

ME New Medical Economics

AULA DE INNOVACIÓN EN POLÍTICA SANITARIA

UIC

barcelona

Instituto Universitario
de Pacientes

4

Aproximación a algunos aspectos clave para la mejora de la atención a las adicciones y a la patología dual

9

Plan funcional de una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos

15

Proyecto para la gestión de la lista de espera en la sanidad privada

21

Variables relevantes en la determinación de la necesidad de cuidado en un hospital de día oncohematológico

27

La UCI líquida. Plan estratégico de críticos del Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona

janssen  PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF 

En colaboración con Janssen España

EDITOR

Boi Ruiz García

boi.ruiz@uic.es

COORDINADOR GENERAL

Rafael Lledó Rodríguez

rlledo@uic.es

DIRECTOR

José María Martínez García

jmmartinezgar@gmail.com

EDITA

Health Economics, S.L.

C/ Velázquez 157

28002 Madrid

ISSN: 2792-4033

EDITORIAL

La innovación es, sin duda, el elemento esencial en que se fundamenta el progreso de la atención sanitaria y su contribución a una mayor esperanza de vida con más calidad de las personas.

Esa innovación, fruto de la investigación y el desarrollo, se manifiesta en los avances de los tratamientos y los métodos diagnósticos. Pero también en la organización y uso de los medios de que disponemos, centrándonos en obtener el mayor beneficio para la persona, tanto en su dimensión biológica como humana.

En el presente número podemos ver una propuesta innovadora sobre el tratamiento de pacientes críticos en una Unidad de Cuidados Intensivos centrada, como no puede ser de otra manera, en reducir el riesgo de la muerte evitable en las personas hospitalizadas. Las Unidades de Cuidados Intensivos deben responder hoy, como respondieron ayer, a las necesidades y expectativas actuales de los pacientes en una sociedad que vive cambios acelerados. Introducir operativamente un Plan de Bienestar del paciente resulta relevante.

Como también, el abordaje de la espera para recibir atención clínica en la sanidad privada, apoyándose en una valoración previa a la entrada del paciente en las listas de rigor. El apoyo en las nuevas tecnologías aplicadas a un filtrado previo permite identificar los casos adecuadamente, en beneficio de las necesidades de las personas, así como ordenar los flujos asistenciales en un momento

en que se observa una creciente demora de la asistencia médica en los centros de financiación privada.

El cuidado de las personas enfermas en un hospital de día oncohematológico se fundamenta en los profesionales de enfermería con que cuenta, para maximizar su efectividad y su afectividad. Proponer un nuevo método de cálculo de las necesidades de cuidados de enfermería para así asignar los recursos adecuados basado en el estudio de la experiencia de una unidad, es un paso en innovación.

Como lo es abordar los fundamentos de un plan funcional de una nueva Área de Cuidados Críticos Postquirúrgicos acorde con las necesidades a atender de los pacientes y su tipología, el modelo asistencial y la cuantía de la demanda proyectada en el tiempo. Una vez más innovación.

La atención a las adicciones acompañadas de trastornos de la salud mental requiere de un abordaje efectivo basado en una respuesta integrada de todos los agentes requeridos. Para innovar en las respuestas es preciso un análisis de los aspectos clave, como el que publicamos. En él se aborda el acceso y la puerta de entrada idónea, la sensibilización social y el estigma, el papel de las familias y las asociaciones, entre otros muchos aspectos a considerar.

Nuestro nuevo número sigue manteniendo la línea de difundir, desde el Aula de Innovación en Políticas Sanitarias del Instituto Universitario de Pacientes de la UIC, propuestas innovadoras orientadas a una mejor atención efectiva y afectiva para las personas que enferman.

COMITÉ EDITORIAL

Llorenç Sotorres Bartolí
llsotorres@fundacio-puigvert.es

Joan María Ferrer Tarrés
jm.ferrer@fsm.cat

Xavier Mate García
xavier.mate@quironsalud.es

Joan Bosch Sabater
jboschs@uic.es

Candela Calle Rodríguez
ccalle@iconcologia.net

Isabel Amo Mora
iamo@uic.es

Aproximación a algunos aspectos clave para la mejora de la atención a las adicciones y a la patología dual



Alex Figueras Nadal

Instituto Universitario de Pacientes. Universidad
Internacional de Catalunya
alexfiguerasnadal@gmail.com



Isabel Amo Mora

Instituto Universitario de Pacientes. Universidad
Internacional de Catalunya
iamo@uic.es

ABSTRACT

Effective access to care resources is crucial to addressing addiction and dual pathology problems. The coexistence of addictions and mental health disorders has historically created inefficient referral problems. The integration of networks, the coordination of resources and the existence of shared information systems are essential for effective care.

On the other hand, raising awareness about the social consequences of addictions, as well as the fight against stigma, are imperative. Society must be truthfully informed and sensitized about the consequences of addictions. Likewise, the greater stigmatization of women, which negatively affects visibility and early care, requires an approach with a gender perspective.

The participation of families and associations, patient education and multidisciplinary care are equally essential for better prevention and care, while the stability of links with professionals, the flexibility of care conditions to adapt to the patient and the consideration of addictions as chronic diseases improve adherence to treatments.

Primary and community care play a key role, which must be intensified, requiring greater capacity to act where the needs are and to address socioeconomic factors. Telemedicine, as an alternative model of care, and intervention in educational and work environments are valuable opportunities that should be taken advantage of and promoted. Patient associations carry out very valuable work, which they can intensify, improving their ability to influence policies and legislation.

KEYWORDS

Dual pathology, Addictions, Patients, Prevention, Access, Drug addictions, Treatment

RESUMEN

El acceso efectivo a recursos de atención es crucial para abordar problemas de adicción y patología dual. La coexistencia de adicciones y trastornos de salud mental ha generado históricamente problemas de derivación ineficientes. La integración de redes, la coordinación de recursos y la existencia de servicios de información compartidos son esenciales para una atención efectiva.

Por otra parte, la sensibilización sobre las consecuencias sociales de las adicciones, así como la lucha contra el estigma, son imperativas. La sociedad debe estar informada verazmente y sensibilizada sobre las consecuencias de las adicciones. Asimismo, la mayor estigmatización en mujeres, que afecta negativamente a la visibilidad y a la atención precoz, hace necesario un abordaje con perspectiva de género.

La participación de familias y asociaciones, la formación de pacientes y la atención multidisciplinaria son igualmente fundamentales para una mejor prevención y atención, mientras que la estabilidad de vínculos con los profesionales, la flexibilización de las condiciones de atención para adaptarse al paciente y la consideración de las adicciones como enfermedades crónicas mejoran la adherencia a los tratamientos.

La atención primaria y comunitaria desempeña un papel clave, que debe intensificarse, requiriendo una mayor capacidad para actuar donde se encuentran las necesidades y abordar los factores socioeconómicos. La telemedicina, como modelo alternativo de atención, y la intervención en entornos educativos y laborales son oportunidades valiosas que deben aprovecharse y promoverse. Las asociaciones de pacientes realizan una labor muy valiosa, que pueden intensificar, mejorando su capacidad de influencia sobre políticas y legislaciones.

PALABRAS CLAVE

Patología dual, Adicciones, Pacientes, Prevención, Acceso, Drogodependencias

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han observado incrementos en determinadas conductas de riesgo o adicciones a drogas y a ciertos comportamientos susceptibles de adicción, especialmente entre los más jóvenes. En este grupo de población, sus consecuencias se pueden evidenciar en diferentes ámbitos: aumento del fracaso escolar, mayor prevalencia de trastornos mentales, peor ajuste psicosocial, etcétera.

Aunque se considera que solo una de cada diez personas expuestas a sustancias con capacidad adictiva desarrolla una adicción, estas tienen un impacto muy importante tanto en la persona como en su entorno. Asimismo, de una u otra forma, estas adicciones se relacionan frecuentemente con problemas de salud mental: la prevalencia de la patología dual entre los pacientes que acuden a centros de salud mental o de adicciones supera el 50%.

La prevención primaria, la precocidad en el diagnóstico, la necesidad de acceso al recurso adecuado, la estigmatización social o la importancia de intensificar la intervención en el ámbito comunitario son algunas de las áreas en las que debe incidirse y que se abordan en este artículo.

Se pretende llevar a cabo una aproximación, desde la perspectiva de la atención afectiva-efectiva, a las particularidades del proceso asistencial a los pacientes con adicciones, especialmente a aquellos con patología dual, y a la respuesta que les ofrece el sistema sanitario en aspectos como el acceso a los recursos, la atención multidisciplinar o la relación entre profesionales y pacientes.

CONTENIDO

1. EL ACCESO A LOS RECURSOS DE ATENCIÓN: LA PUERTA DE ENTRADA IDÓNEA

Las redes públicas de atención a las drogodependencias y a la salud mental disponen de recursos asistenciales idóneos (de distintas tipologías) para dar respuesta a las necesidades de las personas con problemas de adicciones o patología dual. Sin embargo, es muy importante que el paciente encuentre la respuesta y la atención en el momento que la necesite y no se sienta sometido a derivaciones ineficientes entre recursos, sin recibir la asistencia adecuada.

Este hecho es especialmente crítico en el caso de personas con patología dual. Históricamente, han existido estos problemas de derivación relacionados con la coexistencia entre las adicciones y las patologías mentales de base.

Conviene señalar que, en determinados casos, pueden existir dudas sobre la existencia de una patología de base en el caso de personas con problemas de adicción. Sin embargo, con la evidencia actual, en estos casos se considera preferible tratar la patología sobre la cual existen sospechas. Con el conocimiento que se tiene hoy en día, no es aceptable condicionar la atención a un problema de salud mental a un tratamiento previo de una adicción o viceversa.

Respecto a la atención a esta situación de carácter dual, la existencia de redes separadas de atención a las drogodependencias y a la salud mental puede suponer un problema para los pacientes. En este sentido, la integración de redes, la puesta en marcha de planes directores que fusionen o coordinen los recursos y la existencia de servicios de información compartidos, tal como se ha venido realizando durante los últimos años en nuestro país, son elementos esenciales para prestar una atención efectiva y óptima a estas personas.

El correcto abordaje de la patología dual permite actuar en fases tempranas ante signos de crisis y avanzarse a ulteriores complicaciones negativas, lógicamente, para el paciente, pero también para la red asistencial. Son, asimismo, importantes la secuenciación y el escalonado de la atención, de manera que las personas sean atendidas en el recurso más adecuado y con el grado de especialización más acorde a la complejidad de cada circunstancia.

Igualmente, es necesaria una atención multidisciplinar e interprofesional, especialmente en casos de multimorbilidad, puesto que permite alcanzar mejores resultados de salud a todos los niveles.

2. LA SENSIBILIZACIÓN Y EL ESTIGMA

Los problemas de adicciones, igual que ocurre aún con determinadas patologías de salud mental, siguen llevando asociado un cierto estigma y, por tanto, requieren de una concienciación social sobre su complejidad y múltiples repercusiones.

Es importante valorar, globalmente, las consecuencias sociales de la adicción y su repercusión en problemas

de salud y sociales, como pueden ser la siniestralidad de tráfico, la violencia sexual o de género, la accidentalidad laboral, el absentismo...

Esta sensibilización sobre las consecuencias de las adicciones está muy relacionada también con la necesidad de romper los estigmas asociados, incluso por parte de los propios profesionales. El estigma debe poder abordarse a todos los niveles, con una actuación decidida a nivel político, por parte de los medios de comunicación y en entornos específicos como el escolar o el laboral.

Es fundamental el papel de los medios de comunicación, que deben ofrecer una visión realista y veraz de esta realidad y huir del sensacionalismo y la generación de alarmas infundadas. En el contexto actual, es especialmente remarcable la influencia de las redes sociales, cuyos contenidos acostumbran a escapar de cualquier regulación o control.

El estigma es un determinante muy importante que condiciona negativamente el número de personas que llegan a recibir atención, así como el tiempo que transcurre desde que se inicia la adicción o el comportamiento patológico hasta que se recibe dicho tratamiento. Esta cuestión tiene igualmente un componente de género, ya que, en el caso de la población femenina, la estigmatización social es mayor y esto repercute en una menor visibilización y, por tanto, en unos menores niveles de atención.

Es muy importante tener en cuenta esta perspectiva de género, puesto que en las mujeres es mayor la prevalencia de la patología dual y, como se ha señalado, el estigma social hacia el consumo es mayor, lo que les hace especialmente vulnerables y aumenta considerablemente el tiempo transcurrido hasta que reciben tratamiento.

3. EL PAPEL DE LAS FAMILIAS Y LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

Es fundamental que, desde la red de atención, así como desde las entidades que trabajan en este ámbito, se pueda ofrecer apoyo a las familias, de manera que estas puedan detectar consumos o conductas de riesgo y, a la vez, ayudar a tratar a las personas con adicción.

Asimismo, es muy útil la intervención de las personas que han vivido un proceso de adicción o patología dual a la hora de orientar y dar respuesta a las necesidades de otras personas. Las iniciativas de paciente experto y *peer to peer* son especialmente valiosas.

Las asociaciones pueden llegar a ámbitos donde las administraciones y las redes públicas de atención no pueden alcanzar. Es muy destacable el rol de las asociaciones en el acompañamiento, apoyo, orientación, divulgación, *advocacy*, ...

En esta última materia, las asociaciones pueden llegar a tener un papel muy importante a la hora de ejercer influencia sobre las autoridades en cuanto a diseñar políticas e implementar normativas que protejan a las poblaciones, especialmente a las más vulnerables, frente a las sustancias (alcohol, tabaco) o conductas (juego patológico) susceptibles de generar adicciones.

4. ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS

En este ámbito es esencial la adherencia a los tratamientos, pero al mismo tiempo, dada la naturaleza de enfermedad crónica recidivante que tienen las adicciones, las eventuales recaídas no deben contemplarse ni considerarse como fracasos.

En este sentido, la estabilidad de los vínculos es un factor fundamental para la adherencia, tanto en el vínculo emocional con familiares u otros pacientes como con los propios profesionales. Así, poder ser tratado por los mismos profesionales (longitudinalidad de la atención) es un factor muy importante.

Asimismo, la flexibilización de las condiciones de atención es un elemento de gran ayuda para los pacientes. Por ello, no debe confundirse la cronicidad con el hecho de que un paciente deba estar permanentemente en tratamiento.

La formación de los pacientes en la detección de los signos y síntomas iniciales de posibles crisis o recaídas es fundamental para una atención precoz que evite empeoramientos o situaciones indeseadas.

5. MODELO DE INTERVENCIÓN GRUPAL Y COMUNITARIA

La atención primaria es el nivel de atención clave en la detección de casos. Los distintos profesionales que conforman los equipos de atención primaria (médicos, enfermería, trabajadores sociales...) juegan un papel fundamental en la detección y las primeras fases de la atención.

Estos equipos multidisciplinares deben tener capacidad de poder desplazarse hasta donde se localicen las nece-

sidades, disponiendo de herramientas para resolver los casos que se encuentren.

Los factores socioeconómicos son condicionantes claros del consumo de sustancias y, por lo tanto, los equipos multidisciplinares de atención comunitaria deben tener capacidad para detectar estos factores y las situaciones de riesgo derivadas. Los recursos deben estar dimensionados para poder dar respuesta a las necesidades y a la mayor capacidad de detección que comporta la acción comunitaria. Es una disfunción atribuir mayores funciones sin la capacidad de poder atenderlas.

Asimismo, en algunos casos, los nuevos modelos de atención, como la telemedicina, pueden resultar convenientes para mejorar la adherencia y los vínculos, al ser especialmente respetuosos respecto a la privacidad de las personas atendidas (hecho especialmente remarcable en comunidades pequeñas).

6. LA INTERVENCIÓN EN LOS ÁMBITOS EDUCATIVO Y LABORAL

Los entornos educativos y laborales suponen dos campos de actuación que tienen especial relevancia, tanto para la prevención, como para la detección o la posterior intervención en casos detectados.

Así, el período escolar supone una oportunidad de intervención muy valiosa (puesto que abarca el global de la población más joven), en la cual se puede actuar tanto individualmente como mediante trabajo grupal. También son ámbitos de prevención muy importantes los entornos deportivos, lúdicos y laborales. El trabajo, igual que la vivienda, son grandes elementos de integración y prevención para las personas con adicciones o patología dual.

En este sentido, tiene mucho valor la elaboración de guías de detección para las empresas o la puesta en marcha de iniciativas como las empresas promotoras de salud, en las cuales existe un compromiso de todas las partes implicadas para promover las conductas saludables en el entorno laboral. En el caso de las adicciones, no solo se incide en la prevención, también en la promoción de actitudes no estigmatizantes ni punitivas, que pasen por ofrecer respuestas integradoras (por ejemplo, flexibilidad laboral) cuando se detectan este tipo de casos. Es importante concienciar a los responsables empresariales de que el hecho de implementar políticas de salud en sus empresas permite no solo mejorar los niveles de salud de sus plantillas sino también mejorar la productividad y

el clima laboral, además de reducir problemas importantes como son los accidentes laborales.

CONCLUSIONES

Del análisis de los distintos aspectos anteriormente tratados, relacionados con la atención a las adicciones y la patología dual, se destacan las siguientes conclusiones:

- Existe en el sistema público una amplia red de recursos de atención que permite dar respuesta a las necesidades de las personas con patología dual o con problemas de adicción. Conviene avanzar en la integración y coordinación de dichos recursos para garantizar una mejor accesibilidad y longitudinalidad de la atención.
- La multidisciplinariedad e interprofesionalidad son fundamentales en la atención a las personas con patología dual o adicciones.
- Siguen existiendo estigmas relacionados con las adicciones y patologías mentales. Romper estos estigmas y aumentar la información para una mejor comprensión de las adicciones y la patología dual es fundamental, no solo para la prevención sino también para mejorar la detección y poder ofrecer una atención precoz.
- La sociedad en su conjunto debería estar más informada y ser más sensible sobre las consecuencias sanitarias y sociales de las adicciones (mortalidad, morbilidad, violencia, accidentalidad, pérdida de productividad...).
- También es necesario abordar las adicciones desde una perspectiva de género. Las mujeres tienen una mayor prevalencia de patología dual, sufren más los estigmas y, en consecuencia, reciben menores niveles de atención.
- El papel de los pacientes, familiares y asociaciones tiene mucho valor, tanto en la orientación entre iguales (*peer to peer*), como en el apoyo a los pacientes que supone la red familiar o la actividad de divulgación y sensibilización propia de las entidades.
- Sería deseable que las asociaciones de pacientes y familiares tuviesen una mayor influencia en los poderes públicos, que permitieran contrarrestar el influjo de otros sectores y orientar mejor las políticas y legislaciones en este ámbito.

- La estabilidad de los vínculos, tanto con familiares como con profesionales, la flexibilización de las condiciones de atención, la consideración de las adicciones como enfermedades crónicas o la formación de los propios pacientes en la detección de signos de posibles recaídas son elementos clave para mejorar la adherencia a los tratamientos.
- La atención primaria y comunitaria es el nivel clave para la detección de casos y la atención en primera estancia. Debe tener mayor capacidad para reforzar su perfil comunitario y así desplazarse donde se encuentran las necesidades.
- La telemedicina tiene, para determinados casos y situaciones, potencialidades importantes especialmente por su capacidad de garantizar la privacidad de las personas atendidas.
- Los ámbitos educativo y laboral resultan especialmente propicios para desarrollar intervenciones. Asimismo, la escolarización, el trabajo y la vivienda son factores esenciales de prevención e integración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias, F., et al. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 1, 25(1): 191-200. 2013.
2. EMCDDA. The European Drug Report 2023: Trends and Developments presents the EMCDDA's latest analysis of the drug situation in Europe. Focusing on illicit drug use, related harms and drug supply, the report contains a comprehensive set of national data across these themes and key harm-reduction interventions. 2023.
3. EMCDDA. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, EMCDDA Insights. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2015.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2023, European Drug Report 2023: Trends and Developments. https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en [Consultado septiembre 2023]
5. Reissner et al. 2012, Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías EMCDDA 2013) ECA Study 1990); NCS 1995, NLES 1995, International Consortium Psychiatry Epidemiology, 2001, NESARC 2004, SCHULDEN et al. 2009).
6. Puértolas B, Barbaglia G, Brugal M, Torrens M, Vázquez JM, et al. Lifetime Dual Disorder Screening and Treatment Retention: A Pilot Cohort Study *Journal Clinical Med.* 11(13): 3760. 2022 Jul.
7. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). EDADES. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). 2015.
8. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías. Encuesta Nacional sobre la prevalencia y tratamiento de la concurrencia de trastorno por uso de sustancias y de otro trastorno mental. *SociDrogAlcohol*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). 2020.
9. Casas M, Arranz FJ, Roncero C. Grupo de estudio sobre intervenciones clínicas en conductas adictivas: GICCA: Documento de conclusiones. Barcelona: Drug Farma. 2009.
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Libro blanco sobre los recursos para pacientes con patología dual en España. Resultados de una encuesta a nivel nacional. Madrid.
11. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Trastornos por uso de sustancias y otros trastornos mentales. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. *SociDrogAlcohol*.
12. RIAPAd. Red de investigación en atención primaria de adicciones, <https://www.riapad.es/2023> [Consultado septiembre 2023]
13. Instituto Universitario de Pacientes. UIC. Foros IUP Salud mental y estigma. La visión de pacientes y profesionales. Noviembre de 2021. <https://www.uic.es/sites/default/files/2023-03/salud-mental-informe.pdf>
14. Instituto Universitario de Pacientes. UIC. Foros IUP El estigma de la salud mental y los medios de comunicación. Diciembre de 2021. <https://www.uic.es/sites/default/files/2023-03/informe-final-jornada-salud-mental-medios-comunicacion.pdf>

Plan funcional de una unidad de cuidados críticos postquirúrgicos



Gracia Cárdenas López

Jefa de Servicio de Anestesiología y Reanimación y

Terapia del Dolor. Hospital General de Granollers

graciacardenas8@hotmail.com

ABSTRACT

The 2023–2026 strategic plan of Granollers General Hospital (HGG) envisions the expansion of the surgical department and an increase in highly complex surgical activity, requiring an organizational structure that meets the specific needs of these patients. The latest trends in perioperative care, following ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protocols, have proven effective in managing this type of patient. Therefore, the establishment of a short-stay Post-Surgical Critical Care Unit (PCCU) is considered essential to ensure continuity of care and to reduce complications, reinterventions, and the average length of stay for patients undergoing highly complex surgeries.

To this end, the functional plan for a PCCU has been developed, including the care model, the types of patients to be treated, and the current and anticipated future demand. Various coverage models for the unit are also defined, assessing their cost impact and the staffing requirements for each model. Regarding the number of beds required, it is higher in the 24x5 model. However, the number of staff hours needed is only slightly higher in a 24x7 model but significantly higher in an ICU model. Consequently, a high-resolution PCCU reduces overall costs, and a 24x5 coverage model offers greater efficiency and an opportunity to optimize the organization of operating rooms.

KEYWORDS

Postoperative, Critical care, Coverage models, Functional plan

RESUMEN

El plan estratégico 2023-2026 del Hospital General de Granollers (HGG) contempla el crecimiento del área quirúrgica y el aumento de actividad quirúrgica de alta complejidad, lo que exige una organización acorde a las necesidades de estos pacientes. Las últimas tendencias de tratamiento perioperatorio según protocolos ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) han demostrado eficacia en el tratamiento de estos pacientes. Por ello, se considera que una Unidad de Cuidados Críticos Postquirúrgicos (UCCP) de corta estancia proporcionaría continuidad asistencial y disminuiría complicaciones, reintervenciones y estancia media de los pacientes quirúrgicos de alta complejidad.

Para ello, se diseña el plan funcional de una UCCP incluyendo el modelo asistencial, la tipología de pacientes a atender y la demanda previsible actual y futura. Se definen, además, posibles modelos de cobertura de la unidad, evaluando su impacto sobre los costes, considerando las necesidades de personal para cada modelo. Respecto al número de camas necesario, es mayor en el modelo 24x5. Sin embargo, el número de horas de personal necesarias es discretamente mayor en un modelo 24x7 y mucho mayor en un modelo UCI. Por tanto, una UCCP de alta resolución disminuye costes globales y un modelo de cobertura 24x5 representa mayor eficiencia y una oportunidad de reordenamiento eficiente de los quirófanos.

PALABRAS CLAVE

Postoperatorio, Cuidados críticos, Modelos de cobertura, Plan funcional

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1955 se constituyese la anestesiología como una especialidad médica, las muertes atribuibles únicamente al acto anestésico han disminuido desde 1 cada 1.000 anestесias, en 1960, hasta 1 cada 150.000 anestесias en 2010¹. Además, desde que en 1953 se constituyese la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR), la anestesiología no ha dejado de crecer como ciencia aportando evidencia y desarrollando técnicas que inciden en el perioperatorio, de manera que disminuyen la prevalencia de infecciones y otras complicaciones postoperatorias y, por lo tanto, influyen en la aparición de morbilidad y en la estancia media de los pacientes. De esta manera, la anestesiología ha ido ampliando sus objetivos y campos de actuación consolidándose como Medicina Perioperatoria y adquiriendo un papel importante en el proceso quirúrgico, con intervenciones que contribuyen a su buena evolución.

A principios de siglo XXI aparece la sociedad ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*), compuesta por grupos de trabajo multidisciplinares, con profesionales con diferentes competencias (cirujanos, anestesiólogos, fisioterapeutas, enfermeras, auxiliares, nutricionistas, endocrinólogos...) y cuyo objetivo es la elaboración de protocolos de actuación para conseguir la mejor y más rápida recuperación del paciente quirúrgico, basados en la evidencia científica existente. Estos protocolos se revisan cada cinco años y se publican sus actualizaciones para difundir conocimiento (<https://erassociety.org/guidelines/>).

El cumplimiento de estos protocolos ha aportado calidad asistencial y valor al proceso en sí y ha demostrado eficacia en la reducción de las complicaciones quirúrgicas y médicas disminuyendo así las reintervenciones, los ingresos en unidades de cuidados intensivos (UCI) y los reingresos, disminuyendo la estancia media^{2,3}. Dichas pautas de actuación se han demostrado eficaces, también, en la disminución de las complicaciones presentadas en el postoperatorio inmediato y a medio plazo^{3,5,7}. En el ámbito de la anestesiología este movimiento ha provocado un cambio de cultura: la actuación del anestesiólogo no está tan centrada en la corrección de los efectos adversos de la agresión quirúrgica y en tratar las complicaciones que puedan presentarse, sino en la prevención de la aparición de estos eventos y complicaciones.

La anestesiología, en consecuencia, ha pasado de actuar de manera reactiva a hacerlo de manera preventiva en todo el desarrollo del proceso quirúrgico: en el preoperatorio, con el desarrollo de programas de prehabilitación multimodal que han demostrado que, aumentar la capacidad funcional de los pacientes en el periodo preoperatorio hace que, a las 8 semanas de la cirugía, la capacidad funcional de los mismos sea incluso mayor que la basal^{4,6,8,10}; en el intraoperatorio con el desarrollo de técnicas anestésicas y monitorización específica que ayuda a prevenir muchos de los eventos adversos que puedan sucederse y, por tanto, evitarlos; y en el postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía mayor con o sin comorbilidad, realizando un tratamiento intensivo del dolor con técnicas analgésicas invasivas o no, prevención de náuseas y vómitos, fisioterapia respiratoria, con o sin soporte ventilatorio no invasivo, movilización precoz, retirada de catéteres lo antes posible e ingesta líquida precoz en las primeras 24 horas, contribuyendo de esta manera a la recuperación temprana de la funcionalidad de los pacientes en determinados procesos quirúrgicos⁵. Este tratamiento difícilmente se puede realizar con eficacia en las Unidades de Hospitalización (UH) debido a que la ratio de enfermería por paciente no permite la terapia y monitorización intensiva que requieren estos pacientes.

Para realizar esta actividad asistencial con éxito se diseña la Unidad de Cuidados Críticos Postquirúrgicos (UCCP) que forma parte del Servicio de Anestesiología. Con esta unidad se aporta continuidad al proceso y se alinean los objetivos de todo el equipo desde que el paciente entra en Lista de Espera Quirúrgica (LEQ) hasta que se le da el alta hospitalaria.

Así pues, una UCCP es una unidad para el cuidado de pacientes quirúrgicos sometidos a procedimientos programados quirúrgicos mayores o de moderado riesgo, pero en pacientes de comorbilidad elevada. En esta unidad se ofrece a estos pacientes un seguimiento intensivo de su postoperatorio inmediato, primeras 24h de media, con protocolos ERAS, con los que se incide en la prevención de posibles complicaciones y en la recuperación funcional temprana del paciente.

El crecimiento experimentado por el Hospital General de Granollers y su plan estratégico 2023-2026 contemplan el crecimiento de su área quirúrgica y, por tanto, de la actividad quirúrgica, con la posibilidad de añadir nuevas especialidades quirúrgicas y aumentando la complejidad de las ya existentes. Este dato, unido al aumento de la edad media de la población y de la complejidad médica

de la misma, hace pensar que los procesos quirúrgicos complejos aumentarían en el HGG. Este dato exige una organización más acorde a las necesidades de los pacientes.

En una UCCP de corta estancia, en la que los pacientes sigan tratamiento con protocolos ERAS en el postoperatorio durante un tiempo medio de 24h, se proporcionaría continuidad asistencial y aumentaría la calidad percibida por pacientes, familias y profesionales. Existe evidencia científica suficiente para afirmar que este sistema disminuye las complicaciones médico-quirúrgicas y, por tanto, disminuye reintervenciones y la estancia media². Estos hechos contribuyen a la disminución de los costes globales hospitalarios y al aumento de ingresos dependientes de la actividad.

En la actualidad en el HGG, los pacientes sometidos a procesos que forman parte de la demanda actual durante su postoperatorio inmediato ocupan espacio en la Unidad de Recuperación Posanestésica (URPA), de manera que esta se encuentra frecuentemente sobresaturada necesitando refuerzo de enfermería y otros pacientes son trasladados a UCI. La disminución de costes vendría también de la mano de no consumir recursos que son más caros e innecesarios.

El desarrollo de una unidad de cuidados críticos postoperatorios para tratamiento intensivo postoperatorio y realizado por anestesiólogos, junto con el desarrollo del área quirúrgica del Hospital General de Granollers sería una lógica evolución que representaría un aumento de la calidad asistencial del centro, capaz de ofrecer continuidad asistencial en la globalidad del proceso quirúrgico, en consonancia con su misión, visión y valores.

CONTENIDO

El objetivo principal de este trabajo fue diseñar un Plan funcional para una Unidad de Cuidados Críticos Postquirúrgicos en cirugía mayor, de corta estancia, y con un modelo asistencial de alta resolución basado en protocolos ERAS, en el Hospital General de Granollers. Otros objetivos fueron evaluar el impacto de diferentes modelos de cobertura de profesionales sobre los costes de una UCCP, analizar el coste de la unidad medido en impacto de número de profesionales necesario para el modelo de cobertura, proporcionar a la población del Vallès Oriental una atención postquirúrgica inmediata, eficiente y de excelencia, ofrecer continuidad de tratamiento bajo protocolos ERAS a los pacientes sometidos a procesos

quirúrgicos, oncológicos y no oncológicos, de riesgo alto, que necesiten monitorización entre 6h y 36h posterior a la cirugía y aumentar la satisfacción de pacientes, familias y profesionales en la atención del postoperatorio de procesos de cirugía mayor del adulto.

Como se ha comentado anteriormente, la población que se trata es cada vez más envejecida y pluripatológica. Según los Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA) del CatSalut el 5% de los pacientes representan el grupo de mayor complejidad (https://ics.gencat.cat/es/detall/noticia/cc_gma.html). Si a esto se añade que cada vez las tecnologías ayudan al desarrollo de técnicas quirúrgicas con menor repercusión para el paciente, se ve como pacientes que hubieran sido descartados para cirugía hace unos años ahora llegan a operarse⁷⁻⁹. Todo esto hace pensar que la demanda de una UCCP cada vez será mayor.

La cartera de servicios de la UCCP son todos los pacientes sometidos a cirugía mayor, oncológica o no, del adulto, tanto de forma programada como urgente y los pacientes sometidos a procesos quirúrgicos de riesgo moderado pero que presenten elevada comorbilidad. Los datos para el HGG son recogidos por el Servicio de Documentación en base a los CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos de las Altas Hospitalarias) de las distintas especialidades quirúrgicas existentes en el centro.

Así pues, según el Servicio de Documentación del HGG se realizaron en el año 2022, 11.220 procesos quirúrgicos de los cuales, 778 son tributarios de ingreso en la UCCP, lo que representa un 6,9% del total. Si se tienen en cuenta solo los procesos quirúrgicos con ingreso hospitalario, el número es de 4.423 procesos y, por lo tanto, los que son tributarios de ingreso en la UCCP, en 2022, representan un 17,6% de todos los procesos quirúrgicos con ingreso hospitalario. El crecimiento total de procesos quirúrgicos realizados entre 2021 y 2022 fue del 8%. Admitiendo la posibilidad de que en este dato haya una sobreestimación debido a la recuperación de los procedimientos quirúrgicos retrasados por la situación COVID, se acepta una estimación aproximada de crecimiento anual en un 5%. Con este dato se puede valorar que la demanda de la unidad en 2028 será de 1.021 pacientes, si se atiende únicamente a la indicación por proceso quirúrgico.

Sin embargo, también son tributarios de dicha unidad, los pacientes con elevada complejidad por comorbilidad, pacientes frágiles. Asumiendo que, al igual que en la

población general el porcentaje de pacientes complejos es del 5%, correspondería al 5% de todos los pacientes sometidos a procesos de hospitalización, lo que se estima en 290 procedimientos quirúrgicos de pacientes complejos en 2028. Por lo tanto, la demanda previsible de la UCCP para el año 2028 es de 1.311 pacientes. Se ha asumido un sesgo de sobreestimación ya que habrá pacientes que cumplan los dos criterios, procedimiento y comorbilidad. Otro sesgo que se ha asumido es que no se ha tenido en cuenta la cartera de servicios quirúrgicos futura debido a la incertidumbre existente en cuanto al número total que se realizará de estos procedimientos y al desconocimiento actual del plan director de los mismos.

Se diseñarán protocolos propios, basados en ERAS, pero adaptados al entorno y dirigidos a cada proceso. En ellos se establecerán pautas de actuación que incidirán sobre las alteraciones que se conocen que son causa de complicaciones postquirúrgicas.

Se han identificado dos potenciales modelos de organización de la cobertura, 24x5 y 24x7 y se comparan entre ellos y con UCI. El modelo 24x5 es el que mantiene una actividad de lunes a viernes por la mañana y tarde y de lunes a jueves por la noche, cerrando la unidad los fines de semana. Este modelo sería dependiente de una demanda muy ligada a la programación quirúrgica. El personal fijo de la unidad lo formarían enfermería, médico anestesiólogo, TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería), limpieza y administrativo. Según las ratios de personal establecidas se necesitarían 1 enfermera por cada 3 pacientes en el periodo diurno, 1 enfermera por cada 6 pacientes en el periodo nocturno, 1 anestesiólogo por cada 6 pacientes en periodo diurno 14h, 1 TCAE por cada 6 pacientes en periodo diurno, 1 TCAE por cada 12 pacientes en periodo nocturno, 0,5 limpiadora por cada 6 pacientes durante 14 horas al día de lunes a viernes y 1 administrativa por cada 12 pacientes durante 7h al día de lunes a viernes. Se entiende por periodo diurno el que

transcurre desde las 8h a 22h y periodo nocturno entre las 22h a las 8h del día siguiente.

El modelo de cobertura 24x7 mantiene la unidad abierta todos los días del año. Las ratios de personal son las mismas calculadas en 7 días, excepto la administrativa que estaría de lunes a viernes igualmente. Este modelo da más autonomía, pero necesita más personal y una dotación de guardia de anestesiólogo. La dimensión de la UCCP será calculada con la fórmula:

$$\text{Número de camas} = \frac{\text{Ingresos} \times \text{Estancia media}}{365 \times \text{ocupación}}$$

Los ingresos corresponden a la demanda previsible, la estancia media será de 1 día porque así se ha definido en el modelo, la ocupación se fija en el 90% ya que la demanda de la unidad es controlable por tratarse de procesos programados. Finalmente, según el modelo escogido, se contarán 365 días para el modelo 24x7, y 247 días para el modelo 24x5.

Para la evaluación de costes se tendrá en cuenta el resultado de dimensionamiento que se ha obtenido para la unidad, en base a la demanda calculada y el modelo de cobertura. Se comparan los costes de los dos modelos de cobertura y de UCI. El coste que realmente marca la diferencia en los dos modelos de cobertura es el de personal, los profesionales que de forma fija y según ratios establecidas deben trabajar en la unidad, haya o no haya pacientes. El personal sanitario es un coste fijo de importante magnitud en todas las áreas sanitarias. Este personal engloba los profesionales de enfermería, TCAE, médico, administrativo y limpieza. La valoración del coste se hará en base al impacto que tiene el personal en los diferentes modelos de cobertura propuestos, calculo que será representativo del coste de cada modelo. Así pues, el coste no se definirá en euros sino en número de horas necesarias de los profesionales y número de profesionales requeridos.

	Enfermería	Médico	TCAI	Limpieza	Administrativo
Diurno (8-22h)	1:03	1:06	1:06	0,5:6	1:12 (7h)
Nocturno (22-8h)	1:06		1:12		

Tabla 1. Cantidad de profesional sanitario y no sanitario necesario por paciente en cada franja horaria establecida.

RESULTADOS

La dimensión de la UCCP, según demanda actual y previsible para 2028, de un modelo 24x5 sería de 4-5 camas con crecimiento hasta 6 camas. Según el modelo 24x7 sería de 3-4 en la actualidad con crecimiento previsible hasta 4 camas. Este modelo, aunque a priori necesita menos camas puede llevar a error, ya que, al depender de la demanda de la programación quirúrgica, se pueden tener días de sobreocupación y días de infraocupación (fines de semana).

Camas	2023	2028
24x5	4,5 (4-5)	5,6 (6)
24x7	3,2 (3-4)	4

Tabla 2. Dimensionamiento en número de camas de la unidad en 2023 y 2028 según modelo de cobertura.

En cuanto al personal necesario para la unidad, en el modelo 24x5 las necesidades son discretamente menores respecto al modelo 24x7. Además, este último requiere personal médico de guardia. Los requerimientos de personal con el modelo UCI son mucho más elevados. Los crecimientos preVISIBLES de la unidad para 2028 representan un aumento discreto pero existente de necesidad de personal sanitario en ambos modelos 24x5 y 24x7. En cambio, con modelo UCI no aumentarían dichas necesidades.

Tipo profesional (24x5)	Horas (2023)	Profesionales (2023)	Horas (2028)	Profesionales (2028)
Enfermería	8.866	5.5	8.866	5.5
Auxiliar	4.326	2.7	5.408	3.3
Médico	3.458	2	3.458	2
Administrativa	692	0.4	865	0.5
Limpieza	1.383	0.8	2.555	1.5

Tabla 3. Número de horas de profesionales y número de profesionales necesarios para una UCCP de 4 camas en un modelo de cobertura de 24x5 en 2023 y de 6 camas en 2028.

Tipo profesional (24x7)	Horas (2023)	Profesionales (2023)	Horas (2028)	Profesionales (2028)
Enfermería	8.760	5.4	13.870	8.5
Auxiliar	4.380	2.7	8.760	5.4
Médico	5.110	3.14	5.110	3.14
Administrativa	432	0.3	571	0.4
Limpieza	1.278	0.8	1.533	1

Tabla 4. Número de horas de profesionales y número de profesionales necesarios para una UCCP de 3 camas en un modelo de cobertura de 24x7 en 2023 y de 4 camas en 2028.

Tipo profesional (UCI)	Horas	Profesionales
Enfermería	17.520	10.8
Auxiliar	8.760	5.4
Médico	5.110	3.14
Administrativa	432	0.3
Limpieza	1.278	0.8

Tabla 5. Número de horas de profesionales y número de profesionales necesarios para una UCI de 3 camas en un modelo de cobertura de 24x7 para 2023 y de 4 camas en 2028.

Este modelo de UCCP basado en protocolos ERAS y con modelo organizativo de cobertura 24x5 parece eficiente. Se revela como una oportunidad para el correcto reordenamiento de la nueva área quirúrgica, reuniendo los procedimientos mayores en los días laborables. No hay que olvidar que existe evidencia del aumento de riesgo incluso de mortalidad en los pacientes ingresados de viernes a domingo^{11,12}.

CONCLUSIONES

- Una unidad asistencial de alta resolución y corta estancia puede aumentar la calidad y resultados en salud de los procesos quirúrgicos de riesgo elevado. Esto es debido a la prestación de servicios de forma intensiva y preventiva, adelantándose a posibles eventos adversos y, por lo tanto, evitando posibles complicaciones.
- Una UCCP con modelo asistencial basado en protocolos ERAS para el postoperatorio de procesos quirúrgicos de alto riesgo puede disminuir los costes globales del proceso.
- Una unidad de semicríticos o UCCP tienen una intensidad de curas de enfermería diferentes a una UCI (UCI>UCCP) por lo que también tienen menor ratio de personal. Por tanto, una UCCP constituye una alternativa coste-efectiva frente a una UCI para estos pacientes.
- Un modelo de cobertura 24x5 frente a otro 24x7 representa mayor eficacia y menor coste en el tratamiento postoperatorio de procesos quirúrgicos programados de alto riesgo.
- El aumento de demanda esperable para el 2028 del modelo 24x5 supone menor impacto en los costes que el modelo 24x7.

- Una UCCP con modelo de cobertura 24x5 es una oportunidad para el reordenamiento eficiente de los quirófanos.
- La existencia de un área donde derivar los procesos postoperatorios que necesitan entre 6 y 24h de evolución supone una mejoría de la eficiencia de la URPA.
- Un área de especialización para los profesionales aporta satisfacción a los mismos. Para el personal de enfermería supone desarrollo profesional y especialización en áreas de interés. Para el personal médico supone crecimiento y desarrollo profesional individual y del equipo de anestesiología en el conjunto de la institución.
- El tratamiento postoperatorio inmediato en una UCCP aumentaría la calidad asistencial a los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos de complejidad y aumentaría también, la calidad percibida por pacientes y familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guohua Li, M.D., Dr.P.H., Margaret Warner, Ph.D., Barbara H. Lang, B.S., Lin Huang, M.S., Lena S. Sun, M.D. Epidemiology of Anesthesia-related Mortality in the United States, 1999–2005 *Anesthesiology* 2009; 110:759 – 65
2. Ban KA, Berian JR, Ko CY. Does Implementation of Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Protocols in Colorectal Surgery Improve Patient Outcomes? *Clin Colon Rectal Surg.* 2019;32:109–13
3. Ripollés-Melchor J, Ramírez-Rodríguez JM, Casans-Frances R, Aldecoa C, Abad-Motos A, Logroño-Egea M, et al. Association Between Use of Enhanced Recovery After Surgery Protocol and Postoperative Complications in Colorectal Surgery The Postoperative Outcomes Within Enhanced Recovery After Surgery Protocol (POWER) Study. *JAMA Surg.* 2019;154:725–36.
4. Chao Li, Francesco Carli, Lawrence Lee, Patrick Charlebois, Barry Stein, Alexander S. Liberman, Pepa Kaneva, Berson Augustin, Mingkwan Wongyingsinn, Ann Gamsa, Do Jun Kim, Melina C. Vassiliou, Liane S. Feldman. Impact of a trimodal prehabilitation program on functional recovery after colorectal cancer surgery: a pilot study. *Surg Endosc* (2013) 27:1072–1082
5. Macarena Barbero, Javier García, Isabel Alonso, Laura Alonso, Belén San Antonio-San Román, Viktoria Molnar, Carmen León y Matías Cea. Impacto del grado de cumplimiento de un protocolo ERAS en la recuperación funcional después de cirugía colorrectal. *Cir Esp.* 2021;99(2):108–114
6. Barberan-García A, Ubré M, Roca J, Lacy AM, Burgos F, Risco R, Momblán D, Balust J, Blanco I, Martínez-Pallí G. Prehabilitación personalizada en pacientes de alto riesgo sometidos a cirugía abdominal mayor electiva: un estudio aleatorizado y ciego Ensayo controlado. *Ann Surg.* 2018;267(1):50–6.
7. Jesús Sánchez-Beorlegui, Pablo Soriano, Eduardo Monsalve, Nuria Moreno, Roger Cabezali y Ana Navarro. Colecistectomía laparoscópica en pacientes octogenarios. Estudio comparativo entre dos poblaciones en edad geriátrica. *CIR ESP.* 2009;85(4):246–251
8. F. Javier López-Rodríguez, José M. González-Santos, M. José Dalmau y María Bueno. Cirugía cardiaca en el anciano: comparación de resultados a medio plazo entre octogenarios y ancianos de 75 a 79 años. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61(6):579-88
9. Apumayta, Elily D. ; Ruiz, Eloy F. Cáncer gástrico en octogenarios ¿Es viable una cirugía con intención curativa? *Rev Gastroenterol Perú.* 2023;43(1):07-12
10. Kow AW. Prehabilitation and Its Role in Geriatric Surgery. *Ann Acad Med Singap.* 2019;48(11):386–92 PMID: 31960020.
11. N. Freemantle, D. Ray, D. McNulty, D. Rosser, S. Bennet, B.E. Keogh, et al. Increased mortality associated with weekend hospital admission: A case for expanded seven day services?. *BMJ*, 351 (2015), pp. h4596
12. A. Abella, C. Hermosa, V. Enciso, I. Torrejón, R. Molina, M. Díaz, T. Mozo, F. Gordo y I. Salinas. Efecto del momento de ingreso sobre el pronóstico de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos: on-hours vs. off-hours. *Med Intensiva.* 2016;40(1):26–32

Proyecto para la gestión de la lista de espera en la sanidad privada



Joan Izquierdo Casas

Doctor en Medicina. Gerente del Hospital Universitari General de Catalunya. Grupo Quirónsalud.
jizquierdo@quironsalud.es



Xavier Mate García

Doctor en Medicina.
Director territorial Barcelona-Vallès de Quirónsalud.
xavier.mate@quironsalud.es

ABSTRACT

The delay in obtaining appointments in different specialties in private health is increasing.

Different factors are being considered. The collapse in Public Health, during the COVID 19 pandemic, underfunding, and an increase in demand of around 20%. The lack of professionals in the different specialties and finally, an aggressive campaign for medical insurance at very competitive prices.

The number of people with private health insurance has grown, reaching 32% in the last 10 years. There are 11.5 million people in Spain with some type of policy, representing 24% of the population. In addition to an inconvenience, it represents a risk having potentially serious pathology without early diagnosis and the consequences that derive from it.

We propose to reorder and create circuits based on new technologies, such as the digital advance visit and automatisms in the most common medical processes.

We address an orientation never before considered in private healthcare and propose a patient management model prior to their entry on the waiting list. Its application provides filtering and flow ordering, not only for the visit, but also to detect and prioritize those cases that are most vulnerable to a growing delay in private medical care.

KEYWORDS

Waiting list, Private healthcare, Automation, Digital visit

RESUMEN

Está aumentando la demora para obtener citas en diferentes especialidades en la sanidad privada. Se barajan distintos factores, como: el colapso en la sanidad pública durante la pandemia de la COVID-19, la infrafinanciación y un aumento en la demanda alrededor del 20%; la falta de profesionales en las distintas especialidades; y finalmente, una agresiva campaña de seguros médicos a precios muy competitivos.

Ha crecido el número de personas con seguro de salud privado, llegando al 32% en los últimos 10 años. Existen 11,5 millones de personas en España con algún tipo de póliza, representado el 24% de la población. Además de un inconveniente, representa un riesgo teniendo patología potencialmente grave sin diagnóstico precoz y las consecuencias que se deriven.

Se propone reordenar y crear circuitos apoyándose en las nuevas tecnologías, como la visita digital de avance y los automatismos en los procesos médicos más comunes.

Se aborda una orientación nunca planteada en la sanidad privada y se propone un modelo de gestión de pacientes previo a su entrada en lista de espera. Su aplicación proporciona el filtrado y ordenación de flujos, no solo para la visita, sino para detectar y priorizar aquellos casos más vulnerables ante una creciente demora de la asistencia médica privada.

PALABRAS CLAVE

Lista de espera, Sanidad privada, Automatismo, Visita digital

INTRODUCCIÓN

Una de las definiciones más aceptada de lista de espera es la cola de pacientes pendientes para recibir un determinado servicio sanitario. Cada una de las listas por patologías se asocia a un tiempo de espera que puede ser medido en días, semanas, meses o incluso en años. Para ello, se tiene como punto de partida el momento de la inclusión en ella.

El tiempo se valora como el dato más importante, más que el número de personas que se haya en la cola y está determinado por una serie de factores:

- **Gravedad:** grado de sufrimiento, limitación en actividades diarias, así como riesgo de secuelas o de una muerte prematura.
- **Urgencia:** rapidez con la que se requiere una determinada actuación clínica.
- **Prioridad:** además de las circunstancias clínicas, se incluyen factores preferenciales como por ejemplo el caso de los niños u otros colectivos especialmente vulnerables.
- **Beneficios esperados:** probabilidad en que los resultados deseados de la intervención excedan a los resultados adversos o bien los que acontecerían en el caso de no realizar ninguna acción.

Hasta el momento actual, las listas de espera han sido un concepto que solo se ha definido en sistemas de aseguramiento universal que reembolsan a sus proveedores mediante un pago por acto médico.

En el momento en que el volumen de servicios prescritos supera la capacidad de la oferta, la cual no depende solo

de la cantidad de recursos, sino de su gestión, se generan las listas de espera.

La teoría dice que la prescripción médica debería basarse en la evidencia médica sobre los resultados de cada uno de los procedimientos médicos. A pesar de ello, en la práctica, gran parte de actuaciones se realizan dentro de un gran marco de incertidumbre que permite amplias variaciones.

Cuanta menos incertidumbre exista sobre el beneficio de una intervención, menos sensible será su prescripción a los diferentes estilos de práctica o factores extra científicos. Por el contrario, cuanta más incertidumbre, mayor será la necesidad de indicación y mayor dispersión de los exámenes solicitados y tratamientos prescritos, dando un problema de sobreutilización de recursos. Esto va a tener su especial interés en el momento de agrupar patologías y ver su práctica más común basada en evidencia y uso clínico para crear guías de uso y prescripción.

CONTENIDO

1. CONTEXTO

Situación en la sanidad pública

Históricamente se ha asociado el concepto de listas de espera a la sanidad con financiación pública.

La aparición de la COVID-19 y su extensión hasta la afectación a la globalidad del planeta ha cambiado radicalmente la situación previa en este terreno. Estos factores han impactado directamente sobre el sistema de atención primaria de la salud pública ya masificado previamente y con plantillas en ocasiones insuficientes o desmotivadas. Esta se ha replicado en el acceso de los pacientes a las diferentes especialidades (Figura 1).

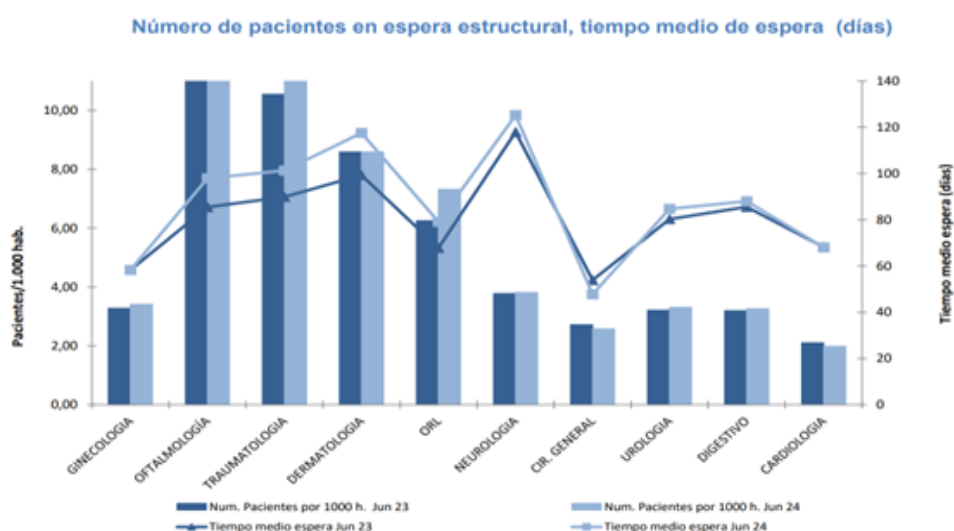


Figura 1. Lista de espera en consultas externas del SNS en junio 2024 (Ministerio de Sanidad).

Situación en la sanidad privada

Hasta el momento, y salvo en colaboraciones puntuales, el funcionamiento de la sanidad privada ha sido muy diferente, tanto desde el punto de vista conceptual como práctico. Los profesionales que realizan su actividad laboral en este sistema, o bien lo son a tiempo completo o a tiempo parcial. A pesar de ser la misma persona, generalmente ha existido un funcionamiento y gestión distinta, posiblemente basada en los incentivos.

Históricamente ha sido un sistema sin un servicio de atención primaria, con acceso directo al especialista por parte del paciente, viéndose esto como un posible valor añadido a este tipo de asistencia.

Posiblemente una baja remuneración por los actos médicos haya favorecido un exceso de frecuentación, generando un gran número de visitas que no aportan valor en términos de salud.

Contexto social y profesional

Existe una creciente falta de profesionales. Por un lado, durante los próximos años se prevé una jubilación masiva de médicos que actualmente están entrando en la sexta década de vida y para los que va a ser muy complejo hallar recambio.

Para paliar este efecto se están incorporando médicos de origen extranjero, lo cual parece una opción de impacto limitado en volumen y tiempo, ya que el mismo problema surge en sus países de origen.

Se han creado nuevas universidades por todo el territorio español y se ha aumentado el número de plazas, pero se verá el resultado en un mínimo de 10 años, tiempo necesario para tener a un especialista formado. Atendiendo a este dato, se puede intuir que se requieren medidas de aplicación y resultado más precoz.

La problemática laboral no es simplemente un tema de volumen de profesionales. En primer lugar, existe un claro, y en aumento, predominio del sexo femenino entre los recién licenciados. Además, los valores de la sociedad han cambiado radicalmente durante las últimas décadas, por lo que la implicación es drásticamente distinta en las actuales generaciones que se incorporan.

Aseguradoras médicas

La posibilidad de contratar una póliza ha estado influenciada por diversos factores y visiones. Por un lado, se ha asociado tradicionalmente a un cierto nivel social, lo que permitía un acceso más rápido y en ocasiones a profesionales o centros con mayor renombre.

El número de asegurados es muy distinto en función de qué parte del territorio se valore. Lo encabeza la Comunidad de Madrid, con un 36,5% de habitantes asegurados, y en ella se destaca el gran número de funcionarios públicos. La segunda es Cataluña, donde representa un 31,8% del total de la población y donde la cultura de la cobertura privada en salud es muy prevalente.

Este escenario, posiblemente valorado por las principales compañías de seguros privados ha provocado una carrera para captar el mayor número de clientes. De esta forma se han diseñado y publicitado un gran número de campañas, con precios realmente bajos.

El crecimiento se cuantifica en un 32% en los últimos diez años. Esto supone que, aproximadamente 11,5 millones de personas en España, disponen de algún tipo de póliza de salud privada, lo que representa un 24% del total la población total del país.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal es crear un sistema de gestión de flujo de pacientes de consultas externas basado en la estandarización de procesos y automatismos para favorecer la accesibilidad y resolución.

Los objetivos secundarios son:

- Creación de una base de datos con los principales diagnósticos y prescripciones para conocer la patología de consultas externas.
- Establecer un catálogo de peticiones automatizadas que permitan mejorar el tiempo de respuesta y diagnóstico.
- Mejorar la satisfacción del paciente y la experiencia durante su asistencia.
- Valorar un cambio y una alienación con las aseguradoras mediante una retribución por proceso.

3. METODOLOGÍA

El proyecto propone pasar de una medicina reactiva a una totalmente proactiva. Desde actos médicos individualizados a un sistema global de gestión basado en vías clínicas que homogenizan el proceso y minimizan la variabilidad.

Se pasará de una medicina que fomenta el volumen a una medicina que premia y se basa en el valor y que se cuantifica con métricas, tanto de resultados, seguridad y satisfacción del paciente.

- El paciente solicita visita a través de cualquiera de los canales. Quien lo recepciona es el “Comand Center”, formado para aplicar la herramienta que, mediante unas preguntas guía determina el motivo de consulta y su protocolo asociado.
- Basándonos en automatismos de vías clínicas establecidas en el sistema operativo se propone un plan de exploraciones.
- El paciente realiza las exploraciones pautadas por la vía clínica.
- El paciente accede al especialista con los resultados, facilitando la decisión clínica, homogeneizando los procesos y liberando espacio de consultas.

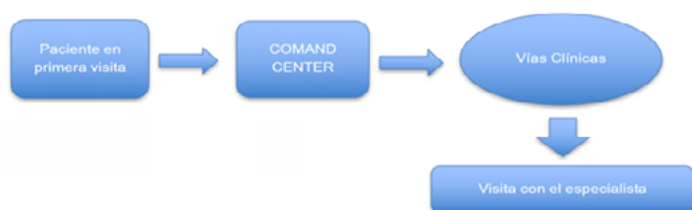


Figura 2. Circuito de automatización de la primera visita.

Indicadores

Van a dirigirse a medir tiempo, así como a la optimización de recursos y el grado de satisfacción.

- Número total de pacientes en lista de espera.
- Porcentaje de pacientes que esperan menos de 7 días para una cita.
- Días globales de espera para una primera visita por especialidad.
- Ratios entre primera y segunda visita por especialidad.
- Porcentaje de pacientes nuevos que entran por el circuito.
- Número de visitas necesarias para cerrar el proceso.
- Valoración de NPS (*Net Promotor Scale*) por cada especialidad.

Periodo de realización

El proyecto constaría de cuatro fases:

1. Recogida de datos sobre la base de las historias clínicas proporcionadas por la actividad de consultas externas. Requiere la concienciación y colaboración

de los profesionales para obtener datos de calidad para hacer las extrapolaciones posteriores.

2. Creación de los catálogos de patologías más frecuentes.
3. Elaboración y consenso de los automatismos con los jefes de los servicios implicados. Habrá una sólida base formada por los protocolos de las sociedades científicas implicadas en cada patología.
4. Aplicación clínica.

RESULTADOS

En este apartado, y al ser un proyecto de trabajo prospectivo, no se pueden aún dar valores concretos. Se puede hacer una extrapolación basada en las teorías que miden el porcentaje de actividad sin valor que se realiza, la cual se estima entre un 20 y un 34% de la práctica médica.

En el gráfico que se muestra a continuación (Figura 3) y basándose en estas hipótesis se puede ver que, con el nuevo modelo, se pueden liberar hasta un 33% de las visitas sucesivas.

Obviamente, esto libera una serie de recursos que se pueden emplear en una actividad nueva y, en este caso, sería dar entrada a pacientes en lista de espera para una primera visita. El hecho de liberar espacio no solo permite una mejor accesibilidad, sino que también puede destinarse a la realización de exploraciones en consultas. Sin duda, que de ello se va a derivar un mayor número de diagnósticos precoces, algunos de los cuales implicarán una actividad quirúrgica.

Paralelo a los resultados que se esperan obtener, se habrá creado una gran base de datos con motivos de consulta y diagnósticos que ayudarán a la mejor gestión de recursos humanos y materiales en función de su volumen.

Es lógico esperar que, al mejorar la accesibilidad y resolución del proceso, se perciba una clara mejoría por parte del paciente con un aumento global en los indicadores de satisfacción.

El nuevo circuito abrirá las puertas a una nueva relación con las aseguradoras, que se focalice en un marco retributivo basado en procesos y que ayude al cambio de mentalidad por parte de los actores implicados.

Sin duda, es una situación excepcional. Un hecho conocido desde hace años en la sanidad pública, como la lista de espera, ha llegado a unos extremos nunca conocidos en el ámbito privado. Como ya se ha descrito a lo largo

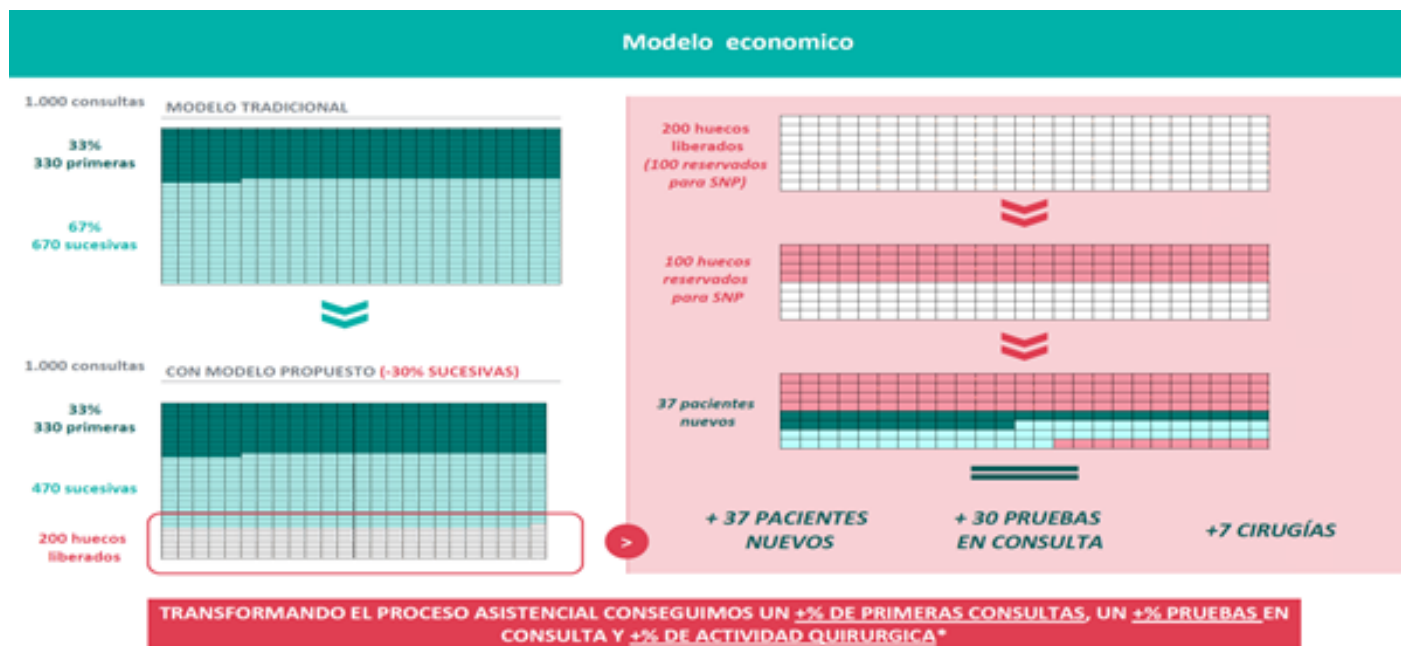


Figura. 3. Estimación de liberación de visitas con el nuevo modelo de gestión y su destinación a otra actividad.

del trabajo, ha habido múltiples factores que han influido, como la pandemia de la COVID-19 y la falta de recursos humanos, entre otros. Esto ha provocado un gran flujo de pacientes hacia la sanidad privada que se enfrenta a un reto inmenso que comporta un cambio de gestión y funcionamiento global.

En el sector de la medicina privada, cada vez más se identifica la urgencia y la necesidad, por lo que este trabajo se ha gestado con la intención de explorar y proponer vías de solución a este reto, tanto desde la visión médica como la de la atención y satisfacción al usuario, el cual tiene creadas altas expectativas.

Como integrantes de la profesión médica y en base al código deontológico que rige la profesión, no solo existe la necesidad de gestión, sino un claro compromiso ético de dar una respuesta eficiente y con una clara vocación resolutoria.

Desde la perspectiva del mayor grupo médico de España, se trata de un cambio en la visión estratégica, con un riesgo asumido por la empresa, pero con la fortaleza que proporciona el gran volumen de datos y los recursos económicos y técnicos que se pueden movilizar.

El momento actual en el que se plantea el problema se dispone de una oportunidad única para poder llevar a cabo la propuesta. Se ha vivido durante los últimos años, incluso meses, una vertiginosa transformación tecnológica. Y más concretamente, y en el sector involucrado, la llegada de la inteligencia artificial aplicada a la resolución de problemas basados en algoritmos de respuesta.

Con los sistemas informáticos que se dispone y al basar la historia clínica en un formato digital, no se debería escapar la capacidad para recoger y almacenar una inmensa cantidad de datos.

El análisis de estos debe ayudar a definir una serie de patologías más frecuentes, así como la forma mayoritaria que tienen los profesionales de plantear sus exploraciones. Esta información, junto con los principales protocolos de las sociedades científicas, permite realizar un catálogo de patologías en que se puedan generar automatismos de pruebas para su estudio, con resolución final más rápida por parte del profesional.

No es la primera vez que se crean protocolos y circuitos para mejorar la asistencia clínica, habiendo tenido una moderada adherencia por parte de los profesionales. En este caso, y lo que es una novedad diferencial, es que la aplicación y gestión pasa a no ser de control individual o en pequeñas áreas, sino que forma parte de un proceso automático y consensuado.

Esta primera visita virtual propuesta para pacientes que solicitan una consulta podría permitir una notable reducción de tiempos, así como la eliminación de gran parte de actos médicos que no aportan valor.

No es la primera vez que se usa la telemedicina en la consulta médica. Esta ha tenido una gran prevalencia a partir de la pandemia. Hasta ahora se evitaba el desplazamiento del paciente al hospital y se intentaban priorizar a algunos pacientes, aunque el número final de actos no se solía reducir. El sistema que se propone es totalmente novedoso y original en la gestión clínica.

Se tiene el convencimiento que de cara al paciente va a generarse un aumento de la satisfacción en cuanto a la experiencia del uso de servicios médicos. En una sociedad cada vez más digitalizada y que en determinados sectores, como la banca, se ha reducido al mínimo la presencialidad, las medidas propuestas serán bien recibidas y progresivamente adaptadas y normalizadas.

Puede ser que exista un tiempo de adaptación al cambio y una serie de resistencias por parte de los usuarios, básicamente los de edad avanzada, como ha ocurrido en sectores que están más avanzados en este campo. Lo que está claro es que es un camino sin retorno y que cada vez los cambios serán más vertiginosos, siempre en compañía de los avances tecnológicos que lo permitan.

Otro punto frágil en los que se prevén ciertos conflictos es en la adaptación de los profesionales médicos. Obviamente existirán resistencias que se deben vencer mediante la información y formación constante, manteniendo foros abiertos y proactivos para el debate y mejora del sistema. Un elemento clave en este aspecto es la reducción de la variabilidad en la práctica clínica con un claro resultado en la mejor atención y seguridad del paciente que debe ser medible.

Hay que ser especialmente cuidadosos en la gestión del gran volumen de datos e información que se va a gestionar. Los riesgos informáticos en el campo de la ciberseguridad deben tenerse en cuenta desde el primer momento. Cada vez son más frecuentes los ataques a instituciones sanitarias por el creciente valor de la información clínica que atesoran.

Se quiere plantear en este apartado la posibilidad de promover un cambio en la relación con las compañías aseguradoras. Al disminuir la variabilidad en el acto médico se puede definir con más exactitud las necesidades de cada uno de los procesos asistenciales. De esta forma, se puede pactar un nuevo marco retributivo para los profesionales en el que se premie la eficiencia, así como la obtención de resultados de calidad y no sólo el volumen de actos médicos.

A pesar de las esperables dificultades que puedan aparecer, tanto en el desarrollo como en la implementación del proyecto, se tiene la absoluta seguridad de que se está ante una ineludible necesidad en el mundo médico y que, desde el campo de la sanidad privada, se deben poner todos los recursos materiales y humanos para resolverlo. Además, si se consiguen buenos resultados, se puedan extrapolar las formas de trabajo a un ámbito no exclusivamente de la sanidad privada.

CONCLUSIONES

- La visita digital de avance es un buen sistema en gestión de lista de espera en sanidad privada.
- La tecnología actual permite gestionar grandes bases de datos y crear automatismos clínicos.
- Los automatismos reducen la variabilidad de la práctica médica acelerando la resolución de casos con un aumento en la seguridad del paciente.
- El cambio en el circuito de atención provoca una mejora de la percepción de la atención por parte del paciente con aumento en los indicadores de satisfacción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peiró, S. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. Notas de Gestión Clínica y Sanitaria 2000 vol.2 nº.4
2. Rozich J.D., Howard R.J., Justeson J.M., Macken P.D., Lindsay M.E., Resar R.K. Standardization as a Mechanism to Improve Safety in Health Care. The Joint Commission Journal on Quality and Safety. 2004;30(1):5-14
3. Queenan C.C., Angst C.M., Devaraj S. Doctors' orders - If they're electronic, do they improve patient satisfaction? A complements/substitutes perspective. Journal of Operations Management. 2011;29(7-8):639-649. Sashkin M., Dirigir motivando. Manual del monitor y cuestionario MbM. Editorial Universitaria Ramon Areces, 1998.



Variables relevantes en la determinación de la necesidad de cuidado en un hospital de día oncohematológico



Lidia Garrote Moliner

Adjunta Assitencial a la Direcció de Persones.

Fundació Sant Francesc d'Assís.

l.garrote@fsfa.cat

ABSTRACT

Different systematic reviews support that the nurse-patient ratio or intensification of care is directly proportional to the quality and safety of care. Cancer patients, who receive outpatient treatment with chemotherapy, require highly intensified and specialized care, but at present no scale or variables have been determined to determine their intensification of care.

Identifying the determining variables in the calculation of the requirement for outpatient care in oncohematological treatment will help to quantify the care required by the patient in order to provide sufficient professionals, improving the specialized and high-quality care of these patients, increasingly complex, who receive antineoplastic treatment on an outpatient basis.

The methodology includes a bibliographic review and a nominal group technique process.

Among the conclusions, it should be noted that this study will help to allocate nursing staff resources according to the intensification of care that patients need in a more efficient and equitable way and the decrease in hospital admissions and complications derived from treatments.

KEYWORDS

Allocation of nurses, Workload, Need for care, Nurse ratio, Intensity of care

RESUMEN

Diferentes revisiones sistemáticas apoyan que la ratio profesional de enfermería - paciente o intensificación del cuidado es directamente proporcional a la calidad y seguridad de la asistencia. El paciente oncológico, que recibe tratamiento ambulatorio con quimioterapia, requiere de una atención altamente intensificada y especializada, pero en la actualidad no se ha determinado ninguna escala o variables para determinar su intensificación de cuidados.

Identificar las variables determinantes en el cálculo de requerimiento de cuidados en un paciente ambulatorio que se encuentra en tratamiento oncohematológico, ayudará a cuantificar el cuidado que requiere el paciente para poder dotar de los profesionales suficientes, mejorando la atención especializada y de alta calidad de estos pacientes, cada vez más complejos, que reciben tratamiento antineoplásico de manera ambulatoria.

La metodología comprende una revisión bibliográfica y un proceso de técnica de grupo nominal.

Las conclusiones evidencian que este estudio ayudará a asignar los recursos de personal de enfermería según la intensificación de cuidados que precisan los pacientes de manera más eficiente y equitativa, y la disminución de los ingresos hospitalarios y de las complicaciones derivadas de los tratamientos.

PALABRAS CLAVE

Asignación de profesional de enfermería, Carga de trabajo, Necesidad de cuidados, Ratio profesional de enfermería, Intensidad de cuidados

INTRODUCCIÓN

La población mundial crece un 1,2% por año, lo que equivaldría a un aumento de 83 millones de personas por año. Se estima que la población mundial alcance los 8,5 billones de habitantes en el año 2030, y que aumente hasta los 9,7 billones en el año 2050 y los 11,2 billones en el año 2100¹.

Al incremento de la población debe añadirse el envejecimiento de esta. En el año 2050, más del 25% de la población tendrá edades por encima de los 60 años (exceptuando África). El número de personas ancianas en el mundo será de 1,4 billones en el año 2030 y de 2,1 billones en el año 2050, y podría aumentar hasta 3,2 billones en el año 2100¹.

En España, el número absoluto de cánceres ha continuado en aumento en relación con el aumento poblacional y su envejecimiento. La edad es un factor de riesgo en el desarrollo del cáncer, junto con otros factores como el tabaco, el alcohol, la contaminación, las infecciones, la obesidad, el sedentarismo, entre otros muchos².

La incidencia de cáncer aumenta con la edad, las personas ≥ 65 años tienen 11 veces más riesgo de desarrollar

70% de todos los cánceres se diagnosticarán en individuos con más de 65 años⁴.

En España, se estima que en 2040 la incidencia del cáncer alcance los 341.000 casos³.

Gracias al diagnóstico precoz y al desarrollo de nuevos fármacos, la supervivencia de los pacientes con cáncer ha incrementado de forma progresiva⁵. Todo esto junto con el incremento de la esperanza de vida de la población, hace que la prevalencia del cáncer sea cada vez mayor, llegando a superar en los próximos años a las enfermedades cardiovasculares. De ahí la importancia de tener previsto el desarrollo de estructuras y profesionales que puedan hacer frente a esta gran demanda⁶.

La fragilidad del paciente oncogeriátrico, que recibe tratamiento de quimioterapia, le pone en mayor riesgo que frente a tratamientos radicales o con alta toxicidad asociada.

El uso de quimioterapia también se asocia con un mayor riesgo de causar deterioro cognitivo en el anciano^{7,8}, así como dependencia funcional, incrementando el riesgo de mortalidad⁹.

Existe una necesidad tanto por parte de los profesionales como de los pacientes, de una atención cada vez más especializada, puesto que la complejidad de los pacientes oncológicos cada vez es mayor. Esta complejidad viene determinada por el proceso oncológico en sí, por los tratamientos recibidos, por los efectos secundarios de los mismos y por la mayor esperanza de vida de los pacientes, que hace que convivan con otras comorbilidades.

Resaltar en esta línea el concepto de “cronificación del cáncer”, en el que la supervivencia de los pacientes oncológicos cada vez es mayor, gracias al desarrollo de nuevos tratamientos que han conseguido, en parte, “cronificar” la enfermedad. Muchos de estos pacientes requieren una atención y seguimiento continuo, puesto que presentan discapacidades a largo plazo y tienen que vivir con una condición crónica y compleja. La supervivencia de los pacientes con cáncer de España se estima que se ha duplicado en los últimos 40 años.

El hospital de día es una unidad de asistencia sanitaria donde los pacientes que se someten a diagnósticos o tratamientos especializados pueden ser tratados o recibir atención sin necesidad de ingresar en el hospital.

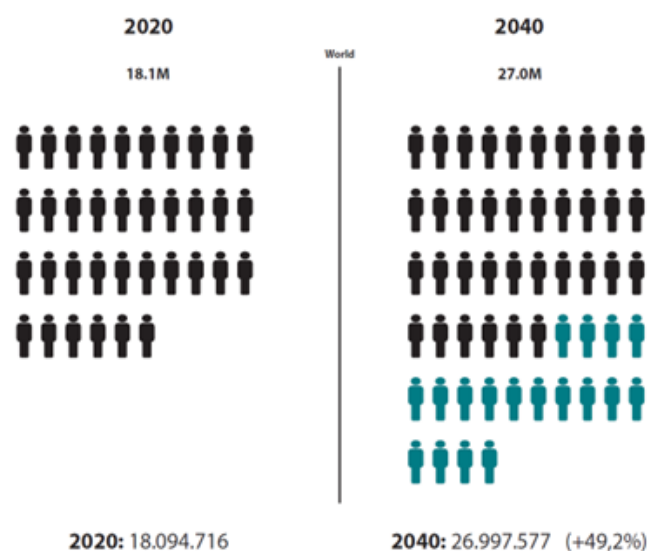


Figura 1. Incidencia estimada de tumores en la población mundial para los años 2020 y 2040, ambos sexos. Fuente: GLOBOCAN 2020. Gráfico: Global Cancer Observatory (<http://gco.iarc.fr/>) © International Agency for Research on Cancer 2022.

cáncer que las personas entre 25 y 44 años y 2-3 veces más riesgo que aquellas entre 45 y 64 años. Más del 50% de los tumores malignos ocurren en personas con 65 años o más. Hacia el año 2030, aproximadamente el

El hospital de día oncológico tiene todos los equipamientos terapéuticos necesarios, según su cartera de servicios. Pero no solo se ocupan de reducir el tiempo que el paciente pase en el hospital, también han supuesto una mejora en cuanto a la calidad de atención al paciente.

Desde el punto de vista del paciente, el hospital de día le va a permitir tener una serie de ventajas que ayudarán a mejorar su calidad de vida y a minimizar el impacto que puede suponer un ingreso hospitalario convencional, además de los riesgos que pudieran derivar de la hospitalización.

Desde el punto de vista del centro, el hospital de día supone un gran ahorro de costes debido a que las hospitalizaciones son mucho más costosas que la permanencia de un paciente en el hospital de día. De forma indirecta, se pueden reducir también los costes que podría conllevar algunas visitas a urgencias si no se monitorizasen y controlasen los efectos adversos en tiempo real.

Instituto Catalán de Oncología (ICO)

En 1995, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya crea en las instalaciones del Duran y Reynals, un centro público y monográfico sobre cáncer, el ICO Hospitalet. En 2002 se crea el ICO Girona, en el Hospital Doctor Josep Trueta y, al año siguiente, el ICO Badalona, en el Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. En el 2014 se pone en marcha en el Hospital Joan XXIII de Tarragona y al Verge de la Cinta de Tortosa, el ICO Camp de Tarragona y Terres de l'Ebre¹⁰.

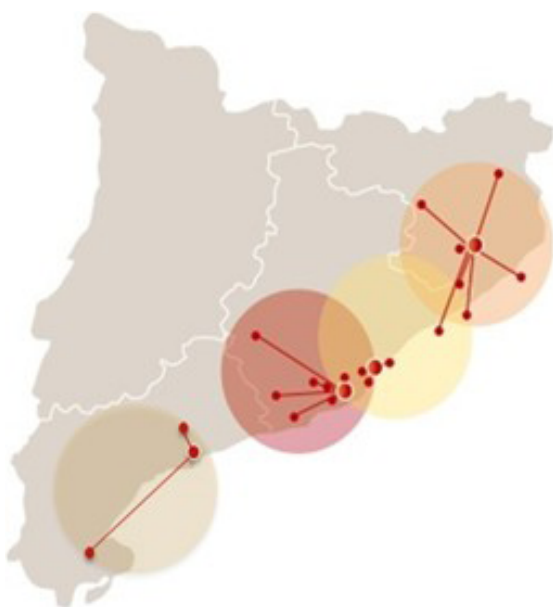


Figura 2. Distribución territorial de los centros del ICO, representando su modelo asistencial centrado en el paciente y sus redes de colaboración.

Su modelo asistencial está centrado en el paciente, en las necesidades de la población, ofreciendo una atención integral del paciente oncohematológico, de manera continua, eficiente y equitativa, mediante la aplicación de guías de actuación (ICO praxis) y a través del trabajo basado en la evidencia científica, garantizando la calidad asistencial con objetivos bien definidos y evaluados de manera continuada¹⁰.

El ICO Badalona trabaja juntamente con el Hospital Germans Trias i Pujol y tiene una red de colaboración con 4 hospitales comarcales.

Cada año se dan unas 1.524 altas de hospitalización, se hacen unas 8.567 primeras visitas, aproximadamente 37.000 sesiones de hospital de día, más de 1.800 tratamientos de radioterapia y más de 2.400 visitas de atención continuada.

La participación en ensayos clínicos y la amplia inclusión de pacientes en los mismos, hace que la complejidad y los requisitos necesarios para la correcta atención de los pacientes sean mayores. En el ICO-Badalona ha habido un incremento de un 25% en la inclusión de pacientes en ensayos clínicos en los últimos años.

Para poder atender adecuadamente a los pacientes oncohematológicos, en tratamiento sistémico en un hospital de día y saber cuántos pacientes deben estar a cargo de un profesional de enfermería, teniendo en cuenta la complejidad de los tratamientos y las comorbilidades de los pacientes, se deben saber qué variables influyen en el cuidado de los pacientes.

Primero de todo, se realizó un DAFO, para poder objetivar la realidad del servicio del Hospital de Día Oncohematológico de Badalona.

CONTENIDO

Se realizó una primera sesión de trabajo presencial con los participantes: 10 profesionales de enfermería, 3 de cada Hospital de Día Oncohematológico de cada centro, reclutados de manera voluntaria a través de la supervisora de enfermería, y la autora de este artículo.

Como único criterio para poder participar era ser profesional de enfermería oncohematológico con más de 5 años de experiencia en la atención al paciente oncohematológico ambulatorio del Instituto Catalán de Oncología de Badalona, Girona y Hospitalet.

La primera reunión, de una duración de tres horas, fue para comentar la bibliografía revisada, de la cual fueron evaluados un total de 14 artículos ¹¹⁻¹⁴ y la creación del DAFO.

Debilidades:

- Complejidad en la gestión del proceso oncológico.
- Presión asistencial derivada de la elevada incidencia y prevalencia del cáncer.
- Autonomía en el desarrollo de los sistemas de información.
- Renovación tecnológica de las estructuras de los sistemas de información y comunicación.
- Fuentes de financiación pública en la investigación.
- Elevada rotación de los profesionales de enfermería.
- Agotamiento de los profesionales.
- No capacitación profesional de las TCAE (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) para asumir otras tareas de enfermería.
- Limitación de estructura.

Amenazas:

- Incremento de la incidencia, prevalencia y largos supervivientes.
- Reducción de recursos para la renovación tecnológica de los equipamientos.
- Impacto de nuevos modelos de financiación.
- Incertidumbre a causa de los cambios socioeconómicos y políticos.
- Cambio de la ley laboral de contratación.
- Falta actual de profesionales de enfermería

Fortalezas:

- Alta especialización de los profesionales y de los medios tecnológicos orientada a la obtención de los mejores resultados.
- Cultura de trato cálido a los pacientes y familiares.

- Modelo de trabajo territorial basado en equipos interdisciplinares.
- Sistema de gestión ética para asegurar el futuro de la institución en la vertiente económica, social y medioambiental.
- Sentimiento de pertenencia a la institución.
- Alto seguimiento de las ICO Praxis.
- Transparencia en la gestión.

Oportunidades:

- Nuevas herramientas terapéuticas y diagnósticas.
- Consolidación de la red oncológica.
- Demanda externa de los servicios de los cuales el ICO es referente.
- Capacidad de incorporar nuevas tecnologías e innovación asistencial.
- Demanda de resultados por la sociedad civil.
- Impacto de nuevos modelos de financiación.

RESULTADOS

No existe evidencia de metodologías y herramientas validadas para la determinación de los estándares. Según la bibliografía y experiencias consultadas las ratios profesional de enfermería paciente en un hospital de día oncohematológico varían entre 1:3-5, siendo la más habitual 1:4.

Para poder justificar estas ratios se necesita una herramienta validada para su cálculo, según los requerimientos asistenciales de los pacientes ambulatorios; por esta razón el objetivo del trabajo es encontrar las variables que ayuden al cálculo de requerimiento de cuidados en paciente ambulatorio en tratamiento oncohematológico, para poder diseñar más adelante la herramienta. Se realizaron 3 reuniones presenciales más hasta la identificación y consenso, superior a 9, de las variables determinantes en el requerimiento asistencial oncológico ambulatorio (0-10).

CONCLUSIONES

El sistema sanitario se enfrenta a grandes retos. La escasez de personal, el envejecimiento de la población, el

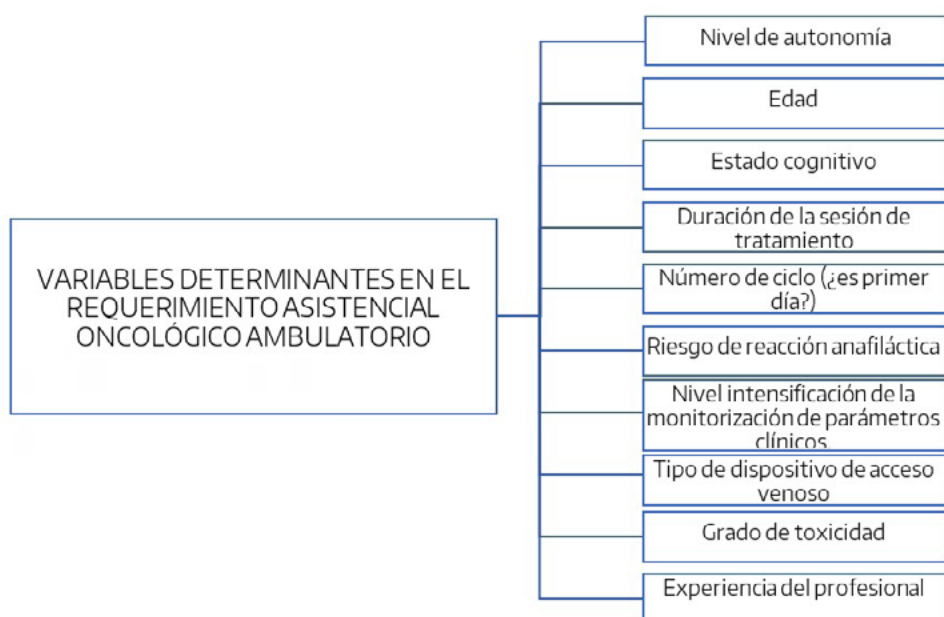


Figura 3. Variables determinantes en el cálculo del requerimiento asistencial en un hospital de día oncohematológico.

aumento de la complejidad y la necesidad de los pacientes y el envejecimiento de la mano de obra ponen en manifiesto las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería y afecta a la atención del paciente y los resultados generales en salud.

Un gran número de evidencias muestra que la dotación del personal de enfermería adecuada contribuye a mejorar los resultados de los pacientes y a una mayor satisfacción tanto para los pacientes como para los profesionales¹⁵.

Determinar cuántos pacientes puede atender un profesional de enfermería oncohematológico en un hospital de día es difícil de contestar, ya que todo depende del paciente individual y de la cantidad de atención que necesite en ese momento el paciente. Por esta razón es necesaria una herramienta que ayude a calcular el tiempo de cuidado para poder distribuir al personal de enfermería según las necesidades de los pacientes.

Establecer prioridades implica posponer o incluso negar a alguien algo de lo que podría beneficiarse. El coste de oportunidad – los beneficios a que los que se renuncia al asignar los recursos – está presente en todas las decisiones y es especialmente visible en la asignación de recursos sanitarios.

Algunas de las fortalezas para realizar este proyecto son:

- Poder ofrecer una atención especializada y de alta calidad al paciente oncológico, cada vez más complejo.

- La correcta atención y seguimiento del paciente en unidades de hospital de día, supone una disminución de los ingresos hospitalarios y de las complicaciones derivadas de los tratamientos.
- Poder asignar los recursos del personal de enfermería según la intensificación de cuidados que precisan los pacientes de manera más eficiente y equitativa.

Y algunas de las limitaciones son:

- La intensificación de cuidado es multifactorial y cambiante, dificultando la estandarización de cuidado según las variables.
- Las variables identificadas deben ser sometidas a estudio Delphi^{16, 17} con el objetivo de lograr un consenso fiable entre las opiniones de un grupo de profesionales expertos geográficamente dispersos, a través de una serie de cuestionarios sucesivos de preguntas cerradas, que se respondan anónimamente y proporcionen información individual para establecer posteriormente un algoritmo de relevancia y significación hasta establecer un instrumento de evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molina Garrido M.J., Guillén Ponce C.. Oncogeriatría: una forma de optimizar la atención global del paciente anciano con cáncer. Nutr. Hosp. [Internet]. 2016 [citado 2022 Ene 31]; 33 (Suppl1): 31-39. Disponible en:

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000700005&lng=es)
- World Cancer Report [Sede Web]. Ginebra. World Health Organization. Global Health Observatory. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW. Cancer research for cancer prevention. 2018. World Cancer Report.
 - Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Disponible en: <https://www.redecn.org>
 - Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A., Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 May; 71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33538338.
 - Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. Las cifras del cáncer en España 2021. 2021 [citado 24 enero 2022]. Disponible en: https://seom.org/images/Cifras_del_cancer_en_España_2021.pdf
 - Yeoh T.T., Si P., Chew L.. The impact of medication therapy management in older oncology patients. *Support Care Cancer* 2013;5:1287-93.
 - Nurs. 2020 Oct;48:101823. doi: 10.1016/j.ejon.2020.101823. Epub 2020 Aug 3. PMID: 32835999; PMCID: PMC7584738.
 - Utne I., Løyland B., Grov E.K., Rasmussen H.L., Torsveit A.H., Paul S.M., Ritchie C., Lindemann K., Vistad I., Rodríguez-Aranda C., Miaskowski C.. Age-related differences in self-report and objective measures of cognitive function in older patients prior to chemotherapy. *Nurs Open.* 2021 Dec 8. doi: 10.1002/nop2.1141. Epub ahead of print. PMID: 34878233.
 - Jespersen E., Winther S.B., Minet L.R., Möller S., Pfeiffer P.. Frailty screening for predicting rapid functional decline, rapid progressive disease, and shorter overall survival in older patients with gastrointestinal cancer receiving palliative chemotherapy - a prospective, clinical study. *J Geriatr Oncol.* 2021 May;12(4):578-584. doi: 10.1016/j.jgo.2020.10.007. Epub 2020 Oct 21. PMID: 33830020.
 - Generalitat de Catalunya, Institut Català d'Oncologia [Sede Web]. Barcelona. Generalitat de Catalunya. 1995 [actualizada el 16 de diciembre de 2019; acceso Enero de 2020] Disponible en: <http://ico.gencat.cat/ca/inici>
 - Jara C., Ayala F., Virizuela J.A.. The oncology day hospital in Spain: an updated analysis of Spanish Society of Medical Oncology (SEOM) looking forward. *Clin Transl Oncol.* 2017 Jan; 19(3): p. 269-272. Disponible en: <https://www.aiteco.com/tecnica-de-grupo-nominal/>
 - Huang Y-L., Bryce A.H., Culbertson T., Connor S.L., Looker S.A., Altman K.M., Collins J.G., Stellner W., McWilliams R.R., Moreno-Aspitia A., Ailawadhi S., and Mesa R.A.. Alternative Outpatient Chemotherapy Scheduling. Method to Improve Patient Service Quality and Nurse Satisfaction. *Journal of Oncology Practice* Volume 14 / Issue 2 / February 2018.
 - Liang, A..Turkcan Acuity-based nurse assignment and patient scheduling in oncology clinics *Health Care Manag Sci* (2016) 19:207–226.
 - Liza Rodriguez A., Jackson H.J., Morris K.. Oncology Nursing Considerations when Developing Outpatient Staffing and Acuity Models. *Seminars in Oncology Nursing* 36 (2020) 151018.
 - Nevidjon B., The challenge of staffing in ambulatory infusion settings April 2018, vol. 22 no. 2 *clinical journal of oncology nursing*.
 - Domínguez-Ardila A., García-Manrique J.G.. Valoración geriátrica integral. *Aten Fam.* 2014;21(1):20–23.
 - Yañez G., Cuadra R.. La técnica delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermería* XIV (1): 9-15, 2008.

La UCI líquida. Plan estratégico de críticos del Hospital Universitari Sagrat Cor de Barcelona



Diego de Mendoza Asensi

Licenciado en Medicina y Cirugía.

Director Médico del Hospital Universitari Sagrat Cor

diego.mendoza@quironsalud.es



Xavier Mate García

Licenciado en Medicina y Cirugía.

Director territorial Barcelona-Vallès de Quirónsalud

xavier.mate@quironsalud.es

ABSTRACT

Intensive Care Units have not substantially changed their structure and functional organization since their creation in the second half of the 20th century, despite the rapid social changes we are experiencing and the changing needs and expectations of patients, especially in the last decade.

With the aim of offering the care that society currently demands, the Intensive Care Medicine Unit of the Hospital Universitari Sagrat Cor has designed a Strategic Plan that aims to provide an innovative vision, centered on the needs of patients, and ensuring efficiency and sustainability. The Strategic Plan is deployed from three strategic lines to different Operational Projects and Action Plans that aim to respond to current demand.

KEYWORDS

Intensive care unit, Critical care, Extended ICU, Critical patient

RESUMEN

Las Unidades de Cuidados Intensivos no han variado de forma sustancial su estructura y organización funcional desde su creación en la segunda mitad del siglo XX, a pesar de los cambios sociales vertiginosos que se están viviendo y de haber cambiado las necesidades y expectativas de los pacientes, especialmente en la última década.

Con el objetivo de ofrecer la atención que demanda la sociedad actualmente, el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitari Sagrat Cor ha diseñado un Plan Estratégico que pretende aportar una visión innovadora, centrada en las necesidades de los pacientes y que asegure la eficiencia y la sostenibilidad. El Plan Estratégico se despliega desde tres líneas estratégicas hasta diferentes proyectos operativos y planes de acción que pretenden dar respuesta a la demanda actual.

PALABRAS CLAVE

Unidad de cuidados intensivos, Medicina intensiva, UCI extendida, Paciente crítico

INTRODUCCIÓN

Desde su origen en los años 60-70, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) han sido espacios acotados dentro de los hospitales especialmente preparados y dotados para atender las necesidades de pacientes críticos¹. Durante los años 90 se fueron habilitando áreas destinadas a pacientes con menor requerimiento de equipamiento y personal, que se denominaron unidades de semicríticos o de cuidados intermedios. Desde entonces, aun habiendo avanzado el conocimiento y la tecnología, ha habido pocas modificaciones en la concepción de las unidades de críticos. En la segunda década del siglo XXI, se ha planteado el concepto de UCI extendida, desarrollando sistemas de detección precoz de eventos graves en pacientes hospitalizados². El objetivo de este concepto ha sido detectar de forma temprana a pacientes en riesgo para trasladarlos precozmente a las unidades tradicionales de críticos.

Durante todas estas décadas se han seguido pautas organizativas rígidas, concentrando a los pacientes en áreas específicas y asignándoles recursos materiales y personales estandarizados.

Sin embargo, el perfil de los pacientes hospitalizados es cada vez más complejo, y sus necesidades de atención cada vez más transversales dentro de las organizaciones. Por tanto, se hace necesario adaptar la estrategia organizativa a la realidad actual, centrándola en las necesidades de los pacientes cada vez más complejos. Estas necesidades abarcan tanto aspectos técnicos como aspectos emocionales, sensoriales y sociales, estos últimos a menudo olvidados o relegados con la excusa de la gravedad y el riesgo de los pacientes.

Y, por si fuera poco, siendo ya evidente la necesidad de cambio de las organizaciones sanitarias, la realidad vivida durante la pandemia de la COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de trasladar el conocimiento del paciente crítico a diferentes áreas de los hospitales, al tiempo que ha demostrado la capacidad de liderazgo de los equipos de intensivos, coordinando a equipos polivalentes en diferentes ubicaciones. Se ha evidenciado durante este largo periodo la necesidad de disponer de un mayor número de profesionales capaces de dar respuesta y controlar a los pacientes críticos y a los potencialmente críticos, al margen de su ubicación.

En este contexto, el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitari Sagrat Cor se plantea como un dispositivo de atención transversal, integrado en la estructura del hospital, que da respuesta a las necesidades de detección precoz de eventos, de monitorización y de tratamiento de todos aquellos pacientes del hospital que estén en riesgo de muerte evitable, y a los que pueda aportar su conocimiento y experiencia, independientemente del lugar donde se encuentren y durante las 24 horas del día, todos los días del año.

Todo ello atendiendo de forma prioritaria a las necesidades emocionales y preferencias de los pacientes y de sus familiares, de forma que la experiencia de usuario sea la mejor posible, cuidando también las necesidades de los profesionales, y siendo sostenibles y responsables socialmente.

CONTENIDO

1. OBJETIVOS

El objeto de este documento es describir la organización de la atención a los pacientes críticos y potencialmente críticos del Hospital Universitari Sagrat Cor. El Plan Estratégico establece el ámbito de actuación del Servicio de Medicina Intensiva en el Hospital, así como los medios y recursos disponibles para alcanzar los objetivos.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Hospital Universitari Sagrat Cor es un centro hospitalario de titularidad privada gestionado por el Grupo Quirónsalud y que pertenece al SISCAT (Sistema Sanitari integral d'Utilització Pública de Catalunya)³. Da servicio tanto a pacientes de aseguradoras y privados, como a pacientes del Servei Català de la Salut, ya que es centro proveedor de CatSalut. El hospital dispone de todas las especialidades medicoquirúrgicas, tiene una capacidad de 350 camas de hospitalización y desarrolla actividades asistenciales, docentes y de investigación⁴.

El Servicio de Medicina Intensiva debe dar respuesta a todos los pacientes críticos o potencialmente críticos del hospital, en cualquier momento y lugar.

3. DEFINICIONES

Paciente crítico: paciente con alguna disfunción orgánica que ponga en riesgo su vida y que sea potencialmente recuperable, con un pronóstico realista de supervivencia a medio plazo.

Paciente semicrítico o potencialmente crítico: paciente en riesgo de presentar alguna disfunción orgánica, cumpliendo los mismos requisitos de recuperabilidad y pronóstico. Este grupo incluye a pacientes precríticos y postcríticos.

Paciente precrítico: paciente en riesgo de deterioro de alguna función orgánica.

Paciente postcrítico: paciente que habiendo sido crítico está en periodo de recuperación de sus disfunciones orgánicas y que requiere todavía cierto grado de vigilancia por riesgo de deterioro.

4. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

Misión: reducir el riesgo de muerte evitable de los pacientes hospitalizados.

Visión: ser un equipo de alto rendimiento con alta capacidad de resolución de situaciones complejas, que genera confianza en los usuarios, en el resto de profesionales y en los equipos directivos, tanto por la calidad asistencial como por el trato humano y la capacidad de gestionar los recursos de forma responsable.

Valores: respeto, honestidad, generosidad y responsabilidad.

5. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

1. Personas. Ser una organización centrada en las personas. Compromiso de organizar la atención y las actividades del servicio en función de las necesidades de las personas. Tanto de los usuarios como de los profesionales.
2. Eficiencia. Ser una organización enfocada a la excelencia asistencial y la sostenibilidad. Compromiso de ser eficientes, persiguiendo la excelencia en cuanto a la calidad de la atención, utilizando los recursos de forma racional y responsable.
3. Innovación. Implementar y utilizar estrategias diferentes. Basada en el análisis y rediseño de los procesos, desde una óptica crítica e imaginativa.

6. DESPLIEGUE ESTRATÉGICO

Cada una de las líneas estratégicas se despliega mediante una serie de objetivos estratégicos.

1. Personas:

- Promover el bienestar de los usuarios durante el ingreso.
- Promover la orientación de los pacientes y reducir la incidencia de delirium.
- Reducir la mortalidad hospitalaria evitable.
- Mejorar la satisfacción de los profesionales.

2. Eficiencia:

- Promover la asistencia de calidad técnica y la excelencia clínica.
- Promover la gestión de la clínica por parte de los profesionales.
- Mantener la sostenibilidad económica adecuando los recursos a las necesidades asistenciales.
- Prevenir eventos adversos y promover la seguridad clínica.

3. Innovación:

- Rediseñar los procesos para cubrir las necesidades de las personas y ser eficientes.
- Unificar sistemas de información.
- Incorporar dispositivos de monitorización inteligentes.
- Promover acciones orientadas a la sostenibilidad medioambiental.

Para alcanzar estos objetivos se plantean y despliegan diferentes proyectos operativos y planes de acción que, si bien dan respuesta de forma prioritaria a alguno de los objetivos concretos, contribuyen a alcanzar otros objetivos de otras líneas estratégicas, tal y como queda plasmado en el mapa estratégico (Tabla 1). Este mapa estratégico evidencia también cómo las líneas estratégicas y sus objetivos estratégicos están alineados con los planteados en el Pla de Salut de Catalunya⁵.

Este despliegue operativo se muestra de forma multidimensional en el modelo gráfico de UCI 3D (Figura 1), en el que cada una de las líneas estratégicas se representa como una dimensión o una cara de un cubo, que a su vez

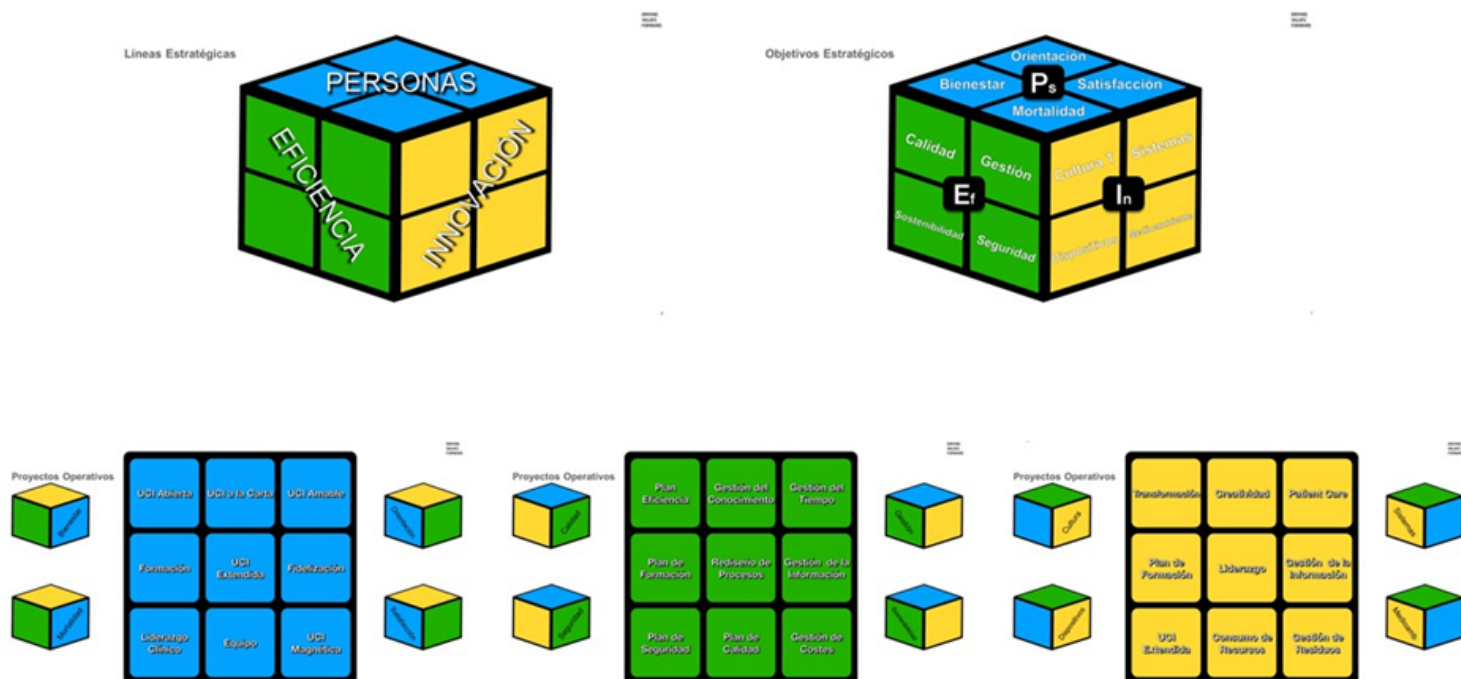


Figura 1. UCI 3D.

están formadas por cada uno de los objetivos operativos y finalmente se plasman los diferentes planes de acción.

Por otra parte, el grado de consecución de los objetivos se medirá con diferentes indicadores relacionados, incluidos en el cuadro de mandos del servicio (Tabla 2).

7. PROYECTOS OPERATIVOS Y PLANES DE ACCIÓN

1. Plan de bienestar

Plan global de atención personalizada, adaptando los cuidados y el entorno a las necesidades individuales de cada paciente, haciéndole partícipe de la toma de decisiones y fomentando la participación de su familia en los cuidados. Este plan tiene como objetivos mejorar el confort físico y emocional del paciente, promover la orientación y reducir la incidencia de delirium y mejorar la experiencia del paciente y su satisfacción. Se utilizará la escala NPS⁶ para evaluar la experiencia de paciente y el grado de satisfacción y la escala CAM-ICU⁷ para evaluar la incidencia de delirium.

Este plan de bienestar se materializa en los siguientes planes de acción:

- UCI abierta

Consiste en permitir el acompañamiento al paciente de una persona durante las 24 horas durante su es-

tancia en la UCI, facilitando su participación en los cuidados.

- UCI amable

Decoración de espacios comunes y habitaciones de pacientes, para dar profundidad, favorecer el relax y el confort visual. De esta forma paliar la ausencia de ventanas y luz natural, siempre preservando la intimidad de los pacientes sin obstaculizar la vigilancia y control por parte del personal.

Instalación de ventanas virtuales. Son pantallas instaladas en las habitaciones de los pacientes, conectadas a una cámara en la azotea del hospital que muestra imágenes panorámicas del exterior en tiempo real, además con capacidad multimedia para reproducción de contenidos de entretenimiento o fotografías y videos aportados por la familia. Contempla también la posibilidad de realizar videollamadas con los familiares que no estén presentes.

Instalación de orejas que faciliten el control del ruido en la UCI.

Instalación de luces circadianas, que varían la intensidad de la luz y el tono durante las 24 horas, simulando la luz natural exterior.

Mejoras en los espacios de trabajo, ergonomía, decoración, iluminación y control del ruido.

- UCI a la carta. Atención personalizada.

Los pacientes tendrán la posibilidad de elegir los horarios y modalidades de algunos de sus cuidados. Los que vayan a ingresar de forma programada (postoperados) lo podrían hacer en una visita previa, con posibilidad de visitar los espacios y conocer al personal. Los pacientes con ingreso urgente tendrían la posibilidad de elegir en el momento en que estén en condiciones o a través de sus familiares.

- Contención zero.

Implementación de un protocolo de detección y prevención del delirium, que incluye un procedimiento específico de indicación y control de contenciones farmacológicas y mecánicas.

2. UCI extendida

La identificación precoz de pacientes en riesgo reduce la mortalidad⁸, previene el desarrollo de disfunciones orgánicas, y permite evitar la aparición de eventos críticos⁹, incluyendo gran parte de las paradas cardíacas intrahospitalarias¹⁰. Los sistemas de registro de constantes vitales y monitorización convencionales son insuficientes para asegurar una respuesta adecuada por parte de los equipos asistenciales¹¹. Ante esta evidencia, un dispositivo de UCI Extendida pretende detectar y tratar de forma precoz cualquier deterioro clínico que pueda ocurrir en cualquier área de hospitalización.

Los objetivos concretos son: reducir la mortalidad hospitalaria evitable, reducir el número de paradas cardíacas intrahospitalarias, reducir el número de ingresos no programados en UCI desde hospitalización, reducir el tiempo de respuesta e inicio de tratamiento de las patologías tiempo dependientes, liderar la implementación del Código Sepsis en el hospital¹², reducir el número de re-ingresos en UCI y acercar el manejo del paciente crítico tanto a enfermería como a facultativos de cualquier área.

Se beneficiará de este dispositivo asistencial cualquier paciente en riesgo de sufrir eventos críticos, de deterioro de su estado clínico o con disfunciones orgánicas agudas recuperables. Este perfil de pacientes ha de ser evaluado por un médico intensivista, que determinará la ubicación de los pacientes en función de su situación clínica y sus necesidades de cuidados. Se establecen 3 áreas de atención:

- Críticos. UCI planta -1: pacientes críticos y semicríticos, que requieran soporte orgánico artificial o monitorización invasiva.
- Semicríticos planta -1 o planta 8: pacientes semicríticos que requieran cuidados frecuentes de enfermería.
- UCI extendida: pacientes precríticos, postcríticos, o semicríticos, sin disfunción orgánica, pero en riesgo de desarrollarla o de presentar eventos de riesgo vital. Estos pacientes quedarán en hospitalización convencional, bajo el cuidado de enfermería de planta con formación específica y a cargo de medicina intensiva durante el periodo en que estén en riesgo.

En base a los diagnósticos de admisión de los pacientes ingresados desde urgencias en el Hospital U. Sagrat Cor (HUSC) y al número de pacientes complejos dados de alta de UCI considerados postcríticos, se estima una demanda cercana a los 2.500 pacientes por año, lo que representa una media diaria de entre 6 y 7 pacientes susceptibles de beneficiarse del dispositivo de UCI extendida, durante un mínimo de 24 horas y un máximo de 72 horas. Esto permite liberar al menos una jornada completa de médico especialista en hospitalización, que quedaría disponible para realizar otras actividades como consultas, exploraciones u otras tareas.

Para atender esta demanda, es necesario dimensionar los recursos necesarios, incluyendo equipamiento específico de monitorización y recursos profesionales. Los pacientes ubicados en hospitalización convencional deben de estar monitorizados con un dispositivo portátil, inalámbrico, de tipo *wearable* o biosensor, que incorpore algoritmos de detección de situaciones de riesgo basado en escalas validadas (NEWS¹³, qSOFA¹⁴). Esta monitorización no ha de estar conectada a una central, por lo que no requiere personal específico que controle los monitores. El personal necesario para atender esta demanda es el propio del servicio de Medicina Intensiva, y la enfermería de hospitalización, sin necesidad de incrementar los costes. Para asegurar la calidad y seguridad de la atención, el personal de enfermería de hospitalización ha de recibir formación específica periódica por parte del personal propio de intensivos y realizar periodos rotatorios de reciclaje en las unidades de críticos y de semicríticos, de acuerdo a un programa específico de formación y reciclaje.

Este dispositivo asistencial de UCI extendida se podría hacer extensivo a hospitales sin UCI, bajo la supervisión y control del SMI del HUSC.

3. UCI magnética. Satisfacción profesional y trabajo en equipo

Planificar e implementar un conjunto de medidas orientadas a crear unas condiciones y un entorno de trabajo favorables para los profesionales, de forma que se sientan motivados y reconocidos, es condición imprescindible para que ofrezcan la mejor calidad técnica y humana posible. Planteados los objetivos de mejorar la satisfacción de los profesionales, crear sentimiento de pertenencia, fidelizar a los profesionales y atraer talento, y como consecuencia aumentar la satisfacción de los usuarios, los indicadores a registrar serán la satisfacción y experiencia de profesional (eNPS, encuestas de clima laboral), la tasa de absentismo y la tasa de abandono o fuga laboral.

Las medidas a implementar incluyen estrategias de comunicación interna y de fomento del trabajo en equipo entre diferentes profesionales, planificación de reuniones periódicas de equipo e individuales, dinámicas de análisis de situación y adaptación de las cargas de trabajo a las competencias y capacidades de los miembros del equipo, y políticas de contratación y remuneración que ofrezcan seguridad y que reconozcan la aportación a los objetivos del equipo y el valor diferencial de cada profesional. Es necesario fomentar sinergias y crear cohesión dentro del grupo, buscando intereses compartidos y complementarios, y al mismo tiempo favoreciendo el crecimiento y desarrollo profesional individual.

4. Plan de eficiencia

Implantación de un conjunto de medidas orientadas a mejorar los resultados clínicos asegurando la sostenibilidad económica. Para lograrlo es necesario rediseñar los procesos y corresponsabilizar a los profesionales de la gestión clínica.

Es necesario rediseñar los procesos utilizando metodología de reingeniería y *lean*, partiendo de un análisis crítico que cuestione el valor aportado por cada rutina existente y por cada paso de los procesos. Por otra parte, dado que una parte importante del gasto sanitario depende de las decisiones clínicas que se toman a diario por parte de los profesionales, para ser eficientes hay que ser capaz de tomar las decisiones más favorables, tanto para los pacientes como para la organización. Las primeras dependen en gran parte del criterio profesional, basado en

el conocimiento y la experiencia, y las segundas dependen del conocimiento de los costes y del conocimiento de los objetivos corporativos. Es necesario también contar con las preferencias de los pacientes, ofreciéndoles la información de riesgos y beneficios y respetando sus preferencias. Compartir con los profesionales asistenciales la responsabilidad de la gestión clínica permitirá que se tomen las mejores decisiones clínicas, lo que asegurará la mayor calidad asistencial minimizando los costes. Se trata, por tanto, de alcanzar la eficiencia a través de la excelencia optimizando el uso de la información.

Será necesario analizar indicadores de resultados clínicos, incluidos en cuadro de mandos del servicio, y controlar la cuenta de explotación del servicio para contener los costes.

Será importante entonces aplicar estrategias de gestión del conocimiento que incluyan planes de formación y fomenten los liderazgos clínicos, al tiempo que asegurar la homogeneidad en la toma de decisiones mediante la protocolización y estandarización.

La gestión eficiente del tiempo no es posible sin adoptar medidas de automatización y desburocratización, que minimicen todas las tareas que no aportan valor y que eviten duplicidades, tanto administrativas como asistenciales.

5. Plan de transformación

Crear una cultura de innovación, capaz de adaptarse a los cambios del entorno y a los internos, es imprescindible para seguir siendo una organización de alto rendimiento. Es necesario adaptarse a las nuevas necesidades de los pacientes, de los profesionales, de la propia organización, de la sanidad y de la sociedad. Para ello, tenemos que ser capaces de transmitir la necesidad de cambio y fomentar la creatividad para la búsqueda de nuevas soluciones. La palanca de este cambio es un liderazgo creativo, ya que la transformación y la innovación no son posibles si no están lideradas por los responsables de la organización. Es necesario también fomentar la autonomía responsable. Dar libertad de acción, delegar la responsabilidad y utilizar el error como oportunidad de aprendizaje y de mejora.

La rapidez de los cambios sociales y tecnológicos actuales hace que existan nuevas reglas sociales y nuevas necesidades, y que se presenten nuevos problemas. La reciente pandemia viral y las amenazas geopolíticas su-

cesivas demuestran que nos encontramos en un entorno volátil, de elevada incerteza y labilidad. Para afrontar estas necesidades y encontrar nuevas soluciones es necesario ser creativo, no pensar desde paradigmas que han dejado de ser vigentes, sino mantener una mentalidad abierta, permitirse mirar desde todos los ángulos posibles.

6. Plan de seguridad clínica

La prevención de eventos adversos reduce la morbilidad y la mortalidad y, por tanto, las estancias y los costes. Por ello, es fundamental dedicar recursos y esfuerzos a prevenir la aparición de sucesos evitables. El proyecto de seguridad clínica se basa en tres líneas de acción: rondas de seguridad periódicas, revisión de objetivos diarios y control de la infección nosocomial.

Es, por tanto, fundamental prevenir la ocurrencia de acontecimientos adversos y crear una cultura de seguridad que ayude a mejorar los resultados clínicos y la calidad asistencial.

7. Plan de calidad

Como parte del ciclo de mejora continua se registran los datos de actividad necesarios para poder evaluar la consecución de resultados mediante el uso de diferentes indicadores. Los datos se recogen directamente desde el sistema de información clínica, que elabora informes automatizados predefinidos, con periodicidad mensual. Todos los profesionales tienen acceso a los datos y los informes, que serán de ayuda a la hora de tomar decisiones y de planificar necesidades. El cuadro de mandos del servicio incluye indicadores de actividad, de calidad y de seguridad (Tabla 2). Los indicadores seleccionados están alineados con las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva (SEMICYUC)¹⁵. Los resultados de los indicadores se comunican y difunden a todo el equipo, que contribuye a definir las acciones de mejora.

8. Plan de formación

Es necesario para asegurar la capacitación de los profesionales, la actualización del conocimiento y, por tanto, la calidad, la eficiencia y la seguridad. Contempla aspectos técnicos y no técnicos, adecuando los programas y objetivos a la necesidad del equipo y las individuales, buscando potenciar el liderazgo clínico y la capacidad de trabajo en equipo. El plan incluye formaciones estratégicas obligatorias, formación continuada en medicina

Intensiva y sesiones semanales de diferentes tipos y con participación de diferentes servicios y asistencia a jornadas formativas y congresos.

9. Plan de sostenibilidad medioambiental

Como organización y como individuos se tiene el compromiso de dar apoyo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas¹⁶ y de la Unión Europea¹⁷, por lo que se han planteado iniciativas alineadas con algunos de los objetivos de la agenda 2030. Muchas de estas acciones favorecen además la reducción de los costes indirectos, al reducir el consumo de material y energía. Acciones de separación de residuos mediante la ubicación de contenedores de recogida selectiva de cristal, envases y papel, que son retirados y procesados de acuerdo con la normativa vigente de gestión de residuos sanitarios. Plan de reducción de consumo de papel, mediante el abandono de rutinas relacionadas con el uso indiscriminado de papel, tales como la impresión rutinaria de informes clínicos y de resultados, la configuración de las impresoras para impresión a doble cara por defecto o la propia informatización departamental de la UCI con abandono de la gráfica tradicional de papel. Se plantea también la reducción del consumo energético, mediante instalación de iluminación circadiana con disminución de la intensidad y las áreas iluminadas durante la noche.

CONCLUSIONES

El desarrollo e implantación de un Plan Estratégico del servicio de medicina intensiva del Hospital Universitari Sagrat Cor es un proyecto multidimensional que pretende adaptar la estructura y dinámica organizativa a las necesidades actuales y cambiantes de los pacientes. La elaboración del Plan Estratégico requiere una metodología de despliegue de objetivos operativos y de planes de acción concretos para cada una de las tres líneas estratégicas. Para lograr alcanzar la meta planteada será necesaria la participación de todo el equipo de profesionales implicados, de una forma creativa, abierta y generosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Medicina intensiva en España. Med Intensiva. 2011;35(2):92-101.

2. Abella Álvarez A., Torrejón Pérez I., Enciso Calderón V. et al. Proyecto UCI sin paredes. Efecto de la detección precoz de los pacientes de riesgo. *Med Intensiva*. 2018;42(1):47-49
3. DECRET 196/2010, de 14 de desembre, del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). DOGC núm. 5776, 16/12/2010
4. <https://www.hscor.com/es/conocenos/bienvenida>
5. Pla de Salut catalunya 2016-2020. https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/
6. Reichheld FF. The one number you need to grow. *Harv Bus Rev*. 2003 Dec;81(12):46-54, 124. PMID: 14712543.
7. Ely E.W., Margolin R., Francis J., May L., Truman B., Dittus R., Speroff T., Gautam S., Bernard G.R., Inouye S.K.. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*. 2001 Jul;29(7):1370-9. doi: 10.1097/00003246-200107000-00012. PMID: 11445689
8. Cardoso L.T., Grion C.M., Matsuo T., Anami E.H., Kauss I.A., Seko L., Bonametti A.M.. Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. *Crit Care*. 2011;15(1):R28. doi: 10.1186/cc9975. Epub 2011 Jan 18. PMID: 21244671; PMCID: PMC3222064.
9. Sakr Y., Lobo S.M., Moreno R.P., Gerlach H., Ranieri V.M., Michalopoulos A., Vincent J.L.; SOAP Investigators. Patterns and early evolution of organ failure in the intensive care unit and their relation to outcome. *Crit Care*. 2012 Nov 16;16(6):R222. doi: 10.1186/cc11868. PMID: 23158219; PMCID: PMC3672601.
10. Churpek M.M., Yuen T.C., Huber M.T., Park S.Y., Hall J.B., Edelson D.P.. Predicting cardiac arrest on the wards: a nested case-control study. *Chest*. 2012 May;141(5):1170-1176. doi: 10.1378/chest.11-1301. Epub 2011 Nov 3. PMID: 22052772; PMCID: PMC3342781.
11. van Galen L.S., Struik P.W., Driesen B.E., Merten H., Ludikhuize J., van der Spoel J.I., Kramer M.H., Nana-yakkara P.W.. Delayed Recognition of Deterioration of Patients in General Wards Is Mostly Caused by Human Related Monitoring Failures: A Root Cause Analysis of Unplanned ICU Admissions. *PLoS One*. 2016 Aug 18;11(8):e0161393. doi: 10.1371/journal.pone.0161393. PMID: 27537689; PMCID: PMC4990328.
12. CatSalut. Instrucció 11/2015. Codi sèpsia greu (CSG). Ordenació i configuració del model organitzatiu i dispositius per a l'atenció inicial a pacients amb sèpsia greu.
13. Smith G.B., Prytherch D.R., Meredith P., Schmidt P.E., Featherstone P.I.. The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. *Resuscitation*. 2013 Apr;84(4):465-70. doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.12.016. Epub 2013 Jan 4. PMID: 23295778.
14. Seymour C.W., Liu V.X., Iwashyna T.J., Brunkhorst F.M., Rea T.D., Scherag A., Rubenfeld G., Kahn J.M., Shankar-Hari M., Singer M., Deutschman C.S., Escobar G.J., Angus D.C.. Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016 Feb 23;315(8):762-74. doi: 10.1001/jama.2016.0288. Erratum in: *JAMA*. 2016 May 24-31;315(20):2237. PMID: 26903335; PMCID: PMC5433435.
15. <https://semicyuc.org/indicadores-de-calidad/>
16. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
17. https://ec.europa.eu/info/strategy/international-strategies/sustainable-development-goals/eu-approach-sustainable-development_es



Lineas estratégicas	Objetivos Estratégicos	Proyectos Operativos	Indicadores			Alineamiento Pla de Salut Sistema Centrat en la Persona
1. Personas	1.1. Promover el bienestar de los usuarios durante el ingreso	Plan de bienestar UCI abierta UCI amable UCI a la carta	Satisfacción (NPS) Incidencia de delirium	Línea 1: Personas, su salud y el sistema sanitario	Proyecto 1.3: Desarrollo de estrategias para implementar el modelo de atención centrada en la persona. Proyecto 1.4: Autoresponsabilización, autocuidado y fomento de la autonomía de las personas. Proyecto 1.5: Utilización de tecnologías en el nuevo modelo relacional de atención integral e integrada.	Proyecto 1.3: Desarrollo de estrategias para implementar el modelo de atención centrada en la persona. Proyecto 1.4: Autoresponsabilización, autocuidado y fomento de la autonomía de las personas. Proyecto 1.5: Utilización de tecnologías en el nuevo modelo relacional de atención integral e integrada.
	1.2. Promover la orientación de los pacientes y reducir la incidencia de delirium					
	1.3. Reducir la mortalidad hospitalaria evitable	UCI extendida	Mortalidad Incidencia de paros cardíacos intrahospitalarios Severidad al ingreso Tasa reingresos	Línea 4: Acceso y resolución	Proyecto 4.1: Modelos de atención a diferentes patologías y reordenación de servicios. Proyecto 4.3: Revisión de la implementación del modelo de atención continuada y urgente, y de sus resultados.	Proyecto 4.1: Modelos de atención a diferentes patologías y reordenación de servicios. Proyecto 4.3: Revisión de la implementación del modelo de atención continuada y urgente, y de sus resultados.
	1.4. Mejorar la satisfacción de los profesionales					
2. Eficiencia	2.1. Promover la asistencia de calidad técnica y la excelencia clínica	UCI magnética Liderazgo clínico Plan de formación	Satisfacción profesional Encuesta de clima laboral Fuga de talento Tasa de fidelización Tasa absentismo Sentimiento de pertenencia	Línea 2: Implicación de los profesionales	Proyecto 2.3: Desarrollo organizativo y liderazgo de los profesionales.	Proyecto 2.3: Desarrollo organizativo y liderazgo de los profesionales.
	2.2. Promover la gestión de la clínica por parte de los profesionales	Plan de eficiencia Gestión del conocimiento Liderazgo clínico Plan de formación	Mortalidad Paradas cardíacas intrahospitalarias Resultado funcional	Línea 8: Excelencia y seguridad	Proyecto 8.1: Atención sanitaria de calidad y excelencia.	Proyecto 8.1: Atención sanitaria de calidad y excelencia.
	2.3. Mantener la sostenibilidad económica adecuando los recursos a las necesidades asistenciales	Plan de eficiencia Gestión de los costes y la información Plan de calidad	Cuenta de explotación Gasto farmacéutico Gasto material	Línea 5: Política farmacéutica y del medicamento Línea 9: Evaluación y transparencia	Proyecto 5.4: Uso de medicamentos y corresponsabilización. Proyecto 9.1: Evaluación de resultados de todo el proceso asistencial.	Proyecto 5.4: Uso de medicamentos y corresponsabilización. Proyecto 9.1: Evaluación de resultados de todo el proceso asistencial.
		Plan de eficiencia Gestión del tiempo Trabajo en equipo Gestión de los costes y la información Facturación Plan de formación				
3. Innovación	2.4. Prevenir eventos adversos y promover la seguridad clínica	Plan de seguridad	Incidentes de seguridad Errores Tasas de infección nosocomial Caidas	Línea 8: Excelencia y seguridad	Proyecto 8.1: Atención sanitaria de calidad y excelente.	Proyecto 8.1: Atención sanitaria de calidad y excelente.
	3.1. Crear cultura de transformación	Plan de transformación		Línea 9: Evaluación y transparencia	Proyecto 9.2: Evaluación de la implementación y del impacto de los proyectos de atención centrada en las personas.	Proyecto 9.2: Evaluación de la implementación y del impacto de los proyectos de atención centrada en las personas.
	3.2. Unificar sistemas de información	Plan de eficiencia Gestión de la información				
	3.3. Incorporación de dispositivos de monitorización inteligentes	UCI extendida				
	3.4. Promover acciones orientadas a la sostenibilidad medioambiental	medioambiental				

Tabla 1. Mapa estratégico.

	NOMBRE INDICADOR	FUENTE	FÓRMULA	ESTÁNDAR	TRIMESTRE				ACUMULADO
					1º	2º	3º	4º	
ACTIVIDAD	Número de altas	PC	número absoluto del periodo						
	Número de estancias	PC	número absoluto del periodo						
	Estancia media	PC	nº estancias / nº altas						
	Índice de ocupación	PC	(nº camas ocupadas / nº camas disponibles) x 100	>85%					
CALIDAD	Tasa de reingresos	PC	(nº reingresos en UCI no programados antes del alta hospitalaria / nº altas UCI) x 100	<5%					
	Tasa de reingresos antes de 48 horas	PC	(nº reingresos en UCI no programados en 48 horas posteriores al alta de UCI / nº altas UCI) x 100	<4%					
	Mortalidad UCI	PC	(nº exitus en UCI / nº altas UCI) x 100						
	Mortalidad ajustada	PC	(mortalidad UCI / mortalidad esperada UCI)	1 (+/-0,10)					
	Mortalidad oculta UCI	PC	(nº exitus en hospitalización tras alta de UCI / nº altas UCI) x 100	2 (+/-0,10)					
	Mortalidad hospitalaria evitable	BI	(nº exitus en pacientes hospitalizados sin orden de no RCP / nº pacientes hospitalizados sin orden de no RCP) x 100						
	Paradas cardíacas intrahospitalarias	BI	número absoluto del periodo	0					
	Ingresos en UCI desde hospitalización no programados	PC	número absoluto del periodo						
	Incidencia de delirium	PC	(nº pacientes ingresados en UCI > 24h con CAM-ICU positivo / nº pacientes ingresados en UCI > 24h) x 100						
	Satisfacción de usuarios	NPS	% promotores - % detractores						
SEGURIDAD	Número de incidentes de seguridad de paciente	SGI	nº de incidentes de seguridad notificados						
	Rondas de seguridad	actas	nº de rondas de seguridad realizadas	4 /año					
	Bacteriemia relacionada con CVC	PC	(nº de bacteriemias relacionadas con CVC / nº total días de CVC) x 1000	< 3					
	Neumonía asociada a la Ventilación Mecánica	PC	(nº de neumonías asociadas a no programados / nº total días de VM) x 100	< 7					
	Infección del tracto Urinario	PC	(nº de episodios de ITU / nº total días de sonda vesical) x 1000	< 4					
	Caidas	SGI	(nº caídas notificadas durante ingreso en UCI / nº estancias UCI) x 1000	< 1,5					
	Úlceras por presión	SGI	nº úlceras por presión						

Tabla 2. Cuadro de mandos.



En colaboración con Janssen España