

## Hospitales del futuro. La experiencia de Dinamarca

### Hospitals of the future. The experience of Denmark

A. Rodríguez Archilla

*Antesioóloga. Coordinadora de la Unidad Funcional de Cirugía Mayor Ambulatoria. Unidad de Gestión Clínica de Anestesiología y Reanimación. Hospital General y Hospital Duques del Infantado. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

Autor para correspondencia: ana.rodriguez.archilla.sspa@juntadeandalucia.es

#### RESUMEN

Este artículo describe la experiencia de la autora, anestesióloga, durante su estancia en Dinamarca como participante del programa Europeo de intercambio HOPE, acrónimo de "Hospitals for Europe".

La excepcional calidad del Sistema de Salud Danés se basa en tres pilares: a) la cultura nórdica del consenso, diálogo y aparente ausencia de jerarquía; b) la relación con el paciente al que se le ofrece un ambiente lo más cercano posible al hogar y donde el médico es visto como un compañero, y c) por último, el cuidado de las condiciones de los trabajadores, con enseñanza del idioma, actividades deportivas y espacios de descanso, entre otras muchas medidas.

*Palabras clave: HOPE, programa Europeo de Intercambio, sistema de salud danés, Cirugía Mayor Ambulatoria.*

#### ABSTRACT

This article describes the experience of the author, a consultant anaesthetist, during a stay in Denmark under the European Exchange Programme "Hospitals for Europe" (HOPE). The outstanding quality of the Danish system is based on a meticulous organisation that relies on three pillars: a) the Nordic paradigms of consensus, dialogue and the apparent absence of hierarchy; b) respecting the patient, bringing about a homely atmosphere where the doctor is seen as an equal; and c) last but not least, the care of the conditions of hospital workers, with teaching of languages, sports activities and spaces to relax among many other measures.

*Keywords: HOPE, European Exchange Programme, Danish Healthcare System, Day Surgery*

#### INTRODUCCIÓN

En el año 2015, 128 profesionales europeos con responsabilidades en gestión, participamos en el programa HOPE. De ellos, 23 éramos españoles y dos fuimos a Dinamarca.

Dinamarca fue una excelente oferta, ya que los países nórdicos tienen también un sistema de salud público y, además, un desarrollo importante de la Cirugía Mayor Ambulatoria. HOPE es un acrónimo de "Hospitals for Europe", y es el nombre adoptado por la Federación Europea de Hospitales y Servicios Sanitarios (European Hospital and Healthcare Federation) tras su constitución en 1966.

HOPE es una Asociación no gubernamental en la que participan 32 organizaciones de 27 estados miembros de la

Unión Europea, recayendo en el Ministerio de Sanidad y Política Social la representación de España.

Los objetivos de este programa son impulsar mejoras en la salud de los ciudadanos de los países de la Unión Europea, asesorar a las instituciones de la Unión Europea en temas de salud y fomentar el intercambio entre los profesionales.

Para alcanzar sus objetivos, HOPE puso en marcha en 1981 un Programa de Intercambio de un mes de duración, dirigido a profesionales que estén directa o indirectamente implicados en los servicios de salud europeos.

Cada año se trabaja un tema sobre el que se intercambian experiencias y las mejores prácticas entre los distintos sistemas sanitarios de la Unión Europea. En el año 2015 el título

fue “Hospitals 2020: Hospitals of the Future, Healthcare of the Future” (Hospitales 2020: hospitales del futuro, cuidado de la salud en el futuro).

Bajo este título los participantes debíamos detectar en los diferentes países qué proyectos podrían dar forma a los hospitales en el 2020.

Cada año el programa termina con una reunión de dos días; el 2015 en Varsovia. En ella se elabora un documento común en respuesta al tópico propuesto.

## DINAMARCA Y SU SISTEMA DE SALUD

En Dinamarca nos ofrecieron una gran hospitalidad, un profundo conocimiento de su país y de su sistema de salud, así como de las reformas que están llevando a cabo.

Además nos invitaron a reuniones en el equivalente al Ministerio de Salud, en el Instituto Danés de Calidad y Acreditación en Servicios de Salud, en servicios de emergencias y en atención primaria, entre otras.

Dinamarca, con 5,5 millones de habitantes, realizó en 2007 importantes cambios estructurales: se dividió el país en cinco regiones administrativas y se redujeron los municipios de 270 a 98.

En Dinamarca todo es público y transparente, todo está publicado.

Su servicio de salud es predominantemente público, financiado por impuestos. El gasto sanitario es el 11 % del PIB, y la cobertura es universal. Todas las personas registradas como residentes en Dinamarca tienen derecho a la asistencia.

Los daneses tienen un identificador personal único que se emite en el nacimiento. La firma digital es ampliamente utilizada y tienen una dirección de correo electrónico oficial en la que también reciben todo tipo de comunicaciones, incluidas las del sistema de salud, como pueden ser citas, informes y altas de hospitales. Nos cuentan que los problemas con este tipo de comunicación oficial han sido menos de los que esperaban, en general con personas muy mayores o emigrantes, en cuyo caso se les ofrece otro tipo de comunicación.

### Responsabilidades del gobierno danés en salud

Administrativamente, el gobierno nacional danés establece el marco regulatorio y hace la planificación general y la supervisión de los Servicios de Salud.

El gobierno danés ha decidido adoptar un plan estratégico para reducir el número de hospitales en el 2020: de los 80 que tenían a 50, de los cuales 16 serán “super-hospitals”,

que se caracterizan por una gran inversión en tecnologías de la información y de vanguardia.

Otro de sus objetivos es reducir la duración media de estancia hospitalaria, actualmente en 3,8 días; quieren conseguirlo volviendo a definir las vías clínicas y favoreciendo el uso de las tecnologías y telemedicina en el hogar de los pacientes, especialmente los crónicos.

Piensen que la clave frente al reto del envejecimiento de la población y la necesidad de disminuir los costes es el cambio del paciente hospitalizado al paciente en su domicilio. Se trata de cambiar la idea clásica de que los cuidados en salud se obtienen principalmente por la hospitalización. Hay que volver a pensar los hospitales.

Respecto a los costes del personal, nos dijeron que en los últimos tres años han reducido un tercio el número de personas en la administración.

Desde el gobierno, la estrategia nacional en salud para los años 2015-2018 ofrece una amplia invitación a la conciliación y al diálogo y establece cinco prioridades:

- El cáncer debe ser detectado antes, con lo que mejorará la supervivencia.
- Las enfermedades crónicas deben detectarse antes y los pacientes recibir más ayuda.
- Modernizar la Atención Primaria.
- Mejorar la calidad a través del empoderamiento del paciente.
- Mejorar la calidad a través de la transparencia en los resultados.

Las principales consecuencias de estas nuevas estrategias son la centralización del tratamiento del cáncer y de la atención en emergencias.

## EL ACUERDO

El acuerdo (*The agreement*) es la base de la cultura danesa y se sienten muy orgullosos de él. Todo funciona en base a consensos; desde la administración de las regiones a los servicios de los hospitales.

Ya en la estructura directiva de los hospitales hay tres personas al mismo nivel que deben llegar a acuerdos: uno del área económica, otro con formación en salud, médico o enfermera y un tercero de la administración.

En cada departamento hay un líder y un enfermero/enfermera que actúan al mismo nivel. Ellos nos dicen que consiguen los resultados a través de la colaboración.

Un ejemplo de acuerdo es el diseño de las habitaciones para los nuevos hospitales: hicieron una habitación piloto e invitaron a todos a dar ideas y opiniones, todos son todos: directivos, limpiadoras, pacientes y familiares, jóvenes, personas de edad avanzada, sanitarios, mantenimiento, etc.

### Las regiones y los servicios de salud

Cada una de las cinco regiones administrativas en las que se divide Dinamarca tiene como mayor responsabilidad los Servicios de Salud: administra y financia la redes hospitalarias y de Atención Primaria.

### Los municipios y los servicios de salud

Los municipios tienen responsabilidades en salud; de ellos dependen los 3.500 médicos generales, los fisioterapeutas, los dentistas y las farmacias.

Son tareas municipales que se integran con el sistema de salud la atención social, incluida la psiquiátrica, el tratamiento de alcohólicos y drogadictos, las residencias de ancianos y la rehabilitación.

La mayoría del cuidado a largo plazo está organizado y financiado por los municipios, y se lleva a cabo en los domicilios de los ciudadanos. Se basa en la evaluación de la necesidad.

### La atención primaria

El país ha desarrollado un fortalecimiento de la atención primaria gracias a las responsabilidades compartidas entre los municipios y los hospitales. Esto se ha logrado con la introducción de equipos de atención aguda, compuestos por personal de enfermería altamente capacitado y especializado que puede realizar electrocardiogramas y administrar transfusiones y antibióticos en los domicilios. Estos equipos están conectados con los hospitales y médicos de familia a través de tecnologías de la información.

Han establecido un sistema de puntuación de las constantes vitales, máximo diez puntos, para la valoración rápida y objetiva del paciente en el domicilio.

Para la administración de la medicación, los pacientes disponen de contenedores electrónicos de medicamentos ([info@DoseSystem.com](mailto:info@DoseSystem.com)) que cargan en la farmacia y emiten una señal cuando deben tomar un fármaco. El sistema avisa de forma automática a la enfermería si no lo han hecho.

Los médicos generales son autónomos; la estructura de la práctica médica está cambiando gradualmente de la atención en solitario a la práctica en grupos de médicos. Están muy contentos con el sistema, ya que se consideran profesionales independientes y confidentes de los pacientes.

Visitamos un centro de salud, Vardnburg Municipality, en el que trabajan tres médicos generales. Nos dijeron que su horario aproximado es de 8 a 16. Además abren una tarde a la semana. Los daneses visitan a su médico una media

de siete veces al año y quieren bajarla a la media europea, que es de cinco.

A primera hora, de 8 a 9, contestan consultas por teléfono o correo electrónico. Suelen ser unos diez diarios. Tienen dos bloques de consultas presenciales de dos horas y algún tiempo para comer y realizar tareas administrativas. Atienden a unos 25-30 pacientes diarios que citan cada 15 minutos. Los niños son también sus pacientes y llevan los embarazos sin riesgo.

Si el paciente necesita una extracción de sangre lo hacen ellos mismos; no dan nuevas citas, lo consideran hacer perder el tiempo al paciente.

Uno de los problemas es que en Dinamarca el sistema informático que utilizan los GP puede ser de 36 tipos de diferentes.

### La atención urgente

La reorganización de las urgencias se basa en servicios pre-hospitalarios fuertes y departamentos de emergencia especializados grandes y centralizados. El plan dentro de la nueva organización es un hospital de urgencias o agudos para cada 200.000 habitantes.

¿Cómo accede el ciudadano a la atención urgente? Existen tres niveles de emergencia:

- Si es una situación que amenaza la vida, deben llamar al 112.
- Si es urgente, en horario de 8 a 16 llaman a su médico de familia. En cualquier otro horario tienen que llamar a un teléfono médico de emergencias atendido por personal sanitario.
- Si puede esperar deben pedir una cita a su médico.

Intentan evitar que los pacientes se presenten en las áreas de urgencias sin contacto telefónico previo. Es más, si lo hacen les piden que realicen la llamada desde la misma puerta de urgencias donde les facilitan un teléfono. Con este sistema, dos tercios de los pacientes llegan a través de sus médicos de familia.

El objetivo general en urgencias es que en cuatro horas, esté planificado el tratamiento y definida la estancia del paciente.

Los pacientes de menor gravedad, colores verde y azul, tienen un área especial, o *fast-track*, donde les atienden fisioterapeutas. En estos casos la estancia en urgencias debe ser menor de dos horas.

En el Hospital de Urgencias Slaglese Sygehus Emergency Departement encontramos un hospital inmenso, de dos plantas, con un edificio antiguo de hace unos 30 años y una parte nueva del 2013.

La planta baja es urgencias; la primera es agudos, son ingresos de menos de 48 horas.

Nos resulta sorprendente que los pasillos están vacíos. Comprobamos cómo una persona atiende una llamada y ve, en tiempo real, la demanda de urgencias en los hospitales de la región y envía a los pacientes hacia aquellos con menor demanda.

Atienden unas 100 urgencias diarias.

Hay grandes pantallas donde están todos los ingresos, clasificados por colores según la gravedad. En la pantalla se puede ver qué enfermero es responsable de cada paciente, su foto y número de teléfono para ese día y las pruebas que le han solicitado. Cuando los resultados están disponibles una señal parpadea hasta que alguien los ve.

Uno de sus objetivos es operar las fracturas de cadera en seis horas (actualmente lo hacen en las primeras 24) porque el mayor beneficio y la menor mortalidad se obtiene interviniendo cuanto antes. Optimizar al paciente antes de la cirugía, nos comentan, es perder un tiempo precioso; lo que haya que tratar se hará después.

Los pacientes de más de 75 años están en un área especial donde les atienden geriatras.

### El personal sanitario

Los trabajadores sanitarios lo son de la Región y pueden ser reorganizados dentro de ella.

A los médicos de los hospitales públicos no se les permite ver a pacientes privados. A los profesionales de la salud en los hospitales y en la mayoría de los servicios de salud municipales se les paga un salario y no hay sanciones o recompensas económicas explícitas estandarizadas ligadas a la supervisión del rendimiento.

Les faltan médicos y tienen el problema de que el danés no es un idioma ni fácil ni extendido. Cuidan mucho a los trabajadores, están pendientes de su educación, satisfacción y condiciones legales. Pueden trabajar también en su casa y pasar las horas al hospital. Tienen programas para integrar a los emigrantes y refugiados, a los que dan clases de danés en su horario laboral.

Todo está pensado desde el punto de vista de la ergonomía: los taburetes, sillas y mesas de trabajo, por ley, se pueden colocar a diferentes alturas. En las salas de estar del personal hay sillones de masaje.

Utilizan patinetes y bicicletas para moverse dentro de los hospitales, ya que son muy extensos.

Los hospitales que he visitado tienen gimnasio y pistas de tenis para uso del personal.

Las normas de higiene son muy estrictas: todo el personal va vestido de blanco y con mangas cortas para evitar la transmisión de infecciones. No está permitido el esmalte de uñas, anillos o relojes, sólo unos pendientes pequeños. Las identificaciones nunca van colgadas del cuello.

Las soluciones hidroalcohólicas están en todas partes, en todas las habitaciones, que además tiene un lavabo, en los aseos del personal y en las cafeterías de los hospitales.

El personal está pendiente y te recuerdan que debes utilizarla, por ejemplo, al entrar en la cafetería. En general no utilizan guantes, se lavan con ellas continuamente.

### EL PACIENTE, LA GARANTÍA DE PLAZOS Y SU SEGURIDAD

El concepto acerca del paciente es que es un compañero y forma parte del equipo. El paciente debe estar por encima de todo; los quieren con más conocimiento y autonomía.

Les escuchan atentamente y les han preguntado acerca de lo que quieren y la respuesta ha sido “Ninguna decisión acerca de mí sin mí”.

Crean que los profesionales de la salud debemos alejarnos de los mostradores y despachos y estar más tiempo con ellos.

Ponen el foco en la calidad, en los resultados, en el encuentro, la continuidad y la proximidad.

Sus objetivos en relación con los pacientes son:

- Desarrollar habilidades para involucrar a los pacientes activamente en las decisiones, promover las decisiones compartidas, mejorar la educación en salud.
- Usar el conocimiento de los pacientes para mejorar sus cuidados.
- Facilitarles el acceso a la telemedicina, lo que mejorará los resultados y disminuirá los costes.
- Mejorar el acceso a sus propias historias clínicas.

La sensación en los hospitales es de amabilidad. En las entradas hay sillones o zonas para estar con café o té. En la pared hay un plano del hospital con números por zonas para que puedan orientarse. Los suelos cambian de color según las áreas y están marcados con líneas de colores.

En las salas de espera y zonas de ascensores vemos bicicletas estáticas para que los familiares de los pacientes ingresados hagan ejercicio, también sillones de masaje.

En las plantas, las habitaciones son individuales con un sofá-cama para un acompañante.

No existen las sábanas, mantas ni almohadas; las camas tienen un edredón ligero y la almohada es una más pequeña que se dobla; el objetivo es que todo sea lavable.

Hay salas de estar y comedores. Les animan para que las compartan con sus familiares. Quieren facilitar un rato de conversación o que vean una película juntos. Tratan de que mantengan el ambiente familiar y tengan un espacio para la intimidad.

Las asociaciones contra el cáncer tiene edificios en los campus hospitalarios. Es un lugar donde pacientes y familiares encuentran un espacio para relajarse, descansar, compartir y recibir apoyo.

Las garantías de plazos del sistema público danés son: un mes para el diagnóstico y otro mes para el tratamiento o cirugía. Si no se cumplen, pueden ir a la medicina privada y los gastos son reembolsados.

Ante la sospecha de cáncer, las biopsias deben hacerse en dos días y el cáncer debe ser operado antes de siete días. Si esto no se lleva a cabo hay que justificarlo. La idea no es hacer el máximo por el paciente, sino lo adecuado en el momento adecuado.

### La historia clínica

El paciente tiene acceso a todo el contenido de su historia clínica. En la actualidad puede acceder con dos/tres semanas de retraso, pero quieren que sea instantáneo; es el deseo que los pacientes han expresado.

El problema de que puedan tener acceso a los resultados antes de hablar con su médico consideran que debe resolverse de la siguiente forma: si la información acerca de una prueba es muy importante deben ponerse de acuerdo en cómo comunicarlo, habitualmente una llamada telefónica y una cita.

Hacen revisiones periódicas para localizar si alguien no autorizado ha accedido a historias clínicas. Si algún profesional entra en la historia clínica electrónica sin estar implicado en el caso puede ser despedido.

### La seguridad del paciente

Se organiza como parte integral de la Junta Nacional de Salud, con el apoyo de las regiones como dueños de los hospitales.

El personal sanitario de todos los niveles—incluyendo médicos y el personal de los servicios de salud municipal— tiene la obligación de notificar los accidentes y cuasiaccidentes a las autoridades regionales. Las autoridades regionales evalúan los incidentes y envían informes anónimos a la Junta Nacional de Salud, que recopila y publica la información en una base de datos anualmente. El sistema está orientado hacia el aprendizaje, en lugar de la sanción.

Además cualquier paciente o familiar puede hacer notificaciones.

## INSTITUTO DANÉS DE CALIDAD Y ACREDITACIÓN SANITARIA. IKAS

El Programa de Calidad en los Servicios de Salud de Dinamarca se compone principalmente de médicos, y trabaja para desarrollar amplios estándares de acreditación que influyen en la calidad en todos los sectores.

Su objetivo es incluir a todas las organizaciones de atención de salud, a las cuales se les aplican las normas estándar tanto de organización como clínicas.

No hay ningún hospital en Dinamarca que no esté acreditado, y está en proceso de acreditación la atención primaria y las farmacias.

El núcleo del programa de acreditación se basa en una autoevaluación anual y una evaluación externa, cada tres años, por un organismo de acreditación profesional.

La autoevaluación consiste en la presentación de informes y estándares. Los datos de calidad se capturan en bases de datos clínicos y son publicados en la Web.

Los datos se utilizan para una variedad de propósitos, incluyendo la elección de hospitales por parte de los pacientes y la administración de la calidad hospitalaria.

Las normas del Programa de Calidad imponen el uso de guías clínicas nacionales cuando están disponibles.

Se preguntan ¿qué podemos hacer mejor?, ¿qué es lo que nos piden los pacientes?, ¿qué podemos hacer diferente a lo que hacemos?, ¿cómo hacer las cosas con la misma calidad y menos dinero?

El sistema de acreditación de calidad está en remodelación. Su autocrítica es que deben disminuir la documentación y el tiempo invertido. Su objetivo es simplificar.

Por otra parte, acreditan hospitales en el resto del mundo, sobre todo en China.

## TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

Dinamarca es uno de los líderes en tecnologías de la información, IT, pero durante varios años ha sufrido una fragmentación de los sistemas. En los hospitales cada región ha desarrollado su propio sistema electrónico de historias clínicas que tienen que cumplir normas nacionales para la compatibilidad.

La idea es una historia electrónica compartida en cada hospital, pero también un sistema de historia electrónica compartida por la red de hospitales del sistema sanitario danés. En el futuro, toda la información clínica relevante estará agrupada y será accesible en cualquier momento desde

cualquier lugar. Además está en desarrollo una red de salud con los países del área: Baltic Health Network.

El objetivo final del desarrollo e implementación de las soluciones de telemedicina es dar a los pacientes la mejor información y el mejor tratamiento lo más cerca posible. Es ideal para los que viven en áreas remotas, pero también para los que necesitan el contacto frecuente con los servicios de salud debido a enfermedades crónicas.

La telemedicina puede usarse como una plataforma de colaboración entre los profesionales de Atención Primaria y especialistas.

La estrategia nacional para el uso de las IT en salud es apoyada por la Agencia Nacional para IT de la Salud, "National Sundheds-it" (NSI).

Sundhed.dk es un portal nacional de IT con acceso diferenciado para el personal de salud y para el público.

Para los ciudadanos, el portal ofrece información general sobre las opciones de salud y tratamiento, y acceso a los registros médicos y la historia de los individuos.

Para los profesionales, el sitio sirve como una entrada a la historia electrónica, manuales médicos, artículos científicos, pautas de tratamiento, listas de espera hospitalarias y los tratamientos ofrecidos, entre otros. El portal proporciona acceso a datos de calidad de las clínicas de atención primaria.

Todos los centros de atención primaria lo utilizan para comunicarse con las juntas regionales, hospitales y farmacias. También permite la comunicación del paciente con los servicios de salud.

Los médicos generales envían más de cuatro millones de mensajes mensuales.

En Dinamarca se están aplicando soluciones en telemedicina, a través de videoconferencia, para monitorizar a pacientes diabéticos y cardiopatas; también para el tratamiento de alcohólicos.

Otra aplicación es un portal para los pacientes y cuidadores de los enfermos con demencia –idify.dk– en el que además de comunicarse e informarse, los pacientes y familiares aportan su historia personal, sus preferencias y cualquier dato que pueda ayudar a cuidarlo y orientarlo.

En el hospital de Århus tienen un laboratorio de aplicaciones: recogen las ideas y proyectos de los clínicos para realizar aplicaciones telefónicas; si es preciso ellos proporcionan los dispositivos móviles a los pacientes.

## HOSPITALIDAD Y REUNIONES

Todos los profesionales que nos recibieron son muy amables. Las reuniones fueron en salas estupendas, con grandes

ventanales viendo el campo y las flores. En un lateral casi siempre hay una cocina.

Tenían presentaciones preparadas, nos dieron folletos y se creó un debate, siempre con algo para comer y beber en mesas grandes.

Se esforzaban muchísimo en explicarnos y se interesaban por cada uno de nosotros y nuestros sistemas de salud. En las reuniones, al cabo de un rato se descalzaban y continuaban; nos sorprendíamos. Si no comíamos, paraban la presentación para que tomáramos algo; acabamos sabiéndolo y comíamos siempre, lo contrario era descortés.

Asistimos también a algunas reuniones de Calidad. En todas las unidades hay una reunión semanal de diez minutos para el seguimiento de los objetivos; la hacen de pie, en un pasillo, delante de un tablón, con un representante de calidad y con los jefes de la Unidad. Cada 15 días el subdirector se incorpora a la reunión. En el tablón hay "sólo" 5 objetivos en rojo o verde: se ve por qué están en rojo y se proponen medidas para corregirlos; se define quién las va a llevar a cabo.

Son, por ejemplo, productividad, costes, satisfacción.

Los retos que se plantean en Dinamarca para los próximos años son:

- Invertir en tratamiento psiquiátrico.
- Poner el foco en la calidad y resultados y no en la productividad.
- Hacer un mejor uso de la experiencia y resultados de los departamentos.
- Aumentar la implicación de los pacientes.
- Objetivo cáncer 2025: el 75 % de los pacientes con vida cinco años después del diagnóstico.

## CIRUGÍA DE DÍA

Las dos unidades de CMA que he visitado están en los campus hospitalarios. Funcionan desde las ocho de la mañana hasta las cinco de la tarde. Una en un hospital de especialidades en Næstved y la segunda en el Hospital Universitario de Århus. En la primera tenían tres quirófanos; en la segunda seis.

Un anestésista lleva de media tres quirófanos: en cada uno de ellos hay una enfermero/a anestésista.

### ¿Qué hacen los enfermeros/as anestésistas?

Cuando preguntas esto la respuesta es que trabajan en equipo. A primera hora tienen una breve reunión, revisan y planifican el parte quirúrgico.

Es personal de enfermería especializado, con dos años y medio de formación en anestesia. Sus responsabilidades son limitadas.

En principio, en un paciente ASA 1-2 el personal de enfermería lleva a cabo la anestesia y el control de la vía aérea. No realiza los bloqueos regionales, tampoco anestesia niños.

Respecto a los estudios preanestésicos, me dijeron que cuando el cirujano programa la intervención informa al paciente que debe responder un cuestionario preanestésico *on line*. El cirujano es responsable de solicitar las pruebas preoperatorias y de la retirada de los anticoagulantes; los anestesiólogos no realizan anestesia espinal y no las consideran necesarias.

Los anestesiólogos revisan los cuestionarios y citan a los que consideran que deben ver en consulta. Planifican un plan anestésico y un plan A, B y C de rescate de la vía aérea para cada paciente.

El consentimiento informado no es preciso firmarlo: les informan y lo hacen constar en la historia clínica. La información puede ser individual o en grupo. Además valoran si hay alguna oportunidad de educar al paciente o de mejorar su salud.

Las unidades siguen las guías de práctica clínica danesas, nórdicas o europeas, por ese orden.

En las áreas quirúrgicas que he visitado hay una reunión cada día en la que están un anestesista, un cirujano, un enfermero/a de programación y los supervisores del área quirúrgica y planta. Se revisan las historias de los pacientes programados para el día siguiente. Comprueban, por ejemplo, la lateralidad, que tengan los estudios necesarios o si se han retirado los anticoagulantes/antiagregantes. Lo que veo más importante es que ponen en común si algo les preocupa de cada uno de ellos.

En las pantallas de todos los ordenadores de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria tienen un programa donde, de forma rápida y visual (ya que están en diferentes colores) ven dónde están los pacientes en el proceso quirúrgico: sin preparar, preparados, en quirófano, despertar, planta y de alta.

Los requerimientos nacionales daneses de seguridad del paciente quirúrgico son cinco pasos:

- El cirujano habla con el paciente.
- Marcar el sitio.
- Se comprueban los datos del paciente: nombre, fecha de nacimiento, procedimiento, número identificación.
- Material preparado.
- Vía aérea difícil.

La unidad de Århus tiene seis quirófanos en dos plantas. En un año se trasladarán al nuevo hospital que se está construyendo y tendrán 16 quirófanos de CMA, entonces esperan trabajar mañana y tarde (ahora trabajan de 7:30 a 15:00 h). Dos enfermeros/as hacen un turno de 9:00 a 17:00 horas y

están a cargo del alta de los pacientes; otro/a les va sustituyendo para comer, a eso de la una, por lo que no interrumpen los quirófanos.

Las especialidades son:

- Traumatología, artroscopia de rodilla, para menisquectomía y ligamentoplastia, artroscopia de hombro y de cadera, intervenciones sobre la mano.
- Otorrinolaringología sólo adultos, septoplastias, microcirugías laríngeas. No realizan amigdalectomías.
- Oftalmología, sólo estrabismos y aceptan niños en edad escolar (6-7 años). La gran mayoría de las cataratas se intervienen en clínicas oftalmológicas privadas que tienen acuerdos con la sanidad pública y para los pacientes están libres de cargos.
- Cirugía general, fundamentalmente cirugía de mama, incluido mastectomía con vaciamiento axilar, colecistectomía y hemitiroidectomía, y también proctología.
- Niños mayores de un año en dermatología, realizan sedaciones para tratamiento con láser o exploraciones.

La programación de los pacientes la hacen teniendo en cuenta si es derecha o izquierda para agruparlas. Los mayores en la mitad de la mañana y los diabéticos primero.

Cuatro días antes de la fecha prevista para la intervención mandan un sms; si el paciente no puede intervenir les da tiempo a programar a otro.

Estuve en una sesión de sedación para controlar la recidiva de retinoblastoma. Eran niños de unos tres años. Me cuentan que prefieren que recuerden, por lo que no premedican con midazolam. Entran con unos payasos, que son voluntarios, y les cantan canciones acompañados de sus padres y hermanos.

El anestesista está muy pendiente del niño y su familia, les habla, explica y tranquiliza. Cuando el niño está inconsciente la familia sale. No utilizan guantes, tampoco los oftalmólogos, pero se lavan continuamente con solución hidroalcohólica. Cuando terminan, el anestesista lleva en brazos al niño a una salita contigua donde lo deja a cargo de una enfermera; de nuevo habla con los padres y responde a sus preguntas. En dos horas han sedado a siete niños. Cuando el niño sale, el oftalmólogo senior cambia las sábanas de la mesa quirúrgica. No hay celadores.

Una programación quirúrgica fue:

- En el primer quirófano nueve intervenciones de mano.
- En otros dos, un único traumatólogo realizaba diez artroscopias, cambiando de quirófano.
- En un cuarto tenían programadas cuatro artroscopia más complejas.
- En el último una intervención de cadera y tres de hombro.

Un anestesiista y tres enfermeras anestesistas llevan tres quirófanos. En la inducción están los dos; utilizan mascarilla laríngeas, bloqueos con ultrasonidos e infiltración con anestésicos locales.

Los anesthesiólogos realizan los bloqueos guiados con ecografía –femoral, interescalénico– en la sala de readaptación al medio, en los sillones, mientras están monitorizados y acompañados por un familiar. No premedican vía oral y sedan a los pacientes con dosis bajas de midazolam.

La sala de despertar de cinco camas para adultos y dos para niños lo llevan tres enfermeras; prácticamente no hay auxiliares. El alta la dan ellas siguiendo un protocolo. Pueden poner medicación, incluida morfina, pero no simpaticomiméticos. Hay música ambiental. A los niños les dejan dispositivos electrónicos para que se entretengan. Tienen una aplicación para valorar el dolor en niños.

No realizan llamada postquirúrgica en CMA, sino que les dicen que las 12 primeras horas llamen a urgencias y después a sus departamentos.

Pueden utilizar el hotel de pacientes en el caso de no poder dar un alta.

## ÁGORA VARSOVIA

Las conclusiones del grupo de participantes HOPE en el intercambio del año 2015 respecto al tópico propuesto, “Hospitales 2020, Hospitales del futuro”, fueron las siguientes:

El los últimos años la tendencia es cuidar a los pacientes cerca de sus hogares, en la comunidad.

Las soluciones al aumento de la cronicidad y al envejecimiento de la población son los cuidados en domicilio, la hospitalización domiciliaria, además del fortalecimiento de la atención primaria y las consultas externas.

Los participantes señalaron la importancia del cuidado social y comunitario para las enfermedades crónicas, el postoperatorio y la rehabilitación.

Una tendencia común es la de formar equipos multidisciplinares que den cuidados lo más cercanos e individualizados

posibles. Si la situación del paciente cambia, la composición del equipo debe cambiar.

En los recursos humanos se reconoce el papel de la enfermería, ya que son los profesionales más cercanos al paciente, con un empoderamiento de su papel.

El reto financiero causado por la crisis económica pronostica la optimización de las vías clínicas y procedimientos, la centralización de los cuidados y la reducción o fusión de hospitales y/o departamentos.

Las innovaciones en organización y administración están basadas en la implementación de nuevas tecnologías. Su introducción tiene como objetivos dar un mayor nivel de cuidados, permitir a los profesionales usar y compartir datos médicos, incluidos los de la práctica privada, y facilitando a los pacientes el acceso a los cuidados médicos.

La tecnología de la información, IT, se utiliza en todos los niveles de los sistemas de salud europeos. Se trata de integrar los datos médicos para ofrecer un mejor diagnóstico y tratamiento. Se crean innovaciones en el acceso a las historias clínicas por parte de los pacientes, y en la historia única electrónica.

Se promueven herramientas para conectar a profesionales y pacientes, sistemas de atención primaria *on line*, e-consultas, herramientas para apoyar a los pacientes en su cuidado.

El empoderamiento de los pacientes ha sido mencionado muchas veces. En Europa, los profesionales tienden a compartir los procesos de decisión, se pide a los pacientes que comuniquen sus expectativas y se les ayuda a autocuidarse y ser más independientes.

Se trata de mejorar el control sobre su propia vida y que puedan actuar sobre lo que ellos mismos definen como importante.

## WEBS RECOMENDADAS

- HOPE.hope.be
- Instituto Danés de Acreditación y Calidad en Salud. ikas.dk
- Ministerio de Salud Danés.sum.dk
- Portal de Salud Danés.sundhed.dk