

Personalización, humanización y digitalización: herramientas claves para una atención integral de calidad en el Servicio de Urgencias

ÍNDICE

1.	JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	2
1.1.	Antecedentes.....	3
2.	PLANIFICACIÓN Y/O CRONOGRAMA	4
3.	ENFOQUE DEL PROYECTO	4
3.1.	Objetivo general.....	4
3.2.	Objetivos específicos.....	4
4.	DESARROLLO Y EJECUCIÓN	4
4.1.	Población diana	5
4.2.	Variables clave y criterios de evaluación que miden con precisión el impacto de los cambios en la calidad 5	
5.	DESPLIEGUE DEL PROYECTO	5
6.	RESULTADOS	6
	Periodo agosto 2021- diciembre 2022	6
7.	EVALUACIÓN Y REVISIÓN	7
8.	CARÁCTER INNOVADOR DEL PROYECTO	7
9.	PLAN DE DIFUSIÓN DEL PROYECTO	7
10.	NIVEL DE APLICABILIDAD DEL PROYECTO	7

1. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El hospital Quirónsalud Córdoba es un hospital mediano. Situado en la ciudad de Córdoba, tiene un área de referencia de 800.000 habitantes que se extiende hasta Jaén y Castilla la Mancha. Su servicio de urgencias cuenta con dos áreas de atención diferenciadas para la asistencia a pacientes adultos y pediátricos; la apertura tuvo lugar en el mes de septiembre del año 2018 con una demanda que superaba las 150 asistencias/día.

Nuestro primer modelo de organización del servicio de urgencias en su apertura **estaba basado en la ubicación de profesionales por áreas desarrollando un trabajo donde no existían profesionales de referencia de enfermería para el paciente, ni para otros profesionales.** Como consecuencia, observamos que se producían tiempos de espera excesivamente elevados, duplicidad de muchas de las tareas o la imposibilidad de realizar un seguimiento del paciente durante el proceso de urgencias, provocando a veces, incidentes de seguridad y la insatisfacción de pacientes y familiares.

Debido a nuestros resultados de insatisfacción de pacientes y profesionales y a la dificultad en la consecución de objetivos propuestos para garantizar nuestros indicadores de calidad máxima, modificamos nuestra forma de trabajar poniendo en marcha un **modelo de organización basado en la atención integral mediante planes de cuidados individualizados con un proceso de asignación primaria en el que a cada paciente se le destina una enfermera responsable de todos sus cuidados sanitarios durante su estancia en urgencias y tras el alta con un seguimiento a través de nuestros sistemas de digitalización en algunos casos concretos, consiguiendo un aumento en la satisfacción de la asistencia, una reducción en los tiempos de atención y una personalización real de nuestros cuidados.** El Equipo referente enfermera- medico, posibilita que se pueda desarrollar una respuesta individualizada adecuada a las necesidades urgentes del paciente, estableciéndose un vínculo terapéutico eficaz durante todo el proceso.

Para completar el plan de personalización asistencial, los profesionales referentes del paciente realizan un seguimiento en domicilio tras recibir el alta del servicio de urgencias a aquellos pacientes que cumplan criterios de seguimiento por la repercusión que puede tener su problema de salud en su vida diaria tras recibir el alta, su especial vulnerabilidad o la importancia de sus síntomas. Este sistema completa el plan de personalización asistencial.

El objetivo es diseñar un entorno seguro en domicilio para garantizar una continuidad de cuidados efectiva y de calidad. De esta manera se pretende prevenir el deterioro de su capacidad funcional y sus complicaciones, así como garantizar la adherencia al tratamiento y responder todas las dudas que le han surgido una vez llega al domicilio. Por otra parte, nos va a permitir detectar nuestros puntos fuertes y áreas de mejora ya que exploraremos también la opinión de nuestros pacientes y familiares con el fin de implantar nuevas formas de atención para poder conseguir la excelencia. **Este modelo de organización y seguimiento ha sido clave en momentos de pandemia para facilitar la accesibilidad del paciente a la atención urgente en función de sus necesidades. Garantizar que los usuarios de nuestro servicio de urgencias reciban los cuidados que precisen de manera personalizada y ordenada disponiendo en todo momento de un profesional de referencia.** La responsabilidad y la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente recae sobre una enfermera que se convierte en la profesional experta capaz de responder a todas sus demandas, dudas, inquietudes... y es quién le informa en todo momento del estado de su proceso durante su estancia y cuando llega a su domicilio, **ofreciendo diferentes posibilidades para poder desarrollar una atención compartida donde el paciente es protagonista de sus decisiones tras el asesoramiento de su profesional de referencia.**

Tras la implantación de este proyecto, el hospital ofrece una respuesta de atención diferenciada en nuestro servicio de urgencias, que supone una nueva puerta de entrada-salida al circuito de atención urgente a través de una práctica de alta resolución en cuidados que permite desarrollar un plan integral de asistencia personalizada siguiendo un modelo de atención compartida donde el paciente decide su plan de tratamiento tras ser asesorado por sus profesionales de referencia con un seguimiento individualizado durante todo el proceso asistencial hasta la resolución de su motivo de consulta.

1.1. Antecedentes

En los últimos años, la **personalización del cuidado ha sido una importante estrategia del sistema sanitario. En concreto la Estrategia de cuidados de Andalucía, en el año 2012**, eligió el modelo de asignación «Enfermería referente» para garantizar esta personalización en el ámbito de la hospitalización y actualmente continua este modelo. **Son múltiples las evidencias existentes que refrendan la importancia que dicha personalización tiene sobre nuestros usuarios hospitalizados: aumento de la satisfacción, mayor adherencia a los tratamientos domiciliarios, disminución de los efectos adversos en el domicilio, etc., aspectos que emanan de una prestación sanitaria de calidad.** Sim embargo **son escasos los estudios realizados en los servicios de urgencias** sobre la aplicación de este modelo de asignación primaria.

En este sentido, **Muñoz Cid en 2021⁶** publica una revisión sistemática donde concluye que en aquellos servicios de urgencias donde se llevan a cabo planes de humanización basados en la personalización del cuidado existe una **diferencia significativa en cuanto a satisfacción del paciente y familiares**, pero no en la calidad de los cuidados. Otro estudio realizado en el hospital Universitario de Puerto Real por **García Juárez y cols 2020⁷** donde se implanta un modelo de asignación primaria en varios servicios del hospital, **evidencia una relación causal entre la personalización de cuidados y la satisfacción del paciente y profesionales.** **Valenzuela Anguita et al. 2019²** realizaron una intervención con enfermeros de un servicio de urgencias, donde se les paso una encuesta para conocer su opinión acerca de la humanización en los servicios de urgencias. Concluyeron que los **modelos biomédicos y técnicos de atención centrada en la causa de hospitalización sean reemplazados por modelos que prioricen el cuidado holístico y se facilite el acompañamiento de familiares en pacientes frágiles involucrándolos en todo el proceso de cuidado.** **Sánchez Bolívar, M. A. 2017** realizaron una intervención donde identificaron estrategias basadas en la humanización para lograr una atención integral en el servicio de urgencias. Entre las estrategias identificadas resaltaron la personalización de cuidados.

Algunas **experiencias internacionales** hacen referencia a la aplicación de modelos de gestión dirigidos a personas con necesidades de cuidados de larga duración (LTC), o con condiciones crónicas complejas y muestran resultados muy esperanzadores respecto a las posibilidades que se derivan de la evolución de esta metodología. El **“Guided Care”** de la **Johns Hopkins⁸**, por ejemplo, a través de un modelo con base en el nivel primario de atención, liderado por enfermeras con competencias de práctica avanzada, consigue aumentar la calidad percibida por pacientes y personas que cuidan, disminuyendo el coste medio/paciente, los reingresos y las visitas a urgencias, en un 25%, un 49% y un 17%, respectivamente, respecto al modelo convencional, y aumentando la satisfacción de los profesionales. Una experiencia más próxima a nosotros y muy documentada es **la versión del Reino Unido del “Evercare”⁹** que, en su segunda fase, a través de un modelo con base en la atención primaria adaptado a las condiciones locales, y liderado por enfermeras especialistas, community matrons, con competencias clínicas avanzadas, sobre personas frágiles con alto grado de utilización de los servicios de urgencias, consigue mejoras en la capacidad funcional y calidad de vida de los

pacientes atendidos, así como en el manejo de la medicación y capacidad de respuesta ante las crisis, evitando reingresos hospitalarios y con una alta satisfacción de pacientes y cuidadoras.

2. PLANIFICACIÓN Y/O CRONOGRAMA

- Ver anexo 1

3. ENFOQUE DEL PROYECTO

3.1. Objetivo general

- Garantizar que los usuarios del servicio de urgencias reciban los cuidados que precisen de manera personalizada, resolviendo sus necesidades asistenciales a través de una atención accesible, continuada, eficiente, segura, integrada y humanizada con ayuda de los sistemas de digitalización más innovadores disponibles.

3.2. Objetivos específicos

- Reforzar el **vínculo, relación y compromiso del equipo referente** con la atención personalizada al paciente y familia durante su estancia en urgencias y tras el alta.
- **Adecuar la accesibilidad del hospital** de manera no presencial y a través de medios telemáticos a la población diana durante las primeras horas tras el alta.
- **Reducir los tiempos de espera y permanencia** en urgencias a través de la agilización del proceso.
- **Mejorar la calidad percibida** de los usuarios aumentando su satisfacción y confort.
- Asegurar la **continuidad de cuidados** desde el servicio de urgencias y durante las primeras horas tras el alta.
- **Prevenir e intervenir precozmente** ante los problemas de salud relacionados con el alta tras su atención en urgencias.
- **Promover la coordinación con otros servicios del hospital** en caso necesario atendiendo al as demandas de los pacientes en función de sus necesidades.
- **Garantizar una comunicación fluida entre profesionales referentes** y sus pacientes Con el objetivo de facilitar la búsqueda de soluciones y poder dar respuestas más ágiles a las dudas surgidas tras el alta.

4. DESARROLLO Y EJECUCIÓN

Estudio descriptivo observacional longitudinal de tipo retrospectivo donde se valoran los indicadores de evaluación del proyecto durante un año y cinco meses tras su implantación.

El proyecto se desarrolla en el servicio de urgencias del Hospital Quirónsalud Córdoba. Actualmente la demanda es de 215 asistencias/día. Este servicio cuenta con dos áreas de atención diferenciadas para la asistencia a pacientes adultos y de edad pediátrica. **La zona de atención para pacientes adultos** cuenta con 7 boxes de observación, 4 consultas de atención médica, 1 consulta para la atención a urgencias tóco ginecológicas, 2 consultas de enfermería, 1 consulta para la recepción, acogida y clasificación de pacientes, 1 Box para la atención a pacientes críticos y 4 sillones de tratamiento. **La zona de atención para pacientes pediátricos** dispone de 1 consulta para la recepción, acogida y clasificación de pacientes, 1 consulta de enfermería, 4 boxes de observación y 3 sillones de tratamiento, así como 2 salas de espera. Cuenta con una **plantilla de profesionales** formada por 13 enfermeras, 7 técnicos auxiliares en cuidados de enfermería y 12 Facultativos. Las enfermeras y técnicos en cuidados de enfermería se distribuyen en turnos de mañana, tarde y noche para cubrir las diferentes áreas del servicio. Los profesionales médicos realizan guardias de 12 o 24 horas, de tal manera que en cada turno de mañana y tarde existen 3 equipos médico-enfermera de referencia.

En las planillas de trabajo se refleja la ubicación de cada profesional y al equipo al que pertenece cada día. Esta asignación se realiza en función de las competencias de cada profesional su experiencia y formación en el área destinada.

El trabajo en equipo comienza en la consulta de recepción, acogida y clasificación del paciente donde la enfermera realiza una valoración exhaustiva de las necesidades del paciente en función de su motivo de consulta y establece una prioridad de atención, designando para ello a uno de los equipos de referencia a través del sistema de asignación digital de pacientes. A partir de este momento se crea un vínculo terapéutico enfermera-médico-paciente-familia utilizando para ello algunas herramientas de digitalización como el sistema de trazabilidad de pacientes, sistema digital de información a familiares, Creación de códigos alfanuméricos para la personalización e identificación de pacientes, Recomendaciones digitales al alta, Cuestionario digital de seguimiento telefónico, entre otras. Para completar el plan de personalización, la enfermera realizará el seguimiento en domicilio para garantizar que todo nuestro proceso de cuidados que comenzó mientras que el paciente estuvo en nuestro servicio de urgencias, continua de manera favorable. En algunos casos intervendrá el facultativo referente o se facilitará las citas correspondientes con otros especialistas.

4.1. Población diana

Pacientes con edad > 14 años atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Quirónsalud Córdoba. Se han valorado las variables seleccionadas en un total de 75.000 pacientes entre los meses de agosto de 2021 a diciembre de 2022.

4.2. Variables clave y criterios de evaluación que miden con precisión el impacto de los cambios en la calidad

Las variables que se han medido durante el tiempo del estudio son: La satisfacción del paciente y familiares, Tiempo de atención triaje, Tiempo de primera atención Triage-consulta, Tiempo de permanencia del paciente en urgencias, Índice de reclamaciones, Reingreso en urgencias <72horas, Incidentes de seguridad del paciente, Número de urgencias, Adherencia al tratamiento, Manejo del dolor, Conocimientos deficientes de su proceso, Problemas o incidencias en domicilio.

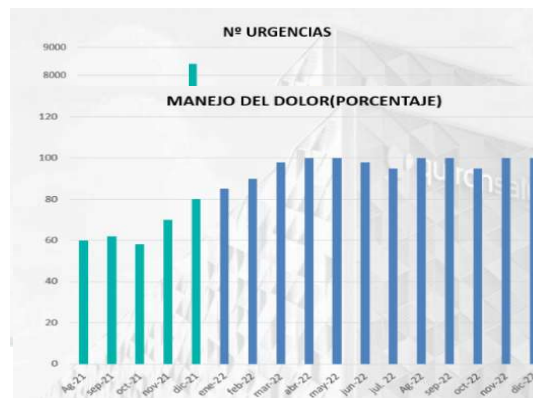
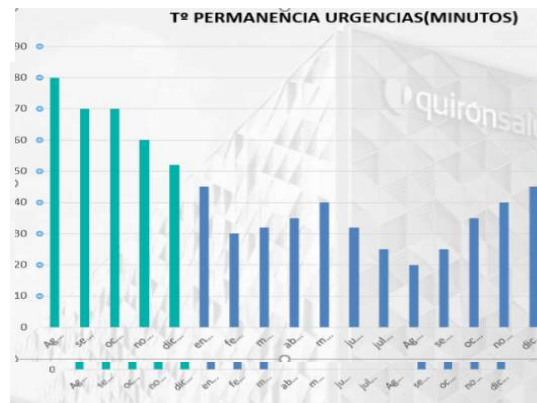
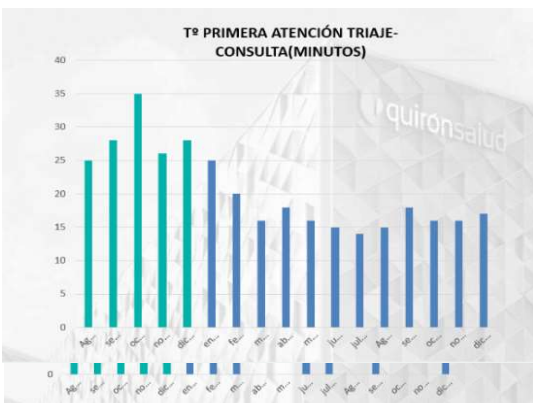
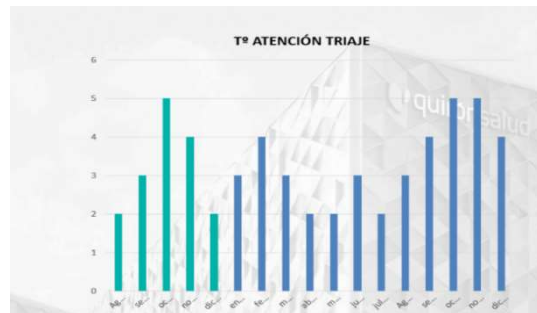
5. DESPLIEGUE DEL PROYECTO

La implantación del proyecto tiene lugar en el mes de agosto de 2021 tras **realizar una serie de cambios estructurales y funcionales en el servicio de urgencias**. Se realizan varias **reuniones con el equipo de profesionales y sistemas de información**, donde, a través de la técnica brainstorming o lluvia de ideas, se desarrollan las acciones que permitirán la puesta en marcha de manera ordenada de los nuevos circuitos de atención. Se realizan entrevistas individuales a los profesionales con el objetivo de conocer sus competencias, habilidades, experiencia y formación para especializar las áreas donde serán ubicados como profesionales de referencia. En el mismo sentido, **se realiza un grupo focal con pacientes y familiares** para la incorporación de medidas de mejora en los circuitos que han detectado tras ser atendidos en nuestro servicio. **De esta manera el proyecto se desarrolla teniendo en cuenta la opinión de profesionales y pacientes lo que supondrá la base del éxito de nuestros resultados. Se implanta un nuevo sistema estructurado e informatizado de triaje**, el sistema español de triaje, que incorpora conceptos de vulnerabilidad clave en la personalización de cuidados. La enfermera decide la prioridad de atención y asigna un equipo enfermera-medico para la asistencia del paciente a través del sistema digital de asignación de equipo referente. La enfermera referente realiza una valoración exhaustiva de necesidades y diseña un plan de cuidados individualizado de manera compartida con paciente y familiares adaptado a su situación permitiendo una atención integral personalizada durante su estancia en urgencias. A partir de aquí y hasta la

resolución de su motivo de consulta, el equipo referente se convierte en asesor haciendo participe al paciente y familiar de su proceso de salud y recuperación. A través de los sistemas digitales de información y códigos alfanuméricos, el paciente y la familia podrán conocer en todo momento el plan de actuación, las pruebas solicitadas y el tiempo estimado de resultados, la ubicación... en el portal del paciente y en los kioscos digitales que se encuentran en el servicio. Una vez reciban el alta, la enfermera y el paciente- familia diseñan un alta planificada en la que se reflejan las recomendaciones digitales, el manejo del tratamiento, los cuidados necesarios en domicilio, las citas con especialistas... y la cita para seguimiento telefónico a través de un **cuestionario estructurado digital** en el caso de cumplir los siguientes criterios: *pacientes con un afrontamiento inefectivo derivado de un diagnóstico reciente que produce un importante impacto emocional en el paciente y/o familia, pacientes con reingresos frecuentes y en los que no existe un cuidador principal, pacientes con deterioro cognitivo, pacientes con dolor elevado EVA>7, Pacientes con motivos de consultas derivados del retraso de atención por especialista o de intervención quirúrgica, Pacientes en situación de cuidados paliativos.*

6. RESULTADOS

Periodo agosto 2021- diciembre 2022



7. EVALUACIÓN Y REVISIÓN

Se cumple la hipótesis que barajábamos antes de la implantación del proyecto, **mejorando significativamente los tiempos de asistencia, la satisfacción del paciente y la calidad percibida, la adherencia al tratamiento en domicilio o el manejo del dolor** tras el alta garantizando la personalización de nuestros cuidados en todo el proceso asistencial a través de la digitalización de nuestro servicio y siendo fieles a la filosofía de nuestro compromiso con la innovación y el trato personalizado. De la misma manera se ha evidenciado **un descenso en el número de reclamaciones, incidentes de seguridad del paciente y en los tiempos de atención, permanencia en urgencias Y reingreso antes de 72h tras el alta.**

Somos conscientes del corto periodo de tiempo desde la puesta en marcha hasta la evaluación de los primeros resultados, aunque ya se puede interpretar una mejora sustancial en el funcionamiento de nuestro servicio de urgencias.

8. CARÁCTER INNOVADOR DEL PROYECTO

Nuestro proyecto supone una innovación notable en la organización y gestión de los servicios de urgencias por el diseño de una estrategia integrada basada en la interrelación de herramientas de digitalización y humanización, que permite el desarrollo de un nuevo modelo asistencial integral y personalizado capaz de ofrecer planes de cuidados individualizados en la atención urgente y promover la seguridad del paciente en todo el proceso desde el ingreso en el servicio de urgencias hasta el alta a domicilio . Este nuevo modelo de atención consolida una filosofía de trabajo centrada en la persona potenciando mecanismos necesarios para que el paciente- familia vaya asumiendo un mayor protagonismo y responsabilidad en la gestión de su proceso y promueva el autocuidado tras el asesoramiento continuo y las recomendaciones de su profesional de referencia seleccionado por asignación primaria, con el objetivo de mejorar la adherencia al tratamiento y reducir las visitas al hospital.

Sin duda alguna, la clave del éxito de este proyecto innovador es la implantación de un sistema organizativo diseñado por gestores, pacientes - familiares y profesionales del servicio de urgencias teniendo en cuenta todas las necesidades identificadas tras dos años de apertura del hospital, que ha permitido una excelente consecución de estándares de calidad asistencial que nos ha llevado a obtener el sello dorado de la Joint Commission Internacional.

9. PLAN DE DIFUSIÓN DEL PROYECTO

Los resultados de nuestro proyecto se han llevado al comité Territorial de nuestro grupo y a las jornadas de Urgencias y Emergencias de Quirónsalud a nivel nacional.

10. NIVEL DE APLICABILIDAD DEL PROYECTO

Será importante realizar una primera fase de análisis y detección de necesidades que justifique la implantación del modelo asistencial y organizativo, así como la identificación de requerimientos asociados a la réplica y los recursos necesarios humanos, tecnológicos, económicos y de estructura para el desarrollo de la iniciativa.

La capacidad de adaptación de cada organización debe ser bien analizada ya que puede definir la viabilidad del proyecto debido a que se producen cambios importantes en el sistema organizativo y de gestión. En este sentido, es necesario valorar el impacto que va a tener para la salud de los

pacientes, para los profesionales y para la organización en términos de eficacia, eficiencia y efectividad, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en nuestro trabajo.

El siguiente paso es conocer la experiencia, necesidades y opiniones de profesionales y pacientes para poder diseñar las diferentes líneas de acción. Una vez que se decida su implantación, es necesario definir un plan de trabajo en el que queden reflejados los objetivos, las líneas de actuación, la reorganización de recursos, fases de formación y la hoja de ruta con el cronograma de las diferentes fases de desarrollo. Para finalizar, es importante definir un proceso de difusión y de evaluación de resultados.

