



Global Clinical Journal

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



Conociendo sobre la experiencia del paciente a nivel global

Volumen 2, julio de 2020 – Edición en español

**United
Healthcare®
Global**

Honramos el sacrificio de los médicos de todo el mundo que dieron su vida mientras curaban a otras personas durante la pandemia de la COVID-19, incluidos los colaboradores, enfermeros, médicos y otros profesionales de la atención de nuestra familia de UnitedHealth Group.

Que su dedicación a su profesión y a las personas a las que sirvieron sea una inspiración para todos nosotros.

Mensaje de la **Directora Médica**

Las cosas pueden cambiar rápidamente. Nos encontrábamos en proceso de revisión de los artículos para la segunda edición de Global Clinical Journal, con el tema “la experiencia del paciente a nivel global”, cuando se declaró la pandemia de la COVID-19. Médicos de todo el mundo, incluidos los 37.000 médicos de UnitedHealthcare Global, se prepararon para combatir una enfermedad que amenazaba a los sistemas de atención médica en todo el mundo.

Nuestro modelo clínico fundamental basado en la evidencia, nuestra unión como equipo clínico global y nuestra materialización de los valores UnitedHealthcare han cobrado vida durante esta crisis. Nuestros médicos modelan su comportamiento en coherencia con su juramento de proteger a las personas que servimos con compasión, integridad, desempeño dedicado e innovación.

En el momento de imprimir esta edición, aproximadamente 10,4 millones de personas de todo el mundo habían sido infectadas por la COVID-19 y más de 509.500 personas murieron como resultado de la enfermedad. Los caídos incluyen pacientes y profesionales de la salud. Estos héroes dieron su vida protegiendo a los demás, pues trabajaron duro por su profesión y formación para frenar la ola de la enfermedad.

Este problema demuestra el trabajo relacionado con nuestro modelo clínico fundamental. Demuestra el trabajo que hacemos en el curso normal de actividades que nos preparan para las crisis y los retos por delante. Demuestra cómo nosotros, el equipo clínico de UnitedHealthcare Global, ponemos al paciente en el centro de todo lo que hacemos.

Aunque esta edición no está directamente relacionada con los temas de la COVID-19 porque finalizó antes de la pandemia, presentamos el trabajo para celebrar la excelencia de nuestros médicos y en memoria de nuestros colaboradores clínicos que perdimos.



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

Directora Médica y Vicepresidenta Sénior

UnitedHealthcare Global

Comité Asesor del Global Clinical Journal

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

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

Dr. Filipe Basto, MHA

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

Dra. Claudia Boada, MHA

Directora, Gestión de la Salud
Colmédica/Aliansalud
Colombia
claudialb@colmedica.com

Dr. Bernie Elliott

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

Jack Ellis

Analista comercial senior
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
jack.ellis@uhc.com

Dr. Pedro García Aspillaga, MBA

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

Kristen Hellmer

Directora,
Comunicaciones Externas
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
kristen_hellmer@uhc.com

Hilary Lyon, RN, MPH, MBA

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

Dr. Jorge Ospina

Vice-presidente clínico
Clínica del Country/
Clínica la Colina
Colombia
jorge.ospina@clincadelcountry.com

Dra. Lais Perazo, MBA

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

Dr. Luis Ramírez

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

Dra. Ana Ramos Rojas, MHM

Directora Médica
Pacífico
Perú
aramos@pacifico.com.ef

María Frías Rosengren, MBA

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

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

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

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

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

Dr. Charles Souleyman, MSc, MBA

Director Médico
UnitedHealth Group Brasil
Brasil
csouleyman@uhgbrasil.com

Ali Tews

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

Dr. Cristian Ugarte Palacios

Director Médico
Empresas Banmédica -
Care Delivery
Chile
cugarte@empresasbanmedica.com

Mike Vaughan, MPP

Vicepresidente,
Economía Sanitaria
UnitedHealthcare Global
Estados Unidos
mvaughan@uhc.com

Dr. David Velásquez Echeverri

Director Médico
Colmédica/Aliansalud
Colombia
DavidV@colmedica.com

Olivia Young

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

Comité Editorial

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

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

Dr. Bernie Elliott

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

Hilary Lyon, RN, MPH, MBA

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

Dr. Tomas Romero

Director de Calidad
Clínica del Country/
Clínica la Colina
Colombia
tomas.romero@clincadelcountry.com

Cartas al editor:

Envíe sus comentarios, sugerencias y consultas con respecto a los artículos a globalclinical@uhcglobal.com

Índice

Atención de salud mental en el sistema Amil: el reto de la continuidad de la atención.	4
Mejora de la experiencia del paciente con respecto a la atención de urgencias a través de estrategias que impactan positivamente la puntualidad de la atención: Clínica del Country, Bogotá, Colombia	8
Nueva experiencia del paciente con vías clínicas según las directrices de atención basadas en la evidencia – Clínica Dávila, Santiago, Chile	12
Implementación de los <i>Componentes principales de priorización de la Organización Mundial de la Salud</i> para mejorar las prácticas en la prevención de infecciones del torrente sanguíneo asociadas accesos vasculares centrales en Americas Serviços Médicos, Brasil	14
Implementación del Centro de infusión ambulatoria en Clínica Dávila, Santiago, Chile	16
La Experiencia del Paciente: Informes Breves	18
<i>La cultura de UnitedHealth Group en acción: programa ComPaixão – cómo poner en práctica la compasión para mejorar la experiencia del paciente</i>	<i>18</i>
<i>Unidad bariátrica multidisciplinaria centrada en el paciente en el Hospital Lusíadas Porto: experiencia de cinco años</i>	<i>20</i>
<i>Cómo dar malas noticias en la atención médica: la capacitación como herramienta de gestión de riesgos</i>	<i>22</i>
<i>Evaluación clínica por pares: la oportunidad de mejora continua</i>	<i>23</i>
<i>Experiencia del paciente en un nuevo modelo de atención integrada en el centro oncológico, Clínica Dávila, Santiago, Chile</i>	<i>24</i>
Publicaciones recientes seleccionadas	25
Oportunidades educativas y recursos clínicos	25

Atención de salud mental en el sistema Amil: el reto de la continuidad de la atención

Introducción

La depresión es una de las afecciones de salud más prevalentes del mundo, de acuerdo con los datos de 2019 de la Organización Mundial de la Salud. Los datos indican que unos 264 millones de personas sufren depresión. Entre 2005 y 2015, el número de casos aumentó un 18%. El trastorno afectivo bipolar también tiene una prevalencia alta, afectando a aproximadamente 45 millones de personas en todo el mundo, mientras que la esquizofrenia afecta a unos 20 millones de personas.¹ Desafortunadamente, el suicidio es la segunda causa principal de muerte de personas entre los 15 y 29 años. Anualmente, casi 1,6 millones de personas intentan quitarse la vida; de las que, lamentablemente, 800 000 mueren.

El análisis económico muestra que la inversión en la expansión del acceso al tratamiento para personas con trastornos mentales tiene un retorno de inversión 4:1 impulsada por la mejora de la salud y la productividad.² La integración del tratamiento de salud mental con la atención primaria constituye un paso fundamental para el acceso a los servicios y la atención integrada que, a su vez, proporciona atención de mayor calidad y reduce el costo.³

Entre 2017 y 2018, observamos un aumento del 30% en los ingresos psiquiátricos en los usuarios de la compañía de seguros Amil con un diagnóstico de salud mental. Se produjeron reingresos en el plazo de 30 días en el 32% de los casos. Los servicios ambulatorios de Amil se vieron saturados con casos de complejidad baja, dificultando el acceso a servicios ambulatorios a los pacientes psiquiátricos gravemente enfermos.

La creación del programa de salud mental de Amil se originó a partir del deseo de evaluar la calidad clínica que se da durante el ingreso hospitalario, gestionar las estancias de forma más eficiente, evitar hospitalizaciones innecesarias, evitar los reingresos evitables y facilitar la atención ambulatoria de seguimiento después del alta hospitalaria.

Los equipos de gestión clínica hacen un seguimiento de los pacientes ingresados en el hospital con comorbilidades psiquiátricas y junto con los proveedores de atención local trabajan para la derivación oportuna y adecuada, y la transición a los equipos de salud mental hospitalarios o ambulatorios. Estos equipos están compuestos por equipos de especialidades ambulatorias con atención primaria de

salud, ofreciendo una atención integral coordinada para los casos graves.

Esta innovadora integración entre equipos mejora la calidad de la atención de salud mental y reduce los costos generales, lo que da lugar a una red centrada en mejorar la experiencia del paciente.

Implementación del programa de salud mental

El programa de salud mental de Amil comenzó en septiembre de 2018. Actualmente, hay 11 equipos de derivación de salud mental: siete equipos en unidades ambulatorias propiedad de Amil (Amil Espaços Saúde) y cuatro equipos acreditados en unidades ambulatorias la red de Amil. Estos equipos se distribuyen en los estados de São Paulo (4), Río de Janeiro (2), Paraná (2), Río Grande do Norte (1), Ceará (1) y Pernambuco (1). Cada equipo de derivación de salud mental está conformado por un psiquiatra, un psicólogo y un asistente de servicios sociales que gestionan la atención de forma integrada con médicos generales, enfermeros generales y técnicos de enfermería. El equipo que brinda atención médica está conformado por psiquiatras y enfermeros que trabajan en los hospitales psiquiátricos acreditados de la red Amil y controlan el 80% de los ingresos por trastornos de salud mental.

Los pasos iniciales del programa consistieron en un seguimiento y contacto con pacientes gravemente enfermos para comenzar la coordinación de los proveedores de gestión clínica, con los principales proveedores y los ingresos psiquiátricos. La intención era establecer un diálogo colaborativo para fortalecer la atención de la red y la calidad clínica mediante la discusión de pruebas y enfoques actuales en el campo de la salud mental.

Los equipos de derivación de salud mental ofrecen un tratamiento de atención integral para respaldar a los profesionales de atención primaria y facilitar el acceso y la fluidez en los servicios psiquiátricos. Los pacientes con enfermedad comorbilidades psiquiátricas leves y moderadamente graves permanecen bajo la atención del equipo médico de atención primaria, con apoyo del equipo de referencia de salud mental. Por el contrario, los pacientes con comorbilidades psiquiátricas graves o pacientes con crisis de salud mental son atendidos por el equipo de salud mental junto con el equipo de atención primaria. Las rutas de

atención son individuales y se desarrollan en colaboración con familiares y otros miembros del equipo de atención. El paciente tiene a su disposición un asistente social y un técnico de enfermería. Las fuentes de referencia del paciente para el programa son el equipo de gestión clínica, los hospitales generales, los hospitales psiquiátricos, los profesionales de atención primaria, los equipos de gestión de la salud de la población y el programa de atención para empleados.

Los indicadores claves de rendimiento fueron los siguientes:

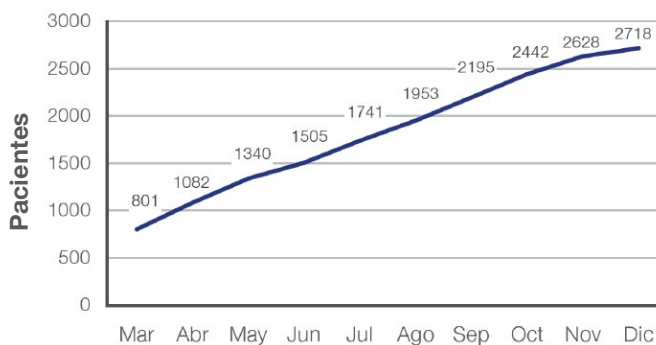
- Número de pacientes inscritos por equipos de derivación de salud mental
- Días de cama/1000
- Tasa de reingreso a los 30 días
- Número de ingresos urgentes psiquiátricos evitados a la atención hospitalaria

Resultados

Entre enero y diciembre de 2019, los equipos de salud mental de las unidades ambulatorias de Amil atendieron a más de 2700 pacientes (Tabla 1). Se trataron aproximadamente 894 casos en crisis en las que se evitaba el ingreso innecesario a urgencias (Tabla 6). Se observaron alrededor de 15 000 interacciones entre los proveedores y los pacientes, incluidas citas con psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y citas combinadas con profesionales de la salud mental y médicos familiaristas y enfermeros.

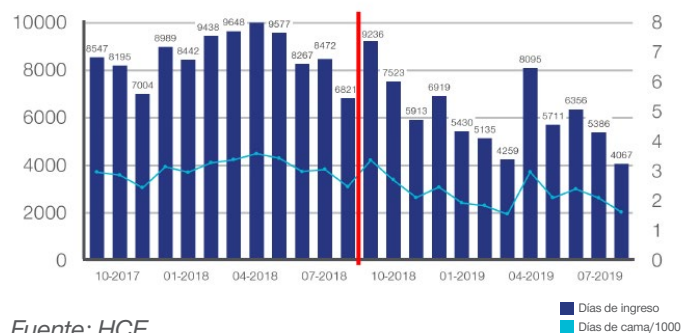
El análisis comparativo de los de datos muestra una reducción en los días de cama por 1000 (Tabla 2), principalmente causada por la tendencia a la disminución en la duración de la estancia hospitalaria (Tabla 3) tras la implementación del programa de salud mental. También hemos visto una reducción del costo por ingreso (Tabla 4). El análisis comparativo del período entre enero y noviembre de 2018 y el mismo período de 2019 mostró que la tasa de reingreso a los 30 días en la población con diagnósticos de salud mental disminuyó en 3 puntos porcentuales, lo que representa una reducción del 9%. Cuando se realiza el mismo análisis en la población de pacientes atendidos en equipos de salud mental, hay una reducción de 12 puntos porcentuales, lo que representa una reducción del 37,5% en el reingreso a los 30 días (Tabla 5).

Tabla 1. Número total de paciente atendidos en equipos de salud mental en 2019.



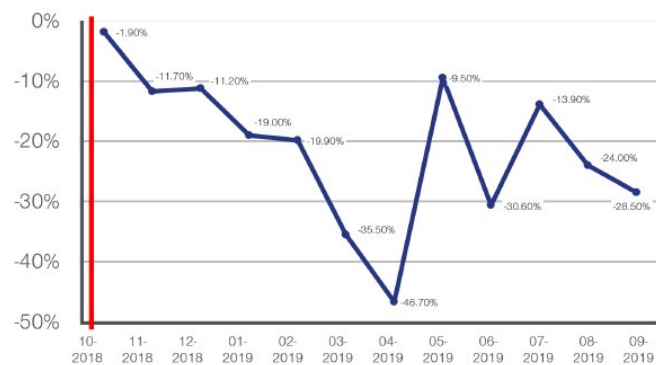
Fuente: SisWebCad Amil

Tabla 2. Días de ingreso/1000 beneficiarios activos y el volumen total de días de ingreso. El período antes de la línea roja es sin tratamiento clínico y el período después de la línea roja es con tratamiento clínico.



Fuente: HCE

Tabla 3. Tendencia de la duración de la estancia hospitalaria desde el inicio del tratamiento clínico.



Fuente: HCE

Atención de salud mental en el sistema Amil: el reto de la continuidad de la atención, a continuación

Conclusión

El programa de salud mental de Amil es una solución innovadora con potencial para un impacto social importante. Permite el fácil acceso y la atención continua de pacientes con comorbilidades psiquiátricas en centros ambulatorios y entornos hospitalarios. Este programa facilita la gestión de la atención integrada, las conversaciones colaborativas entre los profesionales de la salud, el manejo eficiente de la atención de transición y el seguimiento eficaz después del alta hospitalaria. El programa también proporciona tratamiento de crisis y terapia personalizada para todos los pacientes inscritos.

El programa de salud mental de Amil cuenta con una optimización de la red hospitalaria y ambulatoria al resolver barreras en la continuidad de la atención médica y la atención de transición, específicamente la relacionada con la atención de la salud mental. Los equipos de referencia de salud mental han sido especialmente eficaces en el tratamiento de casos de crisis de salud mental en el contexto ambulatorio, y así se evitan los ingresos psiquiátricos innecesarios.

En la barra lateral, informamos sobre uno de los casos de seguimiento.

Este artículo se ha traducido a partir del artículo original en portugués.

¹WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Disorders, 2019. Disponible en: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>>. Acceso el 11 de febrero de 2020.

²WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health ATLAS 2017, 2018. Disponible en: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>>. Acceso el 11 de febrero de 2020.

³WORLD HEALTH ORGANIZATION AND WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). Integration of mental health in primary health care: a global perspective. National Coordination for Mental Health. Portugal, 2008.

Autores

Dra. Isabela Henriques Ferreira Ramos, Amil, Brasil
iramos@amil.com.br

Fabiane Minozzo, Psy.D., Amil, Brasil

Dra. Samantha Pereira França, Amil, Brasil

Estudio de casos:

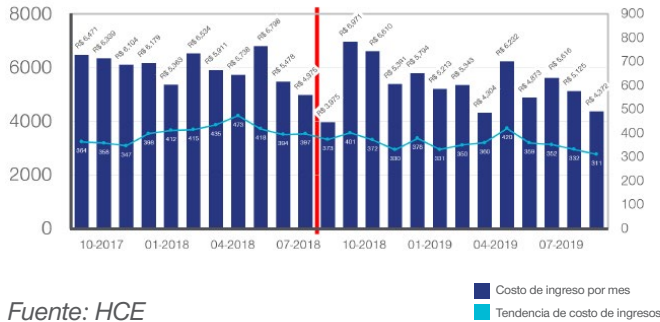
“No sé cómo vivir. Estoy pensando en darme por vencida.”

MM, una mujer de 45 años tenía antecedentes de cuatro ingresos psiquiátricos anteriores, visitas de urgencia repetidas al centro de atención primaria e incumplimiento de su seguimiento ambulatorio y de medicación psiquiátrica. MM tenía apoyo familiar frágil y mostró síntomas de autoagresión. Tenía antecedentes de múltiples intentos de suicidio, uno de los cuales dio lugar a la amputación de una de sus manos cuando intentaba tirarse frente a un tren en marcha.

La paciente fue acogida por el equipo de salud mental Amil Espaço Saúde en septiembre de 2018 tras un diagnóstico de trastorno límite de personalidad. El equipo desarrolló un programa de atención que comprendía seguimiento diario, toma de medicamentos supervisados bajo observación directa y consultas clínicas, según fuese necesario, hasta la estabilización. Este enfoque evitó las recaídas y estableció una fuerte unión con la paciente. Mostró una mejoría significativa y el cumplimiento con la terapia ambulatoria posterior.

No ha vuelto a consultar al hospital, y sus visitas al centro de atención médica se han vuelto mucho menos frecuentes. MM sigue cumpliendo, sigue mejorando y ahora busca trabajo.

Tabla 4. Tendencia de costo de ingresos. El período antes de la línea roja es sin tratamiento clínico y el período después de la línea roja es con tratamiento clínico.



Fuente: HCE

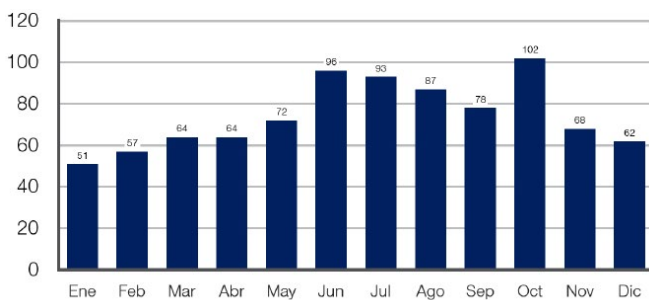
El programa de salud mental de Amil es una solución innovadora con potencial para un impacto social importante. **Permite el fácil acceso y la atención continua de pacientes con comorbilidades psiquiátricas en centros ambulatorios y entornos hospitalarios.**

Tabla 5. Tasa de reingreso psiquiátrico a los 30 días.

	2018 (de enero a noviembre)	2019 (de enero a noviembre)
% de reingreso en 30 días - población general	32%	29%
% de reingreso en 30 días - población atendida	-	20%
Reducción total en los puntos porcentuales - Reingreso en 30 días - población general de 2018 x población atendida en 2019	12 p.p.	
Reducción total en los puntos porcentuales - Reingreso en 30 días - población general por período (2018 y 2019)	3 p.p.	

Fuente: MicroStrategy

Tabla 6. Número de ingresos urgentes psiquiátricos evitados: 2019.



Fuente: Hoja de cálculo de salud mental

Mejora de la experiencia del paciente con respecto a la atención de emergencias a través de estrategias que impactan positivamente la puntualidad de la atención: Clínica del Country, Bogotá, Colombia

Introducción

El servicio de urgencias (SU) es el principal punto de entrada a los hospitales y, por tanto, desempeña un papel fundamental en dar forma a los primeros momentos de la experiencia de un paciente. Esto constituye un reto porque la percepción del paciente en la experiencia de atención puede influir en la reputación institucional y en la lealtad del mismo.

El net promoter score (NPS) de nuestros hospitales reveló que la experiencia de nuestros pacientes no cumplía los objetivos se habían establecidos establecido para los SU. Por lo tanto, con el fin de trabajar en estrategias de mejora, se identificaron las causas fundamentales de las puntuaciones de NPS subóptimas y los principales impulsores de la experiencia del paciente. Se encontraron dos factores principales: puntualidad de la atención y manejo del dolor. Este artículo se centra en nuestra estrategia de intervención para mejorar la puntualidad de la prestación de atención de emergencias.

Objetivo

El objetivo era mejorar la experiencia del paciente reduciendo el tiempo dedicado durante todas las fases de la prestación de atención de emergencias usando los siguientes indicadores: tiempo de espera número de pacientes que se van antes de ser atendidos, quejas y reclamos, y percepción del paciente.

Se fijaron los siguientes objetivos:

1. Alcanzar la *promesa de valor* en tiempos de espera para la atención médica inicial después del triage en el 80% de los casos de servicio de emergencias (el tiempo que tarda el paciente en que el médico lo revise y recibir tratamiento después del triage). Esta promesa corresponde con 60 minutos para el triage nivel III y 90 minutos para los casos de triage de nivel IV y V.
2. Lograr una reducción del 25% en la tasa de pacientes que abandonan el servicio de emergencias antes de ser atendidos.
3. Mejorar la percepción de los pacientes de la SU.

Metodología

Se aplicó un análisis de causa raíz usando gráficos de indicadores de tendencia conductual y tiempos de espera en diferentes etapas de la ruta de atención. Se identificaron los factores clave con el mayor impacto. Se priorizaron estos factores según la magnitud del impacto y los esfuerzos previstos necesarios para aplicar una estrategia de corrección, utilizando gráficas de Pareto y metodología PDCA.^{1,2}

Resumen de las estrategias

Se desarrollaron estrategias correctivas según los siguientes dominios:

Atención médica especializada en el servicio de emergencias: se realizaron cambios en la conformación de los equipos clínicos del departamento de urgencias sustituyendo a médicos generales con médicos especializados en medicina familiar, y aumentando el número de médicos especializados en medicina de emergencias, cirugía general y medicina interna asignados para cubrir este servicio.

Evaluación de los médicos necesarios por hora e introducción de pagos basados en la productividad: se analizó promedio de pacientes tratados por hora ajustado según las siguientes variables: hora del día, tiempo promedio de consulta, tiempo de desplazamiento de los médicos y revaloración del paciente. Con estos datos se creó una tabla de cambios con diferentes tiempos de inicio y fin para los médicos. También se modificó el modelo de contratación de los médicos para que ahora tengan derecho a un salario básico, más un incentivo sobre la productividad según su capacidad para cumplir con un objetivo esperado del número de casos resueltos y parámetros predeterminados de la calidad de la atención.

Proporcionar a los pacientes información sobre tiempos de espera durante todo el proceso de atención:

la evaluación inicial indicó que, por lo general, los pacientes no están informados de los tiempos de espera previstos en el servicio de emergencias antes de ser revisados por un médico. Se solucionó este vacío creando un tablero electrónico que muestra de forma continua los tiempos

aproximados de espera, lo que permite a cada paciente visualizar y monitorear su tiempo previsto según su clasificación de triage.

Optimización del espacio y reducción de los tiempos de traslado: un problema importante identificado en los SU con un alto volumen de pacientes es la incapacidad de la capacidad instalada para enfrentarse a la demanda. Las altas tasas de ocupación en nuestro hospital generaron retrasos en el SU. Adoptamos una política de traslado de pacientes del servicio de emergencias que priorizó la asignación de camas de acuerdo con el volumen del SU, y se facilitaron los traslados de forma prioritaria a salas de cirugía y traslado oportuno de pacientes dentro de la red integrada de hospitales de UnitedHealthcare Global en Colombia. También se desarrollaron, estandarizaron e implementaron normas internas de traslado de pacientes que permitieron una disminución en los tiempos internos. Estas acciones redujeron este de 20 minutos a siete minutos durante un período de tres meses.

Solución en curso - ruta de atención de emergencias: actualmente se están rediseñando las rutas de traslado para mejorar la experiencia del paciente en la SU. Se está trabajando en aumentar el número de consultorios de triage, completamos un sistema de turnos para todo el proceso de atención médica, se optimizó el procedimiento y las áreas de radiología de emergencia para mejorar el traslado, los diagnósticos por imágenes y los tiempos de análisis de las imágenes, se mejoró la comunicación entre los especialistas.

Resultados

Los cambios que suscitaron las estrategias anteriores tuvieron un impacto positivo en los siguientes indicadores:

Puntualidad de la atención después del triage: hasta la fecha, se han cumplido los estándares para los tiempos de espera después del triage para la atención médica inicial (promesa del servicio: triage III en 60 minutos, y triage IV y V en un plazo de 90 minutos) según la clasificación de los pacientes conforme al triage.

Pacientes que abandonen el hospital sin ser valorados: El análisis inicial indicó que la deserción del paciente del SU está directamente relacionada con tiempos de espera más largos. Antes de junio de 2019, la tasa de deserción de pacientes en el servicio de emergencias era del 2,5%.

Tras la implementación de la estrategia, se observó una disminución inmediata, y se alcanzaron niveles por debajo del 1,5%.

Quejas y felicitaciones: tras la implementación del modelo de medicina especializada en el servicio de emergencias, se observó una reducción en las quejas sobre la experiencia del paciente. Las relacionadas a la puntualidad disminuyeron un 38% entre el primer y el segundo semestre de 2019. De manera similar, las felicitaciones de los pacientes sobre su experiencia en el SU aumentaron durante el mismo período un 142%.

Percepción del paciente: nuestra encuesta de satisfacción del paciente evalúa el ciclo de atención de emergencias a través de tres preguntas sobre la puntualidad de la atención. Las respuestas de la encuesta revelaron una tendencia positiva a lo largo de 2019. Las tres preguntas sondean los siguientes dominios:

Índice de Satisfacción (NPS): este indicador mide la lealtad del paciente según su disposición a recomendar nuestros servicios. En nuestras clínicas, el NPS constituye el indicador más importante para la experiencia del paciente. Hasta junio de 2019, tras la implementación de las estrategias descritas anteriormente, se ha producido un aumento en nuestra NPS.

Figura 1. Oportunidad de cuidados iniciales.

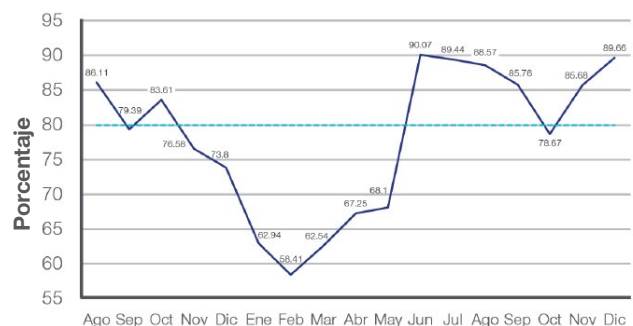
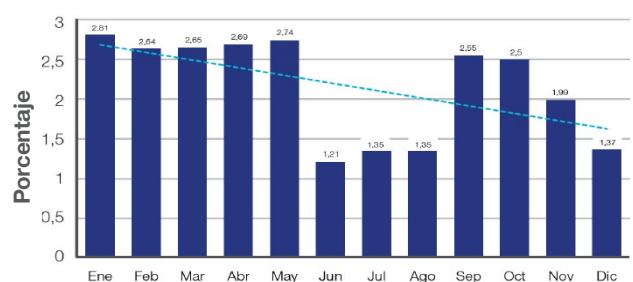


Figura 2. Tasa de deserción del paciente del servicio de emergencias.



Mejora de la experiencia del paciente con respecto a la atención de emergencias a través de estrategias que impactan positivamente la puntualidad de la atención: Clínica del Country, Bogotá, Colombia, a continuación

Figura 3. Quejas y cumplidos.

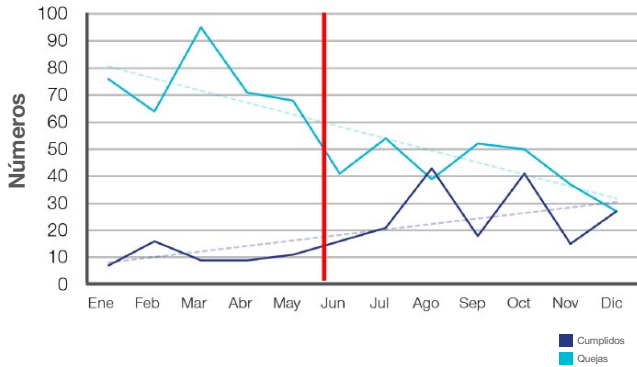


Figura 6. Tiempo de espera para ser llamado para una revaloración médica.

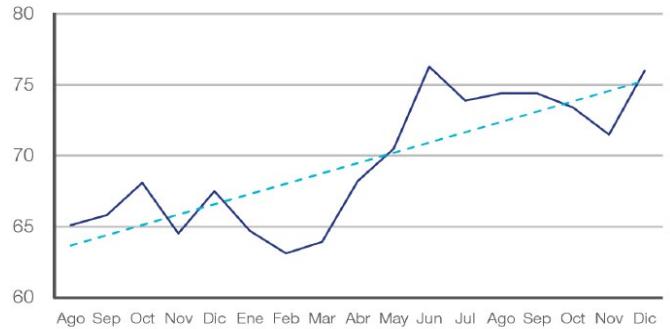


Figura 4. Información recibida sobre los retrasos y tiempos de espera en el servicio de emergencias.

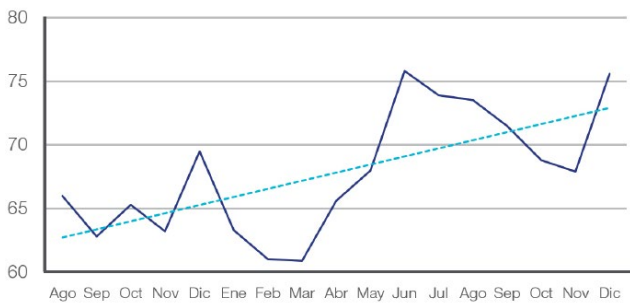


Figura 7. NPS del hospital.

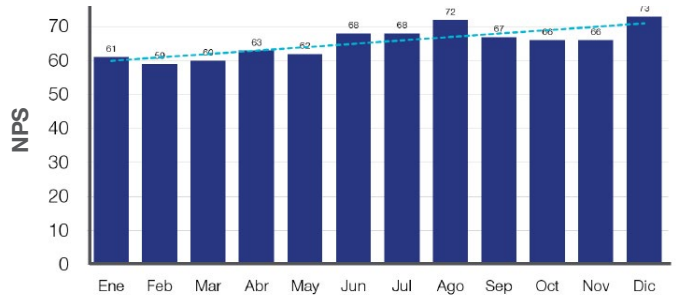


Figura 5. Tiempo de espera para la revisión de un médico después del triage.

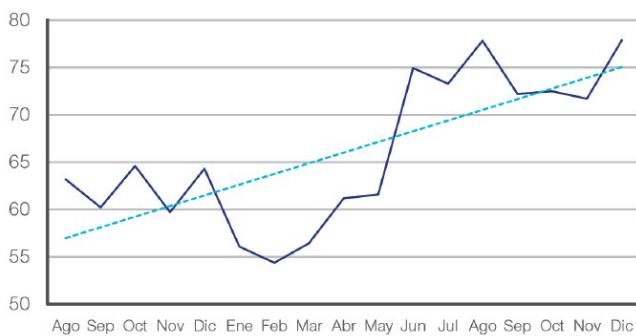
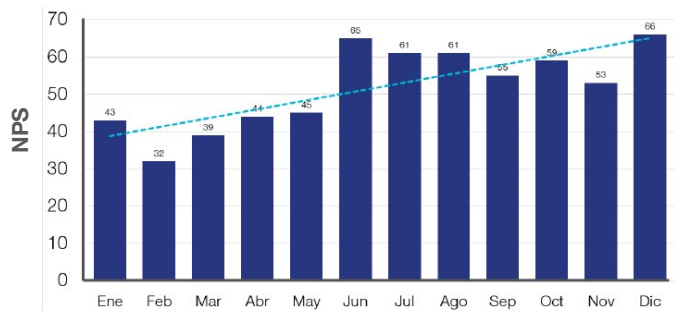


Figura 8. NPS del servicio de urgencias.



Conclusiones

En la Clínica de Country, la impuntualidad es un motivo importante en la insatisfacción del paciente con la atención de urgencias. Hemos implementado una estrategia de soluciones centradas en mejorar la puntualidad de la atención médica posterior al triage, reducir la tasa de deserción del paciente, estandarizar los procesos de traslados, aumentar la cobertura de la especialidad de servicio de emergencias y la implementación de modelos de compensación basados en el desempeño del médico. Estos esfuerzos mejoraron con éxito la percepción del paciente, la experiencia del paciente y el NPS.

Este artículo se ha traducido a partir del artículo original en inglés.

¹Dunford, R., Su, Q., and Tamang, E. (2014) 'The Pareto Principle', The Plymouth Student Scientist, 7(1), p. 140-148.

²Peter J. Koiesar (1994) What Deming Told the Japanese in 1950, Quality Management Journal, 2:1, 9-24, DOI: 10.1080/10686967.1994.11918672

³D. F. Hamilton, J. V. Lane, P. Gaston, et al. Assessing treatment outcomes using a single question the Net Promoter Score. Bone Joint J 2014;96-B:622-8.

Autores

Dra. Carolina Marquez, Clínica del Country, Colombia
carolina_marquez@clinicadelcountry.com

Dr. Jorge Ospina, Clínica del Country, Colombia

Dra. Ana María Quijano, Clínica del Country, Colombia

*El servicio de urgencias (SU) es el principal punto de entrada a los hospitales y, por tanto, **desempeña un papel fundamental en dar forma a los primeros momentos de la experiencia de un paciente.***

Nueva experiencia del paciente con vías clínicas según las directrices de atención basadas en la evidencia – Clínica Dávila, Santiago, Chile

Introducción

La estandarización de la práctica clínica es fundamental para ofrecer un mayor valor al paciente y mejorar la calidad de servicio y la experiencia en la atención médica. Las rutas clínicas según las directrices de atención basadas en la evidencia cumplen ambos objetivos.^{1,2}

Programa

La metodología se basa en el desarrollo de una ruta clínica basada en la evidencia con médicos de cada especialidad que usan las pautas de atención de MCG.³ La vía de atención ideal para cada paciente es un mapa detallado de cada proceso de atención, que incluye consulta preoperatoria, ingreso, atención intrahospitalaria, atención posoperatoria y atención de seguimiento.

El equipo médico incluyó en la línea de servicio el elemento diferenciador, un navegador de enfermería que cumple la función de supervisar y orientar al paciente. Estas dan a los pacientes educación constante, responden a las preguntas y los orientan a través de los procedimientos administrativos y clínicos.

El director médico y las enfermeras guía capacitan al personal clínico existente en el enfoque de la vía. El cumplimiento de esta se verifica a través de los indicadores que usa el equipo de monitoreo, lo que permite tomar medidas para la mejora inmediata. Desde junio de 2019, se desarrollaron 32 vías de atención para distintas patologías.

Tabla 1. Número de pacientes encuestados.

Pacientes llamados	297
Pacientes que respondieron a la encuesta	191 (64%)
Pacientes con atención previa en la Clínica Dávila	58 (30%)

Tabla 2. Net Promoter Score (NPS): pacientes con atenciones previas.

Satisfacción del usuario en hospitalización: experiencia en línea de servicio	74,1%
Satisfacción del usuario en hospitalización: sin experiencia en línea de servicio	48,2%
Satisfacción del usuario: navegador de enfermería	87,9%

Experiencia con la línea de servicio:

"Mi experiencia hasta ahora ha sido muy buena. Creo que se trata de un programa excelente y no me imagino la atención clínica sin él, como paciente nueva de una patología como este cáncer, donde todo es un mundo extraño con procedimientos, códigos y términos que una no conoce, con un tratamiento largo y tortuoso que incluye malas noticias, todo parece ser caótico. Se encuentra una ventana a través del apoyo de los enfermeros, y se crea un vínculo con los médicos y ayuda con soluciones a problemas pequeños que uno va encontrando en el camino."

*Ingrid O.,
Paciente de línea de servicio*

Tabla 3. Número de médicos de línea de servicio encuestados.

Médicos encuestados	116
Número y porcentaje de médicos que respondieron a la encuesta	81 (69,8%)

Tabla 4. NPS de la Línea de servicio – NPS de los médicos.

Satisfacción médica con respecto a la implementación de la Línea de servicio en Clínica Dávila	55,5%
--	-------

Cada paciente recibe educación relacionada con su patología, lo que les permite tener las herramientas para tomar decisiones y actuar con mayor certeza. Esta también contribuye a la salud del paciente y la de su familia, lo que mejora la satisfacción con respecto a la calidad de la atención médica y la experiencia del paciente.

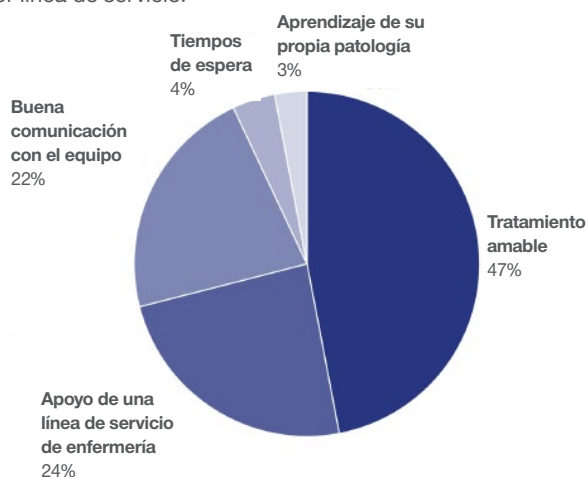
Se realizó una encuesta telefónica para evaluar la experiencia del uso de estas vías en dos especialidades: neurocirugía y cirugía de mama.

Resultados

Del número total de pacientes llamados, 191 respondieron al cuestionario telefónico (64%). Solo 58 (30%) de estos pacientes habían consultado previamente en la Clínica Dávila. Del último grupo, el Net promoter Score (NPS) más alto identificado fue del 74,1%, en comparación con la experiencia hospitalaria del 48,2%. El NPS del médico relacionado con la satisfacción con la implementación de servicios fue del 55,5% (Tabla 1).

El análisis cualitativo de los resultados de la encuesta muestra que la enfermera guía es un factor clave de la satisfacción del paciente (Tabla 2). Su presencia les proporciona a los pacientes una sensación de seguridad y mejora la percepción de calidad de atención del paciente. También facilitan un flujo de atención continuo y ayudan a resolver las inquietudes clínicas y administrativas, lo que permite al médico responsable centrarse en peticiones y demandas específicas.

Figura 1. Aspectos más valorados de la experiencia hospitalaria por línea de servicio.



Este artículo se ha traducido a partir del artículo original en inglés.

¹Wolf JS Jr, Hubbard H, Faraday MM, Forrest JB. Clinical practice guidelines to inform evidence-based clinical practice. *World J Urol.* 2011;29 (3):303-309. Doi:10.1007/s00345-011-0656-5

²Becker M, Breuing J, Nothacker M, et al. Guideline-based quality indicators-a systematic comparison of German and international clinical practice guidelines [published correction appears in *Implement Sci.* 2020 May 20;15(1):36]. *Implement Sci.* 2019;14(1):71. Publicado el 9 jul 2019. doi:10.1186/s13012-019-0918-y

³Industry-Leading Evidence-Based Care Guidelines. MCG Care Guidelines. <https://www.mcg.com/care-guidelines/care-guidelines/>. Extraído el 24 de mayo de 2020.

Autores

Dra. Carolina Asenjo, Clínica Dávila, Chile
carolina.asenjo@davila.cl

Dr. Marcelo Parra, Clínica Dávila, Chile

Dra. Marcela Amar, Clínica Dávila, Chile

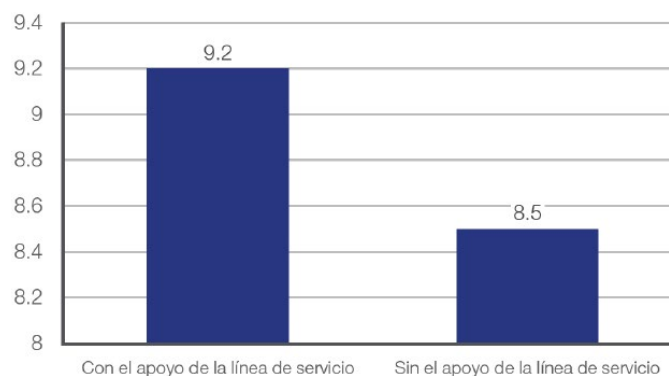
Dra. Cherie Gutiérrez, Clínica Dávila, Chile

Denisse Gómez, RN, Clínica Dávila, Chile

Camila Carrasco, RN, Clínica Dávila, Chile

Carolina Risso, RN, Clínica Dávila, Chile

Figura 2. Comparación entre la experiencia hospitalaria con el apoyo de la unidad de la línea de servicio y las experiencias sin el apoyo de la unidad de la línea de servicio.



Implementación de los *Componentes principales de priorización de la Organización Mundial de la Salud* para mejorar las prácticas en la prevención de infecciones del torrente sanguíneo asociadas accesos vasculares centrales en América Servicios Médicos, Brasil

Introducción

Las infecciones del torrente sanguíneo asociadas con los accesos vasculares centrales (CLABSI) pueden presentar una importante amenaza para la seguridad del paciente. Se asocia a mayores tasas de mortalidad y mayores costos, lo que afecta profundamente la experiencia del paciente.¹ Los datos de un estudio de cohortes de la Comunidad Científica Internacional de Control de Infecciones Nosocomiales en el que se incluyó a 43 países en desarrollo mostraron una tasa de mortalidad del 17%.² En Brasil, un estudio sobre la importancia de la vigilancia y control de los patógenos de importancia epidemiológica encontró una tasa de mortalidad del 40% entre los pacientes con CLABSI.³

En 2016, en un intento por ayudar a los países y a las instalaciones sanitarias en el desarrollo y fortalecimiento de los programas de prevención y control de infecciones (PCI) y de planes de acción y prácticas para la resistencia antimicrobiana, la Organización Mundial de la Salud publicó directrices sobre componentes fundamentales de los PCI a nivel de centros de atención médica nacional y de atención secundaria aguda. Nuestro objetivo era investigar el efecto de la implementación de los componentes principales de las directrices de priorización sobre la prevención del CLABSI.

El Problema

CLABSI es una infección prevenible asociada a la atención médica. Las estrategias usadas para prevenir la CLABSI variaban ampliamente entre hospitales y regiones diferentes. Era una misión difícil, garantizar las mejores prácticas en cada lugar específico para la prevención de las infecciones asociadas a la atención médica y asumir la responsabilidad por los cambios en la cultura entre los profesionales de la salud.

Estrategia del Programa

En el tercer trimestre de 2018, el índice de CLABSI dentro de América Servicios Médicos era del 2%. Para abordar este problema, implementamos los componentes principales de priorización (CCP) de la Organización Mundial de la Salud como guía y marco para las estrategias de reducción de CLABSI en los hospitales de América Servicios Médicos.

Los pasos de la Organización Mundial de la Salud para el control y la mejora de la prevención de infecciones son los siguientes:

- Preparación para la acción
- Evaluación inicial
- Desarrollo y ejecución de un plan de acción
- Evaluación del impacto
- Sostenimiento del programa en el largo plazo

Este marco se aplicó en 17 hospitales a lo largo de 16 meses (de septiembre de 2018 a diciembre de 2019). Las estrategias implementadas para la reducción de CLABSI fueron las siguientes:

1. Implementación de tecnología para dar soporte a sistemas cerrados: p. ej., sistemas de vendaje para heridas y jeringas de lavado prellenadas
2. Educación para los profesionales de atención médica de primera línea
3. Auditoría/monitoreo y comentarios: conjunto específico de proceso de auditoría relacionado con el mantenimiento de la vía central (catéter en uso y necesario, apósitos estériles e intactos, visualización de inserción, signos inflamatorios, conector sin aguja, vías sin residuo de sangre)
4. Refuerzo positivo y compromiso del liderazgo

Entre septiembre de 2018 y abril de 2019, los equipos de control de infecciones (ECI) del hospital junto con el equipo de control de infecciones corporativo (ECIC) realizaron auditorías iniciales. Los ECI locales también participaron en auditorías de seguimiento y proporcionaron retroalimentación sistemática en los meses posteriores. La implicación de los ECI locales ayudó a fortalecer y reforzar las estrategias de reducción de CLABSI.

Resultados

Nuestros resultados mostraron una disminución global del 40 % en la incidencia de CLABSI. En el tercer trimestre de 2019, alcanzamos un índice de CLABSI del 1,2 %. Las auditorías que realizaron los ECI locales mostraron que esta mejora se mantuvo durante los 12 meses siguientes. (Figura 1).

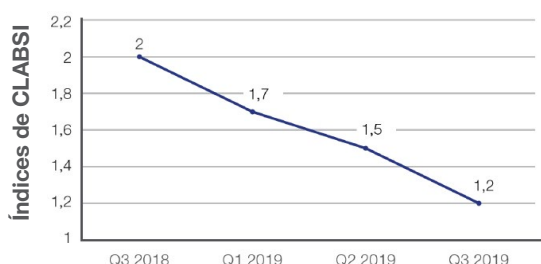
Lecciones Aprendidas

Una estrategia de prevención única y estática de la CLABSI no puede considerarse como el único contribuyente a la reducción de infecciones, ya que el desarrollo de una infección del torrente sanguíneo asociada a la vía central se puede atribuir a múltiples factores. En nuestra experiencia, la implementación de un proceso sistemático de auditoría y el análisis de retroalimentación continua condujeron a una reducción significativa de los índices CLABSI en nuestros hospitales. Al incluir a los trabajadores de atención médica de primera línea en el proceso de auditoría, reforzamos un cambio en la cultura en torno a las auditorías, la responsabilidad y los comentarios que contribuyeron a la prevención de la CLABSI. Por último, la difusión habitual de las mediciones consolidadas de los procesos y resultados influyó directamente e informó sobre las iniciativas de mejora de la calidad.

Estas estrategias mejoraron los resultados y evitaron el tratamiento innecesario, por lo que tuvieron un impacto positivo en la experiencia del paciente. De acuerdo con el Instituto de Mejora Sanitaria, la mejora de la experiencia del paciente requiere más que el uso de datos de forma estratégica, ya que con frecuencia la experiencia del paciente se ve a través de los ojos de los proveedores en lugar de los pacientes. Por lo tanto, es importante comprender qué es lo que les importa a los pacientes. Las prácticas de prevención de infecciones deben garantizar una mayor seguridad del proceso e impactar positivamente a la calidad de la atención y la experiencia del paciente.

Los datos internacionales revelan que las infecciones asociadas a la atención médica son el evento adverso más frecuente en el mundo. También hay algunas pruebas que demuestran el amplio impacto de las infecciones asociadas a la atención médica sobre la experiencia del paciente y la de sus familias.⁴ Una revisión sistemática mostró que todas las formas de infecciones relacionadas con la atención médica pueden dar lugar a consecuencias adversas en la vida social y las relaciones de los pacientes.

Figura 1. Índices de CLABSI en los hospitales de América Serviços Médicos, por trimestre.



En estos estudios, algunos pacientes informaron culpa, ansiedad y miedo acerca de la posible transmisión de infecciones asociadas a la atención médica. En muchos casos, este miedo tuvo un impacto significativo en la vida diaria del paciente, en sus relaciones con la familia y en las implicaciones futuras en su trabajo y en las finanzas.⁵ Además, es importante tener en cuenta que los pacientes no esperan eventos adversos durante la hospitalización, sino que esperan obtener el resultado positivo de recuperarse de forma segura en el hospital.

Conclusión

La implementación de los *Componentes principales de priorización de la Organización Mundial de la Salud*, en conjunto con las estrategias adicionales impulsadas por la experiencia del sistema hospitalario local, son eficaces para mejorar la prevención de infecciones en países con recursos limitados. La participación del hospital local y un sólido proceso de responsabilidades aumentan la probabilidad de reducción satisfactoria de la CLABSI. Por último, para garantizar las mejores experiencias para nuestros pacientes, con menos eventos adversos graves, como la CLABSI y otras infecciones asociadas a la atención médica, se recomienda buscar continuamente mejorar los procesos de atención en búsqueda de la cultura de cero daño.

Este artículo se ha traducido a partir del artículo original en inglés.

¹Allegranzi B, Bagheri NS, Combescure C, et al. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide: a systematic review of the literature. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2011.

²Rosenthal VD, Maki DG, Mehta Y, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 43 countries for 2007-2012. Device-associated module. Am J Infect Control 2014;42:942-56.

³Marra AR, Camargo LF, Pignatari AC, et al Brazilian SCOPE Study Group Nosocomial bloodstream infections in Brazilian hospitals: analysis of 2,563 cases from a prospective nationwide surveillance study. J Clin Microbiol. 2011;49:1866-71.

⁴Institute for Healthcare Improvement. Improving Patient Experience: What's Working, What's Not. Acceso el 13 de enero de 2020. Disponible en: <http://www.ihl.org/resources/Pages/AudioandVideo/WIHI-Improving-Patient-Experience-Whats-Working-Whats-Not.aspx>

⁵Ibid

Autores

Dra. Lais Perazo Nunes de Carvalho, MBA, Americas Serviços Médicos, lperazo@americasmed.com.br

Daiane Patrícia Cais, MSN, Americas Serviços Médicos

Lígia Maria Abraão, PhD, Americas Serviços Médicos

Sarita Lessa Scorzoni Pires, RN, Americas Serviços Médicos

Dr. Fernando Colombari, Americas Serviços Médicos

Implementación del Centro de infusión ambulatoria en Clínica Dávila, Santiago, Chile

Introducción

La Clínica Dávila en Santiago, Chile brinda atención a muchos pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas (Figura 1). A estos pacientes se les trata con frecuencia con terapias biológicas. Dado que estos medicamentos pueden tener efectos secundarios importantes, se debe monitorear cuidadosamente a los pacientes que administran en infusión continua. Antes de este proyecto, la Clínica hospitalizaba a los pacientes en tratamiento y no tenía experiencia para tratar a estos pacientes.

Muchas especialidades están involucradas en el tratamiento de estos pacientes, algunas como: reumatología, gastroenterología, neurología, inmunología y especialistas respiratorios. Debido a que las infusiones requieren hasta dos días para completarse, los pacientes pasaran una gran cantidad de tiempo en el hospital. Estos tratamientos en pacientes hospitalizados no solo afectan e interrumpen la vida diaria de los pacientes, también exponen al paciente a posibles consecuencias de la hospitalización, como infecciones intrahospitalarias, eventos adversos y grandes gastos. Las molestias son especialmente difíciles para los pacientes pediátricos y sus familias.

Para proporcionar a los pacientes un mejor cuidado y servicio, se diseñó un nuevo centro de infusión ambulatoria como un escenario alternativo de atención ambulatoria. Se prevé un mayor nivel de satisfacción del paciente y reducción en el costo del tratamiento. Este informe abarca el período comprendido de julio a diciembre de 2019.

Objetivos

- Implementar un nuevo nivel de atención
- Mejorar la experiencia del paciente
- Modificar la práctica clínica actual de los médicos
- Reducir el gasto en tratamientos
- Obtener cobertura del sistema de seguros para la atención de infusión ambulatoria

El centro de infusión ambulatoria (CIA)

Se designó un área nueva de ocho unidades para el CIA en la sección para pacientes ambulatorios del hospital. El área fue aprobada por el Ministerio de Salud y se realizaron las siguientes acciones:

- Los equipos médicos especializados desarrollaron protocolos de tratamiento para cada fármaco.

- Se diseñó una nueva ruta administrativa con una unidad de ingreso específica.
- Los médicos, el personal de enfermería y los asistentes recibieron capacitación sobre los protocolos de infusión de fármacos y la atención al paciente durante la infusión de medicamentos biológicos.
- Se creó un nuevo contrato con la compañía de seguros para la cobertura del tratamiento en un sistema de pago combinado.
- El médico informó a los pacientes que el nivel de atención para infusión ambulatoria estaba a su disposición para las infusiones de medicamentos biológicos.

Indicadores relevantes: El nuevo nivel de atención (CIA) se evaluó con varios indicadores y se comparó con el nivel de atención utilizado anteriormente (hospitalización), como se muestra en la figura 2.

Resultados de la experiencia del paciente: Consulte las Figuras 3 y 4.

Resultados para la experiencia de los médicos: Consulte la Figura 5.

Conclusiones

Las compañías aseguradoras desarrollaron un nuevo sistema para la cobertura lo que nos permitió implementar un nuevo nivel de atención. Esto fue un factor clave que nos permitió ofrecer a los pacientes este nuevo nivel de atención.

Los médicos aceptaron el nuevo nivel de atención. Su participación en el diseño de protocolos clínicos les ayudó a comprender los beneficios para los pacientes. La principal preocupación de los médicos era la seguridad de los pacientes en este nuevo escenario. El NPS del médico para la infusión ambulatoria fue del 85,7%, y todos ellos prefirieron tratar a los pacientes en el entorno ambulatorio.

Mejoramos la eficiencia en el entorno hospitalario y disminuimos el costo total de la atención, ya que los estudios de laboratorio y las exploraciones por imágenes se realizaron con menos frecuencia cuando se administró la terapia con infusión biológica en el entorno ambulatorio.

Educar a los pacientes fue más fácil de lo esperado con los médicos que aceptaron promover el nuevo nivel de tratamiento. Se realizaron entrevistas y llamadas telefónicas a los pacientes con el centro de enfermería para coordinar el

mejor horario para cada uno de ellos y más tarde tuvieron la oportunidad de hacer preguntas sobre sus propios tratamientos.

Los pacientes tienen un 10% de satisfacción superior con el nivel de atención ambulatoria (NPS del 64%) sobre la atención hospitalaria anterior (NPS del 54%). Valoran el menor impacto en sus actividades diarias en comparación con la atención hospitalaria. También aprobaron la atención de enfermería, la facilidad de ingreso en esta nueva instalación y la disminución del tiempo requerido en el hospital (un ahorro de tiempo del 84%). También, Los pacientes valoran que tenga un menor costo con el nuevo sistema. Especialmente para pacientes crónicos más jóvenes, la atención ambulatoria fue una mejora significativa en su tratamiento, experiencia y vida.

[Haga clic aquí](#) para conocer la experiencia personal de un paciente del nuevo centro de infusión ambulatoria de la Clínica Dávila.

Este artículo se ha traducido a partir de la presentación original en inglés.

Autores

Dra. Carolina Asenjo, Clínica Dávila, Chile
carolina.asenjo@davila.cl

Dra. Cherie Gutierrez, Clínica Dávila, Chile

Dr. Max Ventura, Clínica Dávila, Chile

Natalia Jorquera, RN, Clínica Dávila, Chile

María Eugenia Salazar, RN, Clínica Dávila, Chile

Figura 1. Descripción de los pacientes.

Sexo		Diagnóstico	
Mujer	28	Esclerosis Múltiple	18
Hombre	26	Espondilitis Anquilosante	12
Edad		Artritis Reumatoide	9
Intervalo	13-72	Colitis Ulcerosa	5
Media	38,6	Enfermedad de Crohn	4
13-20	3	Granulomatosis de Wegener	3
20-30	12	Lupus	2
30-40	17	Otros	2
40-50	12	Total	54
50-60	5		
60-70	4		
>70	1		

Figura 2.

	Pacientes hospitalizados de julio a diciembre de 2018	CIA julio a diciembre de 2019 (período de 6 meses)	Cambio porcentual
Horas por evento	26,7	4,9	-82%
Paciente con NPS	54%*	64%**	
Número de pacientes en tratamiento	17	54	
Número de eventos	122	121	
Número de eventos por paciente	7,1	2,2	
Exámenes de laboratorio por evento	5,4	1,8	-66,6%
Honorarios médicos por evento	1,5	1	-33%
Gasto total por evento***	US \$2,863	US \$1,890	US -\$973

*T1-T2 2019 **T3-T4 2019 ***Dólar estadounidense = 803 CLP 02/13/2020

Figura 3. Resultados de la experiencia del paciente.

NPS global trimestre 3-trimestre 4 de 2019	64%
Satisfacción con las instalaciones (1-5)	4,3
Satisfacción con enfermería (1-5)	4,8
Satisfacción con el médico (1-5)	4,7
Según las experiencias, ¿cómo prefiere que se lo trate? (Hospitalización/Ambulatorio)	El 85,7% prefirió un centro ambulatorio (centro de infusión ambulatoria)
Respondieron 28 de los 54 pacientes.	Tasa de respuesta de la encuesta del 51,8%

Figura 4. Encuesta para el paciente: atributos más valiosos.

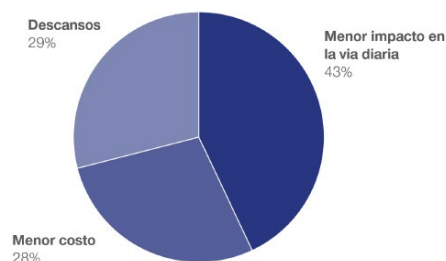


Figura 5. Resultados para la experiencia de los médicos.

Centro de infusión ambulatoria NPS	
NPS	85,7%
Preferencia del médico entre pacientes hospitalizados y ambulatorios	
Ambulatorio (centro de infusión ambulatoria)	100%
Hospitalización	0%

La Experiencia del Paciente: Informes Breves

La cultura de UnitedHealth Group en acción: programa ComPaixão – cómo poner en práctica la compasión para mejorar la experiencia del paciente

El problema: Los pacientes y las familias informan con frecuencia retos psicológicos y espirituales en respuesta a la enfermedad severa. Estos retos suelen pasarse por alto como parte del plan general de gestión de la atención cuando los pacientes ingresan en el hospital. El equipo clínico de América Serviços Médicos quería mejorar la experiencia de los pacientes ingresados y de los pacientes de larga estancia al desarrollar un programa que proporcionaría apoyo psicológico, emocional y espiritual para los pacientes y las familias.

El programa: El concepto central del Programa Compaixão (“compasión” en portugués) es “*escuchar a nuestros pacientes, hacer lo que necesitan, comprender sus retos y deseos únicos*”. Este concepto está directamente vinculado al valor de la compasión en nuestra cultura de UnitedHealth Group. Nuestros equipos de Compaixão tienen la tarea de practicar la escucha activa, lo que hace que nuestros pacientes se sientan valorados y respetados de forma genuina, y mejora su experiencia general en el hospital. El resultado es un viaje agradable, compasivo y empático a través del sistema de prestación de atención para nuestros pacientes y sus familias. Este programa también pretende facilitar mejores resultados clínicos y aumentar la participación de nuestros equipos de salud en la atención de los pacientes.

*Todos los integrantes del equipo de Compaixão se esfuerzan por lograr lo que más le importa a nuestros pacientes, **haciendo todo lo posible para cumplir sus deseos.***

Todos los integrantes del equipo de Compaixão se esfuerzan por lograr lo que más le importa a nuestros pacientes haciendo todo lo posible para cumplir sus deseos. En nuestra experiencia, muchos pacientes tienen deseos no relacionados con la atención médica mientras están en el hospital, muchos de los cuales son relativamente fáciles de cumplir. El programa Compaixão alienta a los pacientes para que expresen dichos deseos y así trabajar en conjunto con otras partes interesadas para dar respuesta. Ejemplos de dichas respuestas compasivas, según los deseos del paciente, incluyen un desayuno bien preparado, un breve paseo bajo el sol o incluso conocer a alguna celebridad (normalmente solicitado por los pacientes pediátricos).

El programa cumple los deseos de nuestros pacientes durante todo el año. Semestralmente, reconocemos a los hospitales que tomaron medidas en tres categorías diferentes: (1) mejor respuesta compasiva; (2) mejor video y (3) mayoría de respuestas compasivas. Durante el 2019, el programa fue responsable de 446 respuestas compasivas en 21 unidades diferentes de Americas Serviços Médicos. Los últimos ganadores de cada premio fueron: (1) mejor respuesta compasiva: Hospital Vitória Anália Franco (São Paulo); (2) mejor video: Hospital Samaritano – Higienópolis (São Paulo) y (3) mayoría de respuestas compasivas: Hospital e Maternidade Madre Theodora (Campinas)..

Impacto del programa Compaixão: Experiencias de los pacientes: “MC”, una mujer de 82 años que vivía sola, fue hospitalizada en el Hospital Vitória Anália Franco después de un accidente cerebrovascular. No estaba casada ni tenía hijos ni familiares cercanos. MC presentaba depresión coexistente y deterioro de la movilidad, lo que la postró en cama; había expresado el deseo de morir.

El equipo de Compaixão había observado en su compromiso con MC que se sentía aislada porque no tenía familia. El equipo le organizó una tarde de té especial con sus tentempiés y bebidas preferidas. Esto se realizó al aire libre en los terrenos del hospital. MC afirmó que valoraba respirar el aire fresco por primera vez desde su enfermedad. A continuación, MC invitó a un médico a que cantara con ella. Los médicos del hospital, el personal de enfermería y otros miembros del equipo de prestación de la atención se detuvieron a escuchar e indicaron que su alegría y energía eran motivadoras e inspiradoras.

Tres meses después del ingreso, MC había mostrado una respuesta significativa al tratamiento y a la terapia de rehabilitación. Ya no estaba deprimida y pudo permanecer de pie por primera vez después de ser ingresada.

En el Hospital Samaritano Higienópolis, “JP”, una paciente de 11 años fue ingresada en el hospital con rhabdomioma. Ella informó al equipo de Compaixão que soñaba con frecuencia con conocer a su actriz favorita. El equipo organizó que la niña fuera llevada al estudio de televisión para conocer a la actriz en persona. La actriz le dio un paseo por el set de televisión y pasó un largo rato hablando con JP.

JP y sus padres estuvieron muy emocionados y agradecidos por la experiencia. El padre de JP envió un mensaje escrito agradeciendo al equipo por la experiencia. El mensaje dice: “El bello trabajo del equipo hace que este tratamiento sea más fácil de soportar”.

Conclusión: El programa Compaixão ha sido bien recibido por pacientes y proveedores por igual. En America Serviços Médicos estamos trabajando para ampliar este programa en el sistema de prestación de atención. También estamos explorando la definición de medidas objetivas de éxito para respaldar la cuantificación del valor creado por este programa.

Este artículo se ha traducido a partir de la presentación original en inglés.

Autores: Dra. Lais Perazo, MBA, Americas Serviços Médicos, lperazo@americasmed.com.br;
Rita Grotto, Americas Serviços Médicos

La Experiencia del Paciente: Informes Breves

Unidad bariátrica multidisciplinaria centrada en el paciente en el Hospital Lusíadas Porto: experiencia de cinco años

Introducción: La obesidad es una epidemia mundial en aumento y es el problema de salud con crecimiento más rápido en muchos países desarrollados, que provoca con frecuencia una discapacidad significativa o la muerte.^{1,2} La cirugía bariátrica sigue siendo uno de los tratamientos más eficaces para la pérdida de peso a largo plazo y mejora de las comorbilidades asociadas.³ Además, las unidades bariátricas multidisciplinarias pueden contribuir a crear rutas clínicas válidas y centradas en el paciente para la evaluación de los pacientes, el tratamiento y el seguimiento a largo plazo, lo que mejora los resultados clínicos y los resultados de los pacientes.⁴

En 2015, el Hospital Lusíadas Oporto, parte de Lusíadas Saúde en Portugal, implementó una unidad bariátrica multidisciplinaria centrada en el paciente para mejorar el tratamiento de la obesidad. Compartimos nuestra experiencia de los últimos cinco años en este artículo.

El Reto: El reto era crear un modelo de múltiples especialidades, colaborativo, integrado y centrado en el paciente, que aprovechara las rutas clínicas basadas en la evidencia para facilitar el tratamiento integral de los pacientes con obesidad. Los objetivos definidos fueron mejorar los resultados de los pacientes, lograr un cumplimiento mayor de los protocolos preoperatorios y posoperatorios, reducir la duración de la estancia hospitalaria y disminuir la morbilidad posoperatoria.

Se implementó con éxito un modelo basado en pruebas que se ajustó a las directrices internacionales y logrando un entorno seguro para el tratamiento de los pacientes tanto locales como internacionales. Nos enfocamos especialmente en mejorar la experiencia del paciente, y así se garantizó la autonomía del paciente y se apoyó el cumplimiento a largo plazo de las visitas de seguimiento.

Se desarrollaron procesos y procedimientos estandarizados para ayudar a reducir la variación y mejorar la coordinación de la atención a través de las vías de atención. Estos procesos abarcan varias especialidades y todas las áreas clínicas, incluidas las clínicas ambulatorias, las salas de operaciones y las unidades de pacientes ingresados.

La unidad bariátrica multidisciplinaria centrada en el paciente: La unidad bariátrica del Hospital Lusíadas Porto es multidisciplinaria, e integra todas las especialidades relevantes para el tratamiento de los pacientes obesos. Estas especialidades incluyen cirugía bariátrica, endocrinología, nutrición, psicología, psiquiatría, gastroenterología y cirugía plástica, entre otras.

La unidad tiene un navegador del paciente; un miembro del personal que coordina la atención del paciente y sigue a los pacientes en cada paso de la ruta clínica. El navegador tiene un panorama único debido a su propia experiencia personal de haber sido tratado con éxito como paciente bariátrico en el Hospital Lusíadas Porto. Como resultado, pueden relacionarse con las perspectivas de los pacientes, explicar fácilmente todo el proceso de atención y ayudar con cualquier pregunta o inquietud.

Los especialistas en las áreas de cuidados principales: cirugía bariátrica, endocrinología, nutrición y psicología evalúan inicialmente a todos los pacientes derivados a la unidad. La ruta clínica de cada paciente es personalizada, y las derivaciones se hacen a las especialidades correspondientes, según sea necesario.

El plazo promedio entre la primera consulta, la evaluación y la aprobación del tratamiento con todas las especialidades es de 30 días. Después de una opinión favorable de cada una de las especialidades principales, el cirujano bariátrico analiza el procedimiento quirúrgico recomendado con el paciente, y describe los beneficios, los riesgos y cualquier otra información o inquietudes específicas en este punto. Después de la cirugía, el paciente deberá regresar a citas de seguimiento con el equipo multidisciplinario durante un período de tres años como mínimo.

Resultados: Antes de implementar esta unidad, los pacientes bariátricos no tenían tantas probabilidades de recibir beneficios de una evaluación de la atención multidisciplinaria, coordinada y de alta calidad. La derivación de pacientes obesos al hospital fue baja, y la experiencia de estos pacientes no se evaluó.

Los equipos multidisciplinarios, los procedimientos estandarizados y un nivel de atención más humanizado han fomentado perspectivas sostenibles, integradas y conscientes de las comorbilidades. Este mejoró el cumplimiento de los protocolos de seguimiento por parte del paciente y se tradujo en mejores resultados. En 2019, logramos alcanzar una tasa del 97% de cumplimiento con los protocolos preoperatorios. El cumplimiento de los protocolos de seguimiento por parte del paciente a los tres años es de aproximadamente el 80%.

Nuestro proceso de atención incluye la gestión personalizada de las necesidades y expectativas de cada paciente durante toda la ruta clínica, desde la primera consulta ambulatoria hasta las visitas de seguimiento a largo plazo. El proceso de atención incluye un acompañante personal que guía a los pacientes hacia y desde el quirófano. Los pacientes mencionaron que esto redujo su ansiedad y mejoró su autonomía como pacientes. Estas mejoras en la experiencia del paciente son esenciales para el cumplimiento y los resultados clínicos a largo plazo.

La cantidad anual de pacientes bariátricos tratados quirúrgicamente en el Hospital Lusíadas Porto ha aumentado. Ahora realizamos más de 100 procedimientos bariátricos al año, con un promedio de cirugía de revisión del 20%. Pudimos disminuir nuestra estancia hospitalaria promedio de cuatro días a dos días. Nuestra tasa de complicaciones global es inferior al 3% y no ha registrado mortalidad hasta la fecha. Nuestro volumen, datos de seguridad y resultados clínicos están en línea con los mejores centros bariátricos del mundo. La cantidad de consultas ambulatorias nuevas por año es más de 300, con un aumento en las derivaciones de pacientes del extranjero.

Lecciones Aprendidas: Un modelo de atención centrado en el paciente atrae a nuevos pacientes debido a la experiencia favorable del paciente y a la calidad de la atención a largo plazo. La cantidad de pacientes tratados en nuestra unidad ha crecido de forma constante desde la implementación de nuestro modelo de atención en 2015.

Un factor de éxito importante es la adecuada selección de pacientes para cirugía bariátrica. La selección de pacientes se basó en directrices basadas en la evidencia estándar (índice de masa corporal [IMC] ≥ 40 o IMC ≥ 35 con presencia de una comorbilidad, como mínimo, relacionada con la obesidad). En nuestra experiencia, el IMC preoperatorio promedio fue de 41,1 kg/m².

Los protocolos estandarizados, el tratamiento personalizado de los pacientes, la consulta especializada adecuada y las rutas clínicas basadas en la evidencia son esenciales para optimizar la coordinación de la atención, reducir el tiempo de la derivación quirúrgica y mejorar los resultados clínicos. En nuestra experiencia, establecer un protocolo de seguimiento posquirúrgico que cubría como mínimo tres años mejoró el cumplimiento del paciente con los planes de atención ambulatoria y mejoró los resultados clínicos a largo plazo. El cumplimiento de los protocolos de seguimiento por parte del paciente a los tres años es del 80%.

Una intervención quirúrgica segura y especializada es de vital importancia para el éxito, pero también lo es estructurar una asociación colaborativa y autónoma con nuestros pacientes, desde el diagnóstico hasta el alta hospitalaria. Esto genera conocimientos, confianza y autoestima, que son esenciales para la transformación de creencias y conductas necesarias para mantener resultados favorables a largo plazo. Las contribuciones multidisciplinarias con un enfoque coordinado, centrado en el paciente y personalizado facilitan todos estos logros.

El Toque Humano: Emplear a uno de nuestros antiguos pacientes como navegador de pacientes fue un factor esencial para mejorar el manejo y la experiencia centrada en el paciente. Este navegador del paciente ayuda a dar un parte de tranquilidad a los pacientes bariátricos compartiendo su experiencia de primera mano y guiándolos través de todos los detalles médicos y quirúrgicos. Esto proporciona un toque humano.

Nuestros pacientes comprenden que tendrán la oportunidad de una nueva vida después de la cirugía y no tendrán que enfrentarse solos a los retos posoperatorios. Saben que siempre hay apoyo disponible de aquellos que superaron con éxito la misma experiencia. Esta red ayuda a los pacientes a lograr sus objetivos y a tener confianza en que "juntos podemos hacer que esto funcione".

Este artículo se ha traducido a partir de la presentación original en inglés.

Autores: Dr. John Rodrigues Preto, Hospital Lusíadas Porto, john.rodrigues.preto@lusiadas.pt; Dr. Filipe Basto, FACP, Hospital Lusíadas Porto

¹Kushner RF, Kahan S. Introduction: The State of Obesity in 2017. Med Clin North Am. 2018;102(1):1-11. doi:10.1016/j.mcna.2017.08.003

²Fox A, Feng W, Asal V. What is driving global obesity trends? Globalization or "modernization"? Global Health. 2019;15(1):32. Published 2019 Apr 27. doi:10.1186/s12992-019-0457-y

³Welbourn R, Hollyman M, Kinsman R, et al. Bariatric Surgery Worldwide: Baseline Demographic Description and One-Year Outcomes from the Fourth IFSO Global Registry Report 2018. Obes Surg. 2019;29(3):782-795. doi:10.1007/s11695-018-3593-1

⁴Mottalib A, Tomah S, Hafida S, et al. Intensive multidisciplinary weight management in patients with type 1 diabetes and obesity: A one-year retrospective matched cohort study. Diabetes Obes Metab. 2019;21(1):37-42. doi:10.1111/dom.13478

La Experiencia del Paciente: Informes Breves

Cómo dar malas noticias en la atención médica: la capacitación como herramienta de gestión de riesgos

El problema: Comunicar malas noticias y situaciones difíciles en la atención médica (eventos adversos, complicaciones o incertidumbre de los resultados clínicos) puede resultar difícil para los médicos y los profesionales de atención médica. Muchos proveedores de atención médica no reciben formación específica en la comunicación asertiva en estos escenarios. Posteriormente, estas situaciones pueden afectar negativamente la atención a los pacientes y al bienestar del cuidador, así como aumentar los riesgos legales y en las redes sociales. Esto puede tener un impacto perjudicial sobre los resultados de la atención, la reputación de la organización y el crecimiento del negocio.¹

El programa: En 2019, Clínica San Felipe, en Lima, Perú, introdujo un programa para ofrecer a los profesionales de la salud habilidades y herramientas eficaces de comunicación necesarias para dar noticias sobre acontecimientos difíciles, y mostrar a los participantes el impacto de estas metodologías de capacitación sobre la conducta y comunicación del proveedor. El programa comprendía 12 sesiones (una por mes), que pretendía enseñar a los participantes estrategias y tácticas de comunicación específicas para mejorar su efectividad en la comunicación. Estas tácticas se implementaron en situaciones simuladas para ayudar a los participantes a practicar los métodos correctos para dar noticias delicadas o difíciles. Algunos de los temas que se incluyeron fueron los siguientes: (1) situaciones relacionadas con la seguridad del paciente, (2) revisión de los errores de comunicación más frecuentes y (3) revisión de los casos que deben informarse como eventos adversos o eventos centinela.

Los resultados: Se obtuvieron resultados positivos en dos áreas: En primer lugar, los profesionales de atención médica dijeron sentirse con una mayor confianza en la comunicación de noticias desagradables; segundo, después de la formación y la implementación de las habilidades aprendidas en entornos de la vida real, los médicos y los profesionales de atención médica vieron una disminución en el posible riesgo en redes sociales y de tipo legal que se atribuyen a errores de comunicación. El setenta por ciento (70%) de los médicos, después de terminar el programa, consideraba que habían mejorado sus habilidades de comunicación para dar malas noticias en situaciones difíciles. Todos los participantes reconocieron que las herramientas y tácticas que aprendieron les ayudaron en las situaciones difíciles con los pacientes a tener más confianza y facilidad.

Se aprendieron varias lecciones después del primer año de este programa:

- Los médicos deben dar noticias de acontecimientos difíciles en parejas para beneficiarse del apoyo emocional y psicológico de un integrante del equipo durante la comunicación. Tener a alguien que ayude al paciente a sobrellevar el impacto emocional de recibir una mala noticia es tranquilizador para el médico y puede dar lugar a un mejor resultado de la conversación.
- Las tácticas y herramientas de comunicación son necesarias no solo para prevenir el riesgo, sino también para dar confianza a los profesionales de la atención médica.
- La capacitación en ambientes simulados puede ayudar a los profesionales de la atención médica a desarrollar destrezas de comunicación de alta calidad.

Clínica San Felipe continuará este programa en 2020 con 22 sesiones. Los temas cubiertos estarán relacionados con diversas especialidades médicas. El programa se ampliará a otros entornos médicos, incluida la Clínica SANNA El Golf.

Este artículo se ha traducido a partir de la presentación original en inglés.

Autores: Dra. Marcela Argumedo Estay, Clínica San Felipe, Perú, margumedo@clinicasanfelipe.com; Dra. Paula Ponce de León Lovatón, MBA, HCQM, Clínica San Felipe, Perú; Dr. Ernesto Aspíllaga Morey, MBA, Msc, HCQM, CPE, Clínica San Felipe, Perú

¹Berkey FJ, Wiedemer JP, Vitalhani ND. Delivering Bad or Life-Altering News. Am Fam Physician. 2018 Jul 15;98(2):99-104.

Evaluación clínica por pares: la oportunidad de mejora continua

El problema: La evaluación clínica por pares brinda la oportunidad de que un grupo de expertos de un proveedor evalúe los vacíos percibidos en el manejo clínico de un caso e identifique posibles oportunidades para la mejora del proceso o la atención.¹ Identificar o culpar a los proveedores de atención médica puede inhibir una perspectiva macroscópica y sistémica del problema y las causas de origen relacionadas. Por lo tanto, es necesario estar abierto a presentar informes y encontrar fuentes de baja calidad, sin culpar, para hacer mejoras. Los esfuerzos de mejora son especialmente eficaces si el personal implicado en el proceso genera soluciones basadas en su experiencia personal y en la práctica institucional.²

El programa: En 2019, 10 casos se sometieron a evaluación clínica por pares con ocho médicos. Seis casos eran médicos y cuatro casos eran quirúrgicos. La revisión de los casos dio lugar a 69 mejoras propuestas, 28 de las cuales ya se han implementado y 38 de las cuales están en curso.

De las 69 mejoras propuestas, 26 evolucionaron en proyectos de mejora a escala completa, ya que eran más complejas e identificaron oportunidades de mejora en múltiples áreas y/o servicios. Los procesos dirigidos a la mejora incluyen la atención directa y los procesos administrativos que tienen un impacto indirecto en la atención médica.

Los resultados: Los principales proyectos implementados fueron los siguientes: el taller de comunicación de “malas noticias”, enfermedades crónicas con medicamentos en el hogar y el “pasaporte quirúrgico”, que es un registro de rutas para pacientes durante la preparación quirúrgica que se implementará este año.

En conclusión, la implicación de médicos en los análisis de casos no punitivos permite una experiencia de crecimiento institucional muy eficaz, que proporciona una atención más segura y mejorada a todos los pacientes.

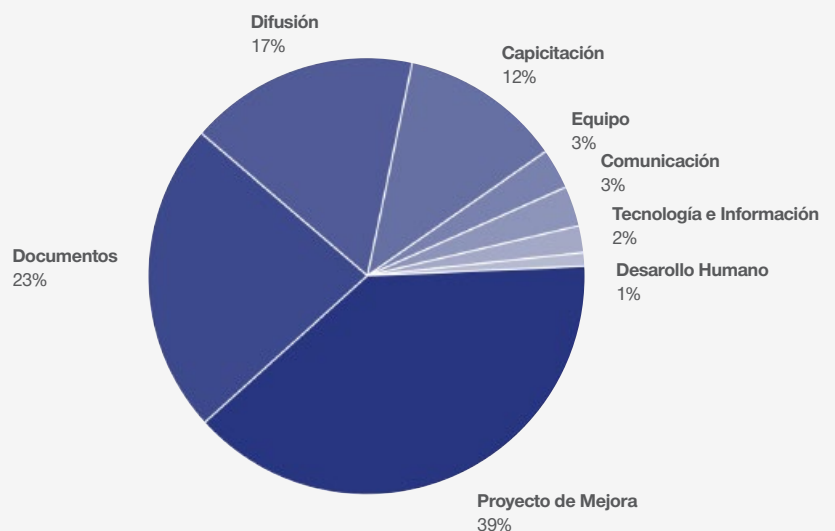
Este artículo se ha traducido a partir de la presentación original en inglés.

Autores: Dra. Marcela Argumedo Estay, Clínica San Felipe, Perú, margumedo@clinicasanfelipe.com;
Dra. Paula Ponce de León Lovatón, MBA, HCQM, Clínica San Felipe, Perú

¹Edwards MT. The objective impact of clinical peer review on hospital quality and safety. Am J Med Qual. 2011 Mar-Apr;26(2):110-9. Doi: 10.1177/1062860610380732. Publicación electrónica del 15 de diciembre de 2010.

²Bismark M1, Paterson R. Naming, blaming and shaming? Med Law. Mar. 2006;25(1):115-25.

Figura 1: Proyectos de Intervención.



La Experiencia del Paciente: Informes Breves

Experiencia del paciente en un nuevo modelo de atención integrada en el centro oncológico, Clínica Dávila, Santiago, Chile

El programa: En agosto de 2019 se implementaron nuevos modelos de atención integrada basados en evidencia para pacientes pediátricos y adultos en las nuevas instalaciones de la Clínica Dávila en Santiago, Chile. Se esperaba una mejora en la experiencia del paciente, ya que pasamos de ser una unidad básica de infusión de quimioterapia a un centro de atención integrado hospitalario y ambulatorio para los pacientes con cáncer y sus familias.

El centro de oncología es una instalación integral donde se cubren todas las necesidades del paciente, desde la consulta hasta la quimioterapia. Cuenta con personal multidisciplinario y un equipo médico que incluye hematólogos, oncólogos y especialistas en trasplantes de médula ósea. Este modelo de atención integrada de medicina basada en el equipo, que se centra en las necesidades de los pacientes crea un entorno más favorable para los pacientes y facilita la atención personalizada que mejora la experiencia del paciente. El modelo de atención, elaborado en protocolos clínicos basados en evidencia, también respalda la educación y el asesoramiento integrales y holísticos para el paciente. .

¿Qué retos se abordan?

- Cumplir con los estándares de atención de alta calidad.
- Mejorar la experiencia del paciente.
- Abrir nuevas instalaciones.
- Implementar un modelo de atención integral para garantizar la continuidad de la atención, mejorar el acceso y mejorar los resultados.
- Aumentar la capacidad para satisfacer la creciente demanda de los pacientes de los servicios oncológicos.

Resultados: Experiencia del paciente: se hizo una encuesta por Internet a los pacientes por correo electrónico entre agosto y diciembre de 2019 tras la implementación del modelo de atención integral: :

- Índice de satisfacción (NPS): 94%
- Satisfacción general (de 1 a 5): 4,8
- El 100% de los pacientes califican más alto las nuevas instalaciones y el modelo de atención respecto al modelo anterior.
- Los pacientes voluntariamente dieron su opinión sobre los mejores atributos de su experiencia: tratamiento cálido y humano, empatía, personal capacitado, entorno y nuevas instalaciones.
- Escuche la experiencia personal Narrativa [1](#) y [2](#) y [vea una descripción general del centro de atención integrado.](#)

¿Qué lecciones se aprendieron durante todo el proceso? Aprendimos que el modelo de atención interdisciplinaria integrado tiene un impacto positivo en el NPS y en la satisfacción general del consumidor. También aprendimos que los pacientes valoran la oportunidad de que los miembros de su familia permanezcan con ellos durante la atención médica. Además, un entorno cómodo y privado tiene un impacto positivo en el estado de ánimo y las experiencias de los pacientes.

Este artículo se ha traducido a partir de la presentación original en inglés.

Autores: Dra. Carolina Asenjo, Clínica Dávila, Chile, carolina.asenjo@davila.cl; Dr. Pablo Ramírez; Dr. Manuel Yáñez; Dr. José Santander; Dr. Alvarado Bernardita; Dra. Cherie Gutiérrez; Jacqueline Quezada, RN; Carolina Cabrera, RN; Isabel Fernández

Publicaciones Recientes Seleccionadas

Se recomiendan los siguientes artículos para mejorar el conocimiento de los temas de la experiencia del paciente.

“Anticoagulation Therapy in Patients with Non-valvular Atrial Fibrillation in a Private Setting in Brazil: A Real-World Study.” Silva, P., Szejder, H., Vasconcellos, R., Charles, G. M., Mendonca-Filho, H., Mardekian, J., Nascimento, R., Dukacz, S., & Fusco, M. D., [Arquivos Brasileiros de Cardiologia](#), 2020 Feb 7.

“Baseline characteristics and risk profiles of participants in the ISCHEMIA randomized clinical trial.” Hochman, J. S., Reynolds, H. R., Bangalore, S., O’Brien, S. M., Alexander, K. P., Senior, R., ... & Lopez-Sendon, J., *JAMA cardiology*, 2019 Feb 27.

“High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence.” Topol, E. J., *Nature medicine*, 2019 Jan 7.

“At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation.” Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, F., Pisano, M., ... & Longhi, L., *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 2020 Mar 21.

“COVID-19: protecting health-care workers.” Lancet, T., *Lancet*, 2020 Mar 19.

“How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?” Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D., *The Lancet*, 2020 Mar 9.

“Critical care management of adults with community-acquired severe respiratory viral infection.” Arabi, Y. M., Fowler, R., & Hayden, F. G., *Intensive care medicine*, 2020 Feb 10.

“Coronavirus disease 2019 (COVID-19): protecting hospitals from the invisible.” Klompas, M., *Annals of Internal Medicine*, 2020 Mayo 5.

“Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19.” Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A., ... & Phillips, J. P., *NEJM*, 2020 Mar 23.

Estas publicaciones se enumeran en el idioma del texto original publicado para permitir la búsqueda por Internet.

Oportunidades educativas y recursos clínicos

Recursos clínicos sobre COVID-19

Visite uhc.care/GlobalCOVID para obtener información clínica importante preparada especialmente para nuestros colaboradores (contenido disponible en inglés).

Estamos Juntos LinkedIn Group

Estamos juntos es un simple recordatorio de que aunque kilómetros, idiomas y océanos pueden separarnos, nosotros estamos unidos como un equipo de UnitedHealthcare Global. Visite uhc.care/Together para conectarse con otros médicos de todo el mundo. *Disponible para empleados directos.*

OptumHealth Education

OptumHealth Education (OHE, por sus siglas en inglés), una compañía de UnitedHealth Group, ofrece educación médica acreditada gratis a través de la web. Es una de las pocas organizaciones acreditadas conjuntamente en el mundo, que ha sido acreditada simultáneamente para proporcionar actividades de educación continua en las siguientes áreas: medicina, enfermería, farmacia, psicología y trabajo social. **Cree una cuenta en optumhealtheducation.com y obtenga acceso a casi 100 horas de educación continua gratuita (contenido actualmente disponible en inglés).**

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

