoría de estos casos no requerían hospitalización y se habrían beneficiado del manejo de la atención del departamento de emergencias que estaba integrado con las instalaciones para pacientes ambulatorios.

La creación de la “Unidad de Cuidados Continuos” (UCC), o Unidad de Atención Continua, surgió de la necesidad de evitar hospitalizaciones innecesarias para este perfil de paciente y ofrecer servicios de alta hospitalaria posteriores a la atención de emergencia que proporcionan la continuidad de los servicios ambulatorios. El concepto de UCC incorpora elementos del modelo de atención de la unidad de observación de los Estados Unidos.

Implementación de la UCC

Las UCC son unidades que generalmente están ubicadas en el Área de Emergencias de la clínica y que brindan servicios bien definidos, específicos y clínicamente apropiados para afecciones de baja complejidad. Esto incluye tratamiento, diagnóstico y monitoreo continuo a corto plazo. La respuesta al tratamiento con las UCC determina si el paciente será posteriormente ingresado o dado de alta. No hay un tiempo establecido dentro del cual se deba tomar una decisión con respecto a si un paciente debe ser ingresado o dado de alta. Por lo general, estos pacientes casi nunca permanecen en la unidad por más de 24 horas.

Las primeras UCC se instalaron en clínicas que tenían una gobernanza clínica fuerte, altos niveles de compromiso médico y equipos de enfermería y médicos especialistas en emergencias altamente competentes. Estos criterios se consideraron fundamentales para mitigar el riesgo de comprometer la calidad clínica y la seguridad del paciente. Las condiciones clínicas elegibles para el modelo de UCC se seleccionaron en función de la complejidad, la experiencia de las clínicas y la especialidad del médico.

Los indicadores de desempeño clave fueron los siguientes:

- Cantidad de pacientes ingresados que cumplieron con los criterios de las UCC pero que no fueron ingresados
- Duración de la estadía en las UCC (en horas)
- Cantidad de ingresos hospitalarios evitados
- Tasa de conversión de UCC ER (% de pacientes ingresados en el hospital desde Urgencias (ER, por sus siglas en Inglés) y UCC)

Todos los pacientes dados de alta de las UCC se monitorean durante un mes para identificar si regresan a la sala de emergencias después del alta.

Afecciones elegibles para la atención en la UCC:

1. Anemia
2. Anemia drepanocítica
3. Asma
4. Cefalea
5. Celulitis (infecciones cutáneas)
6. Cólico renal
7. Convulsiones
8. Deshidratación (incluye hiponatremia y hipocalemia)
9. Dolor abdominal
10. Dolor lumbar
11. Dolor torácico
12. Fibrilación auricular
13. Gastroenteritis aguda
14. Infección de las vías urinarias
15. Insuficiencia cardíaca congestiva de bajo riesgo
16. Intoxicación exógena
17. Náuseas/vómitos
18. Neumonía
19. Presión arterial alta
20. Sangrado gastrointestinal inferior
21. Síncope de bajo riesgo

Resultados

Desde septiembre de 2018 hasta julio de 2019, se establecieron 24 UCC, y los resultados iniciales indican de manera sólida su potencial para contribuir a la mejora del sistema de salud en Brasil.

Desde la apertura de nuestra primera UCC, la cantidad de pacientes con los criterios apropiados que son ingresados en el modelo mensualmente ha aumentado de 62 a 3.078.

En este mismo período, el número de hospitalizaciones evitadas pasó de 13 casos a 920 casos (Tabla 1). Y, la duración de la estadía en el UCC disminuyó de más de 16 horas a 13 horas. Esto demuestra el potencial de madurez rápida y la escalabilidad a corto plazo.

En el Hospital da Luz y el Hospital Paulistano donde se instalaron las primeras UCC, las tasas de conversión de emergencia, comparando el cuarto trimestre de 2017 con el mismo período de 2018, cayeron 1,5 % aproximadamente en ambos hospitales (en el Hospital de Luz, del 7,98 % al 6,51 %; y, en el Hospital Paulistano, del 10,95 % al 9,46 %) (Tabla 2). Además, todos los pacientes dados de alta de las UCC fueron observados durante un mes, y hasta ahora no se han informado eventos adversos.

Análisis

Los ingresos hospitalarios inapropiados afectan negativamente la seguridad del paciente, aumentan el riesgo de complicaciones adquiridas en el hospital y aumentan el costo total de la atención. El modelo de las UCC facilita brindar una atención médica basada en la evidencia y rentable para las afecciones de baja complejidad y evita las ineficiencias causadas por ingresos hospitalarios inapropiados.

El paciente con perfil UCC tiene a su disposición un equipo totalmente dedicado para la resolución rápida y eficiente de su situación clínica. La programación de la consulta ambulatoria posterior al alta asegura la integridad de la atención.

El modelo de atención médica en UCC facilita el uso eficiente de los recursos hospitalarios y permite que los equipos de servicios hospitalarios centren su atención en pacientes que realmente necesitan atención hospitalaria.

Conclusión

UCC es un modelo de atención médica eficiente y rentable para condiciones de baja complejidad que genera valor para los pacientes, proveedores y pagadores. Nuestros resultados a corto plazo indican que este modelo es eficaz para reducir los ingresos a las salas de emergencias que puedan evitarse. La sólida calidad clínica y la supervisión de la seguridad del paciente son fundamentales para alcanzar óptimos resultados clínicos.

Este artículo ha sido traducido de la versión original en portugués brasileño.

¹Kenner, P.I., Wee, C.C.H. & Weber, D.G. World J Surg (2019) 43: 2186. <https://doi.org/10.1007/s00268-019-05026-7>

²Lin MP, Baker O, Richardson LD, Schuur JD. Trends in Emergency Department Visits and Admission Rates Among US Acute Care Hospitals. JAMA Intern Med. 2018;178(12):1708–1710. doi:10.1001/jamainternmed.2018.4725

³The hospital observation care problem. Perspectives and solutions from the Society of Hospital Medicine. Society of Hospital Medicine, Public Policy Committee, Septiembre 2017. <https://www.hospitalmedicine.org/globalassets/policy-and-advocacy/advocacy-pdf/shms-observation-white-paper-2017>

Autores

Dr. Fernando M. Pedro, MBA, Director Nacional de Gestión Clínica de Amil, fernando.pedro@amil.com.br

Dra. Ana Celia Bomfim, Gerente del Centro de Gestión Clínica de Amil Norte, abomfim@amil.com.br

Tabla 1

| | 2018 | | | | 2019 | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | Sep. | Oct. | Nov. | Dec. | Jan. | Feb. | Mar. | Abr. | May | Jun. | Jul. | |
| Ingresos en las UCC | 62 | 218 | 522 | 934 | 1,096 | 1,156 | 1,258 | 1,396 | 2,420 | 2,616 | 3,078 | |
| Hospitalizaciones evitadas | 13 | 78 | 188 | 325 | 365 | 362 | 389 | 435 | 735 | 834 | 920 | |
| Duración de la estadía en las UCC | 16:45 | 9:21 | 14:02 | 15:15 | 13:19 | 12:21 | 12:30 | 12:19 | 13:02 | 12:53 | 13:00 | |

Tabla 2

| | T1-2017 | T2-2017 | T3-2017 | T4-2017 | T1-2018 | T2-2018 | T3-2018 | T4-2018 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Índices de conversión de emergencias - Luz | 8,63 % | 8,58 % | 8,44 % | 7,98 % | 7,81 % | 7,50 % | 7,95 % | 6,51 % |
| Índices de conversión de emergencias - Paulistano | 11,43 % | 11,30 % | 10,85 % | 10,95 % | 11,50 % | 11,08 % | 12,25 % | 9,46 % |

↓
Implementación de las UCC

Implementación de pautas de gestión de atención médica basadas en la evidencia en Empresas Banmédica, Chile

Introducción

En noviembre de 2018, Isapre Banmédica, la empresa privada de seguros de salud de UnitedHealthcare Global en Chile, implementó un modelo de revisión clínica para pacientes hospitalizados basado en la evidencia que utiliza las pautas de atención médica MCG en la gestión de la atención médica de los miembros ingresados en hospitales de atención médica aguda en Chile. Las pautas proporcionan vías basadas en evidencia y herramientas de planificación que abarcan la continuidad de la atención para lograr que la atención médica basada en la evidencia se brinde en el momento correcto, en el lugar correcto y en el entorno correcto. Las pautas de atención médica basadas en la evidencia también apoyan la toma de decisiones clínicas eficientes, limitan los ingresos hospitalarios inapropiados, facilitan resultados clínicos óptimos y permiten transiciones eficientes entre los entornos.¹

El programa

Los conceptos de creación de valor, eficiencia en la atención médica, reducción del costo total de la atención médica y mejora continua de la calidad son los pilares fundamentales de nuestro modelo clínico basado en evidencia. Nos apalancamos en las pautas de atención de MCG como un recurso crítico porque es una solución basada en la evidencia que ha demostrado ser eficaz en todo el mundo para guiar la gestión de la atención clínica y nuestra organización tiene una experiencia significativa en el uso de estas pautas.

Los equipos de enfermería del hospital Isapre Banmédica recibieron capacitación para revisar, capturar y documentar la información de los registros médicos de ingresos de pacientes para hospitalización diariamente. Esta información ayuda a determinar el cumplimiento del proveedor con las pautas de atención médica para tres indicadores principales: la pertinencia de los ingresos, la duración de la estadía y el nivel de atención durante cada hospitalización.

Los revisores médicos de Isapre Banmédica analizan la información obtenida por los revisores de enfermería en tiempo real y la comparten con cada uno de los hospitales para facilitar el manejo concurrente de la atención médica. La administración de cada hospital participante recibe una lista de los casos de los respectivos afiliados con documentación en cuanto al cumplimiento o la variación respecto de las recomendaciones de las guías clínicas por parte del médico del ingreso. Esto permite que el equipo de cada proveedor intervenga, cuando corresponda, y ayude a corregir los patrones y comportamientos de la práctica que

no representan la atención médica basada en la evidencia. A su vez, con esta información combinada, cada hospital puede definir e implementar de manera retrospectiva políticas de atención, flujos de pacientes y procesos clínicos o administrativos que proporcionan las mejores y más oportunas soluciones a los desafíos de la atención médica.

Actualmente estamos aplicando las pautas en los cinco hospitales de atención médica aguda propiedad de Banmédica y tres hospitales dentro de nuestra red contratada. Este alcance refleja el 52 % de nuestro total de días de cama (60 % de nuestro gasto total). Tenemos previsto incluir tres hospitales adicionales contratados dentro del próximo trimestre. Esto ampliará nuestro alcance de revisión para cubrir el 63 % de los días de cama (77 % del gasto total) al final del primer año del programa.

Con estas pautas de atención basadas en evidencia, también hemos establecido canales de comunicación mejorados, tanto dentro de Isapre Banmédica como entre Isapre y sus proveedores, lo que permite que todos tengan un enfoque compartido: nuestros miembros.

Resultados

Desde el comienzo de este proceso de implementación, hemos revisado 14.551 ingresos, lo que representa 65.013 días de cama (Tabla 1).

Hemos obtenido ganancias concretas y medibles en eficiencia y calidad. Para las tres clínicas donde hemos realizado revisiones concurrentes con las pautas MCG y los datos compartidos durante al menos seis meses, podemos informar los siguientes resultados (Tabla 2):

- El valor promedio de la pertinencia de los ingresos ha aumentado en 11 puntos porcentuales, del 74 % al 85 %, siendo la mejora más drástica 29 puntos porcentuales. Hemos observado una mejora tanto en los ingresos desde la sala de emergencias (12 puntos) como en los ingresos planificados (11 puntos).
- El nivel de adecuación de la atención (LOC, por sus siglas en inglés) ha aumentado en 26 puntos porcentuales, del 64 % al 90 %, siendo la mejora más drástica 29 puntos porcentuales.
- La diferencia entre la duración actual de la estadía (LOS, por sus siglas en inglés) y la duración esperada de la estadía basada en la evidencia se ha reducido en 0,56 días, de 1,92 días a 1,36 días.

Hemos observado los siguientes cambios en la población asegurada (comparando las fechas del servicio entre enero y abril de 2019 con el mismo período en 2018), y dados los

indicadores principales anteriores, la implementación de las pautas ha contribuido a los siguientes resultados (Tabla 3):

- Los días de cama por mil disminuyeron en un 6,1 %, de 394 a 372.
- Los ingresos por mil disminuyeron un 3,5 %, de 106 a 103.

Nos sentimos sumamente alentados por estos resultados respecto de la población dado que no habíamos completado la implementación durante este período.

La implementación de nuestro modelo clínico basado en la evidencia también ha sido un catalizador para las soluciones a problemas que se desconocen con anterioridad, como la necesidad de nuevos niveles de atención hospitalaria y ambulatoria, la revisión de planes para la ampliación de camas hospitalarias y la revisión de la cobertura de los beneficios.

Conclusión

En resumen, el uso de las pautas de MCG en Isapre Banmédica en Chile ha llevado a una mejora tangible en la calidad y eficiencia de la gestión de la atención clínica para nuestros miembros.

Las pautas clínicas basadas en la evidencia han demostrado ser una herramienta valiosa y práctica para promover el entendimiento compartido entre los diferentes integrantes del equipo de atención médica, basado en un lenguaje común que coloca al miembro en el centro de nuestro modelo de administración y entrega de atención clínica.

¹Industry-Leading Evidence-Based Care Guidelines, MCG, 2019: <https://www.mcg.com/care-guidelines/care-guidelines/>

Autores

Dr. Hernán Acuña, Director de Gestión Hospitalaria, Empresas Banmédica – Chile, hernan.acuna@banmedica.cl

Ronal Arenas, Subgerente, División Salud, Isapre Banmédica – Chile, ronal.arenas@banmedica.cl

Miembros del equipo de proyecto e indicadores (KPI):

Felipe Salazar, Rodrigo Ramirez, Eduardo Nuñez, Hedito Saez

Tabla 1: Ingresos revisados por representación de la instalación y el total de días de cama

| | Dic/2018 | Ene/2019 | Feb/2019 | Mar/2019 | Abr/2019 | May/2019 | Jun/2019 | Total de ingresos hospitalarios | Total de días de cama |
|--------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------------|-----------------------|
| Clínica 1 | | | | | 23 | 68 | 70 | 161 | 635 |
| Clínica 2 | | | | | 73 | 112 | 122 | 307 | 1174 |
| Clínica 3 | 859 | 1371 | 987 | 1208 | 1151 | 1156 | 1147 | 7879 | 39 617 |
| Clínica 4 | | | | 73 | 115 | 102 | 128 | 418 | 1416 |
| Clínica 5 | | | | 43 | 562 | 533 | 462 | 1600 | 6381 |
| Clínica 6 | | | | | | 18 | 34 | 52 | 256 |
| Clínica 7 | | 286 | 241 | 445 | 450 | 500 | 581 | 2503 | 9716 |
| Clínica 8 | | 282 | 259 | 256 | 279 | 247 | 308 | 1631 | 5818 |
| TOTAL | 859 | 1939 | 1487 | 2025 | 2653 | 2736 | 2852 | 14 551 | 65 013 |

Tabla 2: Cambios en los principales indicadores de desempeño clave

| | Cambio en la pertinencia de los ingresos (puntos %) | Cambio en la pertinencia de los ingresos (sala de emergencias) (puntos %) | Cambio en la pertinencia de los ingresos (planificados) (puntos %) | Cambio en la pertinencia de LOC (puntos %) | Diferencia entre LOS y el cambio de LOS previsto (días) |
|---------------------------|---|---|--|--|---|
| Clínica 3 | 9 (79 a 88) | 12 (83 a 95) | 4 (48 a 52) | 29 (63 a 92) | 0,53 (2,22 a 1,69) |
| Clínica 7 | 29 (51 a 80) | 13 (77 a 90) | 31 (22 a 53) | 15 (67 a 82) | 0,15 (1,34 a 1,19) |
| Clínica 8 | 12 (72 y 84) | 17 (78 a 95) | 19 (31 a 50) | 23 (71 a 94) | 0,58 (1,06 a 0,48) |
| Promedio ponderado | 11 (74 a 85) | 12 (82 a 94) | 11 (41 a 52) | 26 (64 a 90) | 0,56 (1,92 a 1,36) |

Tabla 3: Medidas de utilización para la membresía completa

Representa la utilización con fecha de servicio entre el 1 de enero y el 30 de abril y la fecha de adjudicación de reclamos entre el 1 de enero y el 30 de junio.

| | 2018 | 2019 | Cambio |
|----------------|-----------|-----------|---------------|
| Miembros/mes | 3.370.120 | 3.388.255 | |
| Días de cama | 110.720 | 104.956 | |
| Ingresos | 29.909 | 29.041 | |
| Días de cama/K | 394 | 372 | -6,1 % |
| Ingresos/K | 106 | 103 | -3,5 % |

Soluciones para brindar calidad: informes breves

Fomentar la participación de los pacientes en una cultura de seguridad: la importancia de la medicación crónica de alto riesgo

Problema: El uso de medicación crónica de alto riesgo (CHRM) representa un riesgo de tratamiento para el manejo de los pacientes hospitalizados. El equipo de enfermería en la Clínica San Felipe en Lima, Perú, identificó que algunos pacientes ingresados en el hospital no consideran que sea relevante informar sobre el uso de medicamentos crónicos de alto riesgo a sus médicos hospitalarios.

Programa: El equipo de Calidad y Seguridad del Paciente trabajó con el personal de enfermería para desarrollar una herramienta de notificación de CHRM, y así alentar a los pacientes a que reporten su uso de CHRM (anticoagulantes, AINE, medicamentos hipoglicemiantes, quimioterapia, tratamiento biológico, medicamentos antiplaquetarios, corticosteroides y terapia combinada), de modo que aumente el conocimiento de los riesgos involucrados.

En nuestra institución, los pacientes usan un brazalete blanco con un botón rojo en caso de que tengan alergias. Actualmente también usan un botón verde en el brazalete para notificar al personal sobre el uso de CHRM.

Resultados: El equipo administró una encuesta basada en el índice Net Promoter Score (NPS) a los pacientes para confirmar su aceptación de esta intervención. En la muestra, el 36 % de los pacientes tomaban medicación de alto riesgo y el 64 % no. El NPS global del 66,6 % (el 73 % con CHRM y el 63 % sin CHRM) indica que los pacientes y sus familiares aceptan esta herramienta, que ahora se usa con todos los pacientes hospitalizados.

Equipo: Dra. Marcela Argumedo, Analista de Información y Calidad, Clínica San Felipe, margumedo@clinicasanfelipe.com; Dr. Ernesto Aspillaga, MBA, MS, CPE, Director Médico, Clínica San Felipe; Nelida Bedon, R.N., Jefa de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica San Felipe; Julia Boza, R.N., Jefa de Enfermería de Pacientes Adultos, Clínica San Felipe; Sheyla Lu, R.N., Jefa de Enfermería de Hospitalización Pediátrica, Clínica San Felipe; Dra. Betsy Maza, MS, Analista de Riesgos y Aseguramiento de la Calidad, Clínica San Felipe; Vilma Rodríguez, R.N., Directora de Enfermería, Clínica San Felipe; Rommy Palma, R.N., Directora de Enfermería de Emergencias, Clínica San Felipe; Dra. Paula Ponce de Leon, MBA, CHCQM, BSG, Directora de Calidad e Innovación, Clínica San Felipe.

*El NPS global del 66,6 % (el 73 % con CHRM y el 63 % sin CHRM) indica que los pacientes y sus familiares aceptan esta herramienta, **que ahora se usa con todos los pacientes hospitalizados.***

Gestión de antimicrobianos dentro de los hospitales

Problema: Millones de personas de todo el mundo se infectan por bacterias resistentes a los antibióticos y a otros tratamientos antimicrobianos.^{1,2} Los antimicrobianos son esenciales para la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas, incluidas las relacionadas con la quimioterapia y los trasplantes.

Programa: Se implementó un programa colaborativo y multidisciplinario en la Clínica del Country y Clínica La Colina en Bogotá, Colombia. El objetivo principal de este programa es apoyar el uso apropiado de los antimicrobianos, reducir los eventos adversos relacionados, controlar la resistencia y disminuir el costo total de la atención. El programa incluye los servicios y procesos de Infectología, laboratorio clínico, servicio farmacéutico, gestión de calidad, educación, tecnología de la información y al personal de atención médica.

Elementos en el programa:

- Modelo de preautorización telefónica
- Valoración de infectología mediante solicitud, búsqueda activa y reporte diario microbiológico
- Estandarización de algoritmos y guías de práctica clínica
- Consejos informativos
- Análisis trimestral de la epidemiología local
- Alertas en historia clínica electrónica
- Microbiología automatizada, reacción en cadena de polimerasa múltiple, pruebas rápidas, antibiogramas dirigidos, niveles de vancomicina

Indicadores:

- **Dosis diaria definida (DDD, por sus siglas en inglés) y días de terapia (DOT, por sus siglas en inglés):** la DDD es una medida de dosis estándar reconocida a nivel mundial, importante para la vigilancia del uso apropiado de antimicrobianos de acuerdo con la epidemiología local. La empresa ha utilizado esta herramienta desde 2014.
- **Indicadores de infecciones asociadas a la atención sanitaria:**
 - La tasa de neumonía asociada al ventilador para 2018 fue de 2.26 casos / 1,000 días de ventilación mecánica. No ha habido más casos desde noviembre de 2018, un período de 280 días.
 - Las tasas de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter central han disminuido de 1.19 en 2018, a una tasa acumulada a julio de 2019 de 0.42, con el último caso ocurrido en marzo de 2019.
- **Estrategia de higiene de manos:** la estrategia de higiene de manos es una prioridad. La tasa de adherencia acumulada ha aumentado del 62,6% en 2018 al 73,1% a partir de agosto de 2019.

Equipo: Dra. Yazmín Rodríguez, Jefa de Infectología, Clínica del Country y Clínica La Colina, Infectóloga Pediatra, yazmin.rodriguez@clinicadelcountry.com; Dr. Santiago López, Director Médico, Clínica del Country, Infectólogo de Adultos; Dr. Javier Garzón, Infectólogo de Adultos, Clínica del Country y Clínica La Colina; Dr. Juan Bravo, Residente en Capacitación, Enfermedades Infecciosas, Clínica del Country; Grupo de Infectología y Vigilancia Epidemiológica, Clínica del Country y Clínica La Colina.

¹Antimicrobial Resistance. World Health Organization, 2018. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>.

²Antibiotic/Antimicrobial Resistance. Centers for Disease Control and Prevention, 2018. Disponible en: <https://www.cdc.gov/drugresistance/index.html>

*El objetivo principal de este programa es apoyar el uso apropiado de los antimicrobianos, reducir los eventos adversos relacionados, **controlar la resistencia y disminuir el costo total de la atención.***

Soluciones para brindar calidad: informes breves

Prevención de infecciones adquiridas en el hospital a través de protocolos de mantenimiento en la intervención de infraestructura

Problema: Las estrategias de prevención destinadas a disminuir la incidencia de infecciones adquiridas en la Clínica San Felipe de Lima, Perú, se enfocaban solo en la intervención de los equipos médicos y de enfermería, sin incluir al equipo de operaciones hospitalarias no clínicas. El equipo de mantenimiento de la clínica y el Comité de Control y Vigilancia de Infecciones (CIVI) trabajaban de manera independiente, sin conocimiento común de los posibles impactos clínicos y de salud que condicionan las actividades de mantenimiento de la clínica.

Programa: Los profesionales de mantenimiento y el Comité de CIVI ahora participan activamente, utilizando el proceso de Valoración de Control del Riesgo de Infecciones (ICRA) como un lenguaje común.¹ El sistema ICRA clasifica el riesgo de infección en función de dos variables: el nivel de actividad que se va a realizar (desde tareas que no producen polvo hasta demoliciones) y el lugar donde se realizará la actividad (el grupo de menor riesgo es la administración y el grupo de mayor riesgo es el centro quirúrgico o de esterilización). La clasificación va desde ICRA 1 hasta ICRA 4. Cuanto más alto es el ICRA, se requieren mayores medidas preventivas.

Resultados: En cuatro meses, el Comité de CIVI y el equipo de mantenimiento completaron cuatro ICRA 2 y una ICRA 3. El equipo no clínico recibió capacitación sobre el riesgo de infecciones en personas inmunocomprometidas. Después de la capacitación, dicho equipo aumentó la frecuencia de sus tareas de mantenimiento tomando las medidas de prevención de infecciones de acuerdo a los resultados de valoración del ICRA e hizo obligatorio el uso de pinturas antifúngicas durante las renovaciones.

Aunque es difícil establecer un vínculo directo entre estas mejoras y las infecciones hospitalarias, hasta el momento se ha observado una reducción de las mismas: Se registró una tasa de infección del 0 % en los pacientes o trabajadores incluidos las áreas con el protocolo de mantenimiento de infraestructura modificado.

Equipo: *Mantenimiento:* Belén Rodríguez, Arquitecta; Carlos Rojas, Arquitecto | *Comité de CIVI:* Dra. Paula Ponce de León, MBA, CHCQM, BSG, Directora de Calidad e Innovación, Clínica San Felipe, ppedeleon@clinicasanfelipe.com; Dra. Marcela Argumedo, Analista de Información y Calidad; Dr. Ernesto Aspillaga, MBA, MS, CPE, Director Médico, Clínica San Felipe; Nelida Bedón, R.N., Jefa de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos; Dr. Juan Carlos Gómez de la Torre, Director Médico, Laboratorio ROE; Dr. Manuel Contardo, Médico de Cuidados Intensivos; Dr. Martin Montes, Infectólogo.

Se registró una tasa de infección del 0 % en los pacientes o trabajadores incluidos las áreas con el protocolo de mantenimiento de infraestructura modificado.

¹Hospital Epidemiology and Infection Control in Acute-Care Settings. Emily R. M. Sydnor, Trish M. Perl. Clinical Microbiology Reviews Jan 2011, 24 (1) 141-173; DOI: 10.1128/CMR.00027-10

Evaluación de la calidad de “Care in Motion” (Atención durante el transporte)

Problema: El transporte de pacientes gravemente heridos o enfermos plantea riesgos únicos que son aún mayores durante el transporte médico aéreo. Los cambios en la presurización y oxigenación de la cabina requieren la experiencia específica del equipo médico. Si bien los estándares aceptados y las regulaciones nacionales están disponibles para la atención hospitalaria y ambulatoria, a menudo hay menos supervisión de la atención brindada durante el transporte del paciente hacia o entre los centros de atención médica: “Care in Motion”.^{1,2}

Programa: El Grupo de Trabajo de Calidad Internacional y Seguridad del Paciente de UnitedHealthcare Global creó un equipo de Normas Fundamentales centrado en alinear los estándares de calidad clínica y la seguridad del paciente en todas las geografías. El equipo desarrolló una herramienta robusta para las empresas de UnitedHealthcare Global con el fin de identificar áreas de mejora relacionadas con el transporte médico terrestre y aéreo, ya sea dentro de nuestras propias operaciones o con proveedores externos.

La lista de verificación de 126 criterios de la herramienta abarca un amplio rango de categorías que incluyen procesos de control de infecciones, requisitos de monitoreo de pacientes y medidas para la gestión del tiempo de la tripulación del vuelo para ayudar a evitar la fatiga.

Indicadores prometedores: En febrero de 2019, se utilizó la herramienta Care in Motion Essential Standards para realizar una serie de evaluaciones in situ para el transporte médico aéreo y terrestre en Perú, que identificaron varias oportunidades de mejora que beneficiarán a la población local, así como a los clientes de UnitedHealthcare Global que viajan a Perú. La herramienta se usará luego para evaluar el transporte terrestre de apoyo de la organización en Chile.

Equipo: Pascaline Wolfermann, M.A., Directora, Healthcare Intelligence, UnitedHealthcare Global Solutions, pascaline.wolfermann@uhcglobal.com; Dr. Luis Ramírez, Anestesiología, Director de Calidad y Seguridad, SANNA Perú, luis.ramirez@sanna.pe; Deb Doyle, R.N., Directora de Calidad de Operaciones Clínicas, UnitedHealthcare Global, deb.doyle@uhc.com.

Este artículo ha sido traducido de la versión original en inglés.

¹ Knight PH, Maheshwari N, Hussain J, et al. Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2015;5(4):256–264. doi:10.4103/2229-5151.170840

² Eiding H, Kongsgaard UE, Braarud AC. Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2019;27(1):27. Publicado el 4 de marzo de 2019. doi:10.1186/s13049-019-0604-8

*El equipo desarrolló una herramienta robusta para las empresas de UnitedHealthcare Global con el fin de **identificar áreas de mejora relacionadas con el transporte médico terrestre y aéreo.***

Publicaciones recientes seleccionadas

A continuación, se muestra una lista de los trabajos publicados por médicos de UnitedHealthcare Global en revistas evaluadas por pares:

[“Aortic Valve Wisp Lesion: A Symptomatic Multifocal Papillary Fibroelastoma.”](#) Abecasis J., Gouveia R., Ribeiras R. Revista Española de Cardiología, (Engl Ed). 10 de enero de 2019.

[“Biventricular Arrhythmogenic Cardiomyopathy: A New Paradigm?”](#) João Augusto, João Abecasis, Victor Gil. Int. J. Cardiovasc. Sci. vol.31 no.6 Rio de Janeiro oct/dic. 2018.

[“Experiencia en el tratamiento endovascular del accidente cerebrovascular isquémico agudo en un centro chileno.”](#) Autores de la Clínica Santa María: Pablo Reyes S., Lautaro Badilla O., Rodrigo Rivera, Gabriel Sordo, Gonzalo Bustamante, Juan A. Pasten, Gabriel Vargas, Paula Silva, Rodrigo Guerrero, Walter Feuerhake. Otros autores: Daniel Andreu, Valentina Besaa. Revista Médica de Chile, Volumen 146: 708-716 (2018).

[“Inhibition of fucosylation in human invasive ductal carcinoma reduces E-selectin ligand expression, cell proliferation, and ERK1/2 and p38 MAPK activation.”](#) Carrascal MA, Silva M, Ramalho JS, Pen C, Martins M, Pascoal C, Amaral C, Serrano I, Oliveira MJ, Sackstein R, Videira PA. Mol Oncol. Mayo de 2018;12(5):579-593. doi: 10.1002/1878-0261.12163. Epub 30 de marzo de 2018. PubMed PMID:29215790; identificador de PubMed Central: PMC5928367.

[“Iron-enriched diet contributes to early onset of osteoporotic phenotype in a mouse model of hereditary hemochromatosis.”](#) Simão M, Camacho A, Ostertag A, Cohen-Solal M, Pinto IJ, Porto G, Hang Korng E, Cancela ML. PLoS One. 14 de noviembre de 2018;13(11):e0207441. doi: 10.1371/journal.pone.0207441. eCollection 2018. Errata en: PLoS One. 29 de abril de 2019;14(4):e0216377. Identificador de PubMed: 30427936; identificador de PubMed Central: PMC6241130.

[“The Clinical Role of LASER for Vulvar and Vaginal Treatments in Gynecology and Female Urology: An ICS/ISSVD Best Practice Consensus Document.”](#) Preti M, Vieira-Baptista P, Digesu GA, Bretschneider CE, Damaser M, Demirkesen O, Heller DS, Mangir N, Marchitelli C, Mourad S, Moyal-Barracco M, Peremateu S, Tailor V, Tarcan T, De EJB, Stockdale CK. Journal of Lower Genital Tract Disease, abril de 2019;23(2):151-160.

[“The Modern Obesity Treatment.”](#) Rui Ribeiro. The General Surgeon. 2019;1(2):1011. Se actualizó el 9 julio de 2019.

[“Outcomes of Long Pouch Gastric Bypass \(LPGB\): 4-Year Experience in Primary and Revision Cases.”](#) *Obesity Surgery*, 2 de julio de 2019. [Publicado electrónicamente previamente a su publicación en papel] Autores de Lusíadas Saúde: Ribeiro R, Ribeiro J, Clínica de Santo António, Metabolic Patient Multidisciplinary Centre, Reboleira, Lisboa, Portugal. Otros autores: Pouwels S., Departamento de Cirugía, Centro Médico de Haaglanden, La Haya, Países Bajos; Parmar C., Whittington Hospital, Londres, Reino Unido; y Pereira J., Manaças L., Guerra A., Borges N., Viveiros O., Unidad de Obesidad y Enfermedades Endocrinas, Departamento de Cirugía, Centro Hospitalario de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

[“The amount of late gadolinium enhancement outperforms current guideline-recommended criteria in the identification of patients with hypertrophic cardiomyopathy at risk of sudden cardiac death.”](#) Freitas P, Ferreira AM, Arteaga-Fernández E, de Oliveira Antunes M, Mesquita J, Abecasis J, Marques H, Saraiva C, Matos DN, Rodrigues R, Cardim N, Mady C, Rochitte CE. Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance. 15 de agosto de 2019;21(1):50. doi: 10.1186/s12968-019-0561-4. Identificador de PubMed: 31412875; identificador de PubMed Central: PMC6694533.

[“Portuguese Group for the Study of Streptococcal Infections. Streptococcus pyogenes Causing Skin and Soft Tissue Infections Are Enriched in the Recently Emerged emm89 Clade 3 and Are Not Associated With Abrogation of CovRS.”](#) Pato C, Melo-Cristino J, Ramirez M, Friães A. Front Microbiol. 9 de enero de 2018;9:2372. doi: 10.3389/fmicb.2018.02372. eCollection 2018. Identificador de PubMed: 30356787; identificador de PubMed Central: PMC6189468.

[“Predictors of de novo atrial fibrillation in a non-cardiac intensive care unit.”](#) Augusto JB, Fernandes A, Freitas PT, Gil V, Morais C. Rev Bras Ter Intensiva. abri-jun de 2018;30(2):166-173. doi: 10.5935/0103-507X.20180022. Portugués, inglés. Identificador de PubMed: 29995081; identificador de PubMed Central: PMC6031411.

“Systematic review and meta-analysis of the effects of treatment modalities for vestibulodynia in women.” Pérez-López FR, Bueno-Notivol J, Hernández AV, Vieira-Baptista P, Preti M, Bornstein J. Eur J Contracept Reprod Health Care. 31 de julio de 2019;1-10. doi: 10.1080/13625187.2019.1643835. [Publicado electrónicamente previamente a su publicación en papel] Identificador de PubMed: 31364893.

Lecturas recomendadas

Los siguientes artículos se recomiendan para mejorar el conocimiento sobre cuestiones de calidad y seguridad del paciente:

“[The continuum of critical care.](#)” Jean-Louis Vincent. Critical Care, Volumen 23, Número de artículo: 122 (2019).

“[Scale down and scale up: how to mass customize personalized care.](#)” Helen Bevan. Sitio web de Institute for Healthcare Improvement, mayo de 2019.

“Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross sectional study in the Netherlands.” Kris Vanhaecht, Deborah Seys et al., BMJ Open. 2019; 9e029923. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029923.

“Accounting for harms that cannot be counted.” Peter Pronovost, Journal of Patient Safety and Risk Management. 2018, Volume 23(1) 9-10.

“Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis.” Soha Sobhy, David Arroyo-Manzano et al. The Lancet, 2019. Volume 393(10184) P193-1982.

Estas publicaciones se muestran en el idioma original en que fueron publicadas, para facilitar la búsqueda en línea.

Oportunidades educativas

¡Proximamente, educación requerida sobre la calidad y seguridad del paciente!

La seguridad del paciente es la piedra angular de una atención médica de alta calidad. Todos los empleados de UnitedHealthcare Global, independientemente de su función, tienen la oportunidad y la responsabilidad de impactar de manera positiva en la calidad y la seguridad del paciente. Su compromiso le permite a la organización cumplir su misión de ayudar a las personas a llevar vidas más saludables y colaborar para que el sistema de salud funcione mejor para todos.

Próximamente se ofrecerá un curso educativo sobre calidad y seguridad del paciente, que será obligatorio para todos los colaboradores de UnitedHealthcare Global. ¡Estén atentos para más información!

OptumHealth Education

OptumHealth Education (OHE, por sus siglas en inglés), una compañía de UnitedHealth Group, ofrece servicios gratis a través de la web, educación médica acreditada a través de su página web, optumhealtheducation.com.

OHE es una de las pocas organizaciones acreditadas conjuntamente en el mundo, que ha sido acreditada simultáneamente para proporcionar actividades de educación continua en las siguientes áreas: medicina, enfermería, farmacia, psicología y trabajo social. OHE se dedica a proporcionar educación interprofesional que conduzca a una mejor prestación de atención médica y mejores resultados para los pacientes.

Cree una cuenta en optumhealtheducation.com y obtenga acceso a casi 100 horas de educación continua gratuita (contenido actualmente disponible en inglés).

Información de propiedad de UnitedHealth Group.
No distribuir ni reproducir sin permiso expreso
de UnitedHealth Group.

