

**La aplicación de *Daily Huddle* en el servicio de urgencias de un hospital público:
informe de experiencia**

**A implementação do *Daily Huddle* no pronto-socorro de um hospital público: relato de
experiência**

**The implementation of the *Daily Huddle* in the emergency room of a public hospital:
experience report**

 Gabriela Perdigão Fernandes¹,  Wanderson Borges Tomaz²,  Cintia Machado Dutra³
 Lúcia Aparecida Ferreira⁴

Recibido: 28/03/2023 **Aprobado:** 27/10/2023 **Publicado:** 01/11/2023

Objetivo: describir la aplicación de *Daily Huddle* en el servicio de urgencias de un hospital público, con el objetivo de reducir el hacinamiento. **Método:** informe de experiencia de dos reuniones diarias de 10 a 15 minutos, con un equipo multidisciplinar, considerando cuatro etapas, desde julio de 2021 hasta enero de 2023, utilizando un formulario electrónico elaborado por el hospital, para registrar las cuestiones pendientes y las soluciones planteadas por el equipo multidisciplinar. **Resultados:** se celebraron 437 reuniones y se demostró que la comunicación eficaz y el trabajo en equipo son motores esenciales para la realización del *Daily Huddle*, con una reducción del hacinamiento. **Conclusión:** Esta experiencia ha reforzado la importancia de las medidas para limitar la masificación con el fin de promover la seguridad de los pacientes y la calidad del servicio, utilizando herramientas organizativas y una gestión colaborativa.

Descriptores: Gestión en salud; Prácticas interdisciplinarias; Creación de capacidad; Servicio de Urgencia en Hospital; Aglomeración.

Objetivo: descrever a implementação do *Daily Huddle* no setor de pronto-socorro de um hospital público, com foco na redução da superlotação. **Método:** relato de experiência da realização de duas reuniões diárias de 10 a 15 minutos, com equipe multidisciplinar, considerando quatro etapas, no período de julho de 2021 a janeiro de 2023, com o uso de formulário eletrônico confeccionado pelo hospital, para registro das pendências e soluções levantadas pela equipe multidisciplinar. **Resultados:** ocorreram 437 reuniões e foram observadas a comunicação eficaz e o trabalho em equipe como propulsores essenciais para a efetivação do *Daily Huddle*, com redução na superlotação. **Conclusão:** essa experiência reforçou a importância de medidas para contingenciar a superlotação, para assim favorecer a segurança do paciente e a qualidade dos serviços por meio de ferramentas organizacionais e gestão colaborativa.

Descritores: Gestão em saúde; Práticas interdisciplinares; Fortalecimento institucional; Serviço hospitalar de emergência; Aglomeração.

Objective: to describe the implementation of the *Daily Huddle* in the emergency room of a public hospital, with a focus on reducing overcrowding. **Methods:** experience report of holding two daily meetings of 10 to 15 minutes, with a multidisciplinary team, considering four stages, from July 2021 to January 2023, using an electronic form created by the hospital, to record pending issues and solutions raised by the multidisciplinary team. **Results:** 437 meetings took place, and effective communication and teamwork were observed as essential drivers for the implementation of the *Daily Huddle*, with a reduction in overcrowding. **Conclusion:** this experience reinforced the importance of measures to limit overcrowding, thus promoting patient safety and the quality of services through organizational tools and collaborative management.

Descriptors: Health management; Interdisciplinary placement; Capacity building; Emergency service, Hospital; Crowding.

Autor Correspondiente: Gabriela Perdigão Fernandes – gabrielaperdigao@live.com

1. Programa de Posgrado en Atención a la Salud (PPGAS) de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba/MG, Brasil.

2. Programa de Posgrado en Enfermería Fundamental de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Unidad de Urgencia y Emergencia del Hospital de Clínicas (HC) de la UFTM - Sucursal EBSEH. Uberaba, MG, Brasil.

3. Programa de Residencia en Enfermería de Emergencia y Traumatología de la UFTM. Sector de Paciente Crítico del HC UFTM - Filial EBSEH. Uberaba/MG, Brasil.

4. PPGAS y curso de posgrado en Enfermería en la UFTM. Uberaba/MG, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Único de Salud (SUS) garantiza a los ciudadanos brasileños el derecho a una atención sanitaria integral, universal y equitativa. Estos principios no son diferentes en el escenario de la atención de emergencia, que se ha reforzado a través de la Política Nacional de Atención de Emergencia (PNAU) y la Red de Atención de Urgencia y Emergencia (RUE)¹. A pesar de los avances en salud, la realidad en las unidades de emergencia de los hospitales brasileños se aparta de los ideales del SUS, debido al hacinamiento².

El hacinamiento en los servicios de urgencias hospitalarios es un fenómeno que repercute en todo el mundo, causado por una multicausalidad, que provoca un desequilibrio entre la oferta y la demanda del servicio^{3,4}, que se refleja en una atención deficiente, elevados tiempos de estancia, sobrecarga de personal y asignación de pacientes en camillas y en lugares inadecuados⁵.

Ante este escenario, se ha vuelto imprescindible desarrollar herramientas para gestionar eficientemente los recursos disponibles, resolver problemas estratégicamente y mejorar el desempeño del personal sin aumentar la carga de trabajo^{4,5}. En Brasil, con la creciente insatisfacción de los usuarios del SUS, surgió la necesidad de una atención más calificada para las personas en situación de emergencia, con el objetivo de reducir el hacinamiento y mejorar la calidad de la atención.

El Ministerio de Salud (MS) creó el proyecto *Lean* en Urgencias, desarrollado a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Institucional del SUS (PROADI-SUS), en colaboración con el Hospital Sirio-Libanés^{5,6}. El proyecto es una adaptación del proceso industrial de *Lean Manufacturing* para los servicios de salud, que tiene como objetivo potenciar y mejorar la cultura organizativa del servicio mediante la eliminación de residuos, la mejora continua de los procesos y la implicación y formación de la dirección y de los empleados⁷.

El *Daily Huddle* es una de las principales herramientas de gestión implementadas por *Lean* en Emergencias. Este instrumento fue propuesto por el *Institute Healthcare Improvement* (IHI) y puede implementarse mediante software o sin el uso de tecnología^{8,9}. Se caracteriza por ser una reunión breve, de 10 a 15 minutos de duración, con la particularidad de celebrarse de pie y sus miembros dispuestos en corro, llevada a cabo por un equipo multidisciplinar^{10,11}.

Las discusiones también deben ser dirigidas por un líder designado o situacional, tener una programación diaria previa¹² y centrarse en el trabajo en equipo, la planificación y la resolución eficaz de las demandas del sector, sobre la base de una cultura de seguridad del paciente y la organización de los cuidados⁵.

Así pues, es necesario implantar herramientas organizativas para gestionar el complejo proceso de hacinamiento, pero cambiar comportamientos e introducir nuevas herramientas en la vida diaria del hospital sólo es posible mediante el compromiso del personal⁴. El *Daily Huddle* es una herramienta barata, fácil de aplicar y de gran impacto. El objetivo de este informe es describir la aplicación del *Daily Huddle* en el servicio de urgencias de un hospital público, con el objetivo de reducir el hacinamiento.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, del tipo informe de experiencia, con vistas a describir la aplicación del *Daily Huddle*, en un hospital público, según la experiencia de una enfermera del Programa de Residencia en Enfermería de Emergencia/Trauma, en la modalidad de posgrado lato sensu de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

Las acciones tuvieron lugar entre julio de 2021 y enero de 2023, en el servicio de urgencias de adultos del Hospital de Clínicas de UFTM, que atiende a 27 municipios que componen la macrorregión Triângulo Sul del estado de Minas Gerais, como único hospital que ofrece atención de alta complejidad a través del SUS¹³.

Este estudio se basó en un proyecto de intervención del Ministerio de Salud, desarrollado por el Programa de Apoyo al Desarrollo Institucional del SUS (PROADI-SUS), ejecutado en conjunto con el Hospital Sirio-Libanés, denominado *Lean* en Emergencias, que tiene como objetivo reducir el hacinamiento en los hospitales públicos y filantrópicos brasileños^{5,6} y que se encuentra actualmente en ejecución.

El equipo encargado de llevar a cabo el *Daily Huddle* es multidisciplinar y cuenta con un profesional de cada área que trabaja en el servicio de urgencias, entre ellos: un médico, un médico cirujano, un médico traumatólogo, un enfermero, un farmacéutico, un logopeda, un psicólogo, un fisioterapeuta, un trabajador social, un ingeniero clínico, hostelería, el Centro de Regulación Interna de Camas, un laboratorio y radiología.

La intervención e implantación de la herramienta se desarrolló en cuatro etapas: en primer lugar, los miembros del Hospital Sirio-Libanés conocieron la rutina de la unidad e iniciaron la formación con la dirección y los equipos del hospital; en segundo lugar, se diagnosticaron las principales debilidades organizativas del servicio de urgencias; tras analizar los flujos, se implantaron las herramientas organizativas, entre ellas la implantación del *Daily Huddle* y cualificación continua del equipo; y en la cuarta etapa, cambio de comportamiento y gestión de indicadores.

El *Daily Huddle* se celebra diariamente, con una duración de 10 a 15 minutos, a las 9.00 y a las 15.00 horas, guiado por un formulario electrónico preparado por la dirección del hospital, disponible en la plataforma *Google Forms*[®], El guion se rellena diariamente y el responsable dirige la reunión con varias preguntas para los miembros del equipo multidisciplinar. El guion involucra las principales demandas de los pacientes que están retrasando el alta, así como las debilidades del sector, tales como: la organización de los equipos, el suministro de insumos, medicamentos, equipamientos, entre otros temas, para identificar las cuestiones pendientes que van en detrimento de la atención y, sobre todo, proponer posibles intervenciones para mejorar la atención y la seguridad de los pacientes.

Posteriormente, se añadió al final del formulario el Plan de Capacidad Completa (PCC). El PCC tiene por objeto orientar a los equipos para que lleven a cabo procedimientos e intervenciones de contención del hacinamiento, que se definieron previamente en una reunión, junto con los demás coordinadores y el personal de los demás sectores del hospital. Las acciones se orientaron por el nivel de PCC, que es la relación entre el número de pacientes y la capacidad de los puntos de atención disponibles en el servicio de urgencias, y los niveles de PCC también sirven como parámetro básico para evaluar la eficacia de las acciones llevadas a cabo por los equipos.

Posteriormente, se añadió al final del formulario el Plan de Capacidad Completa (PCC), que es único para cada institución que adopta este método⁵. Este protocolo tiene como objetivo orientar a los equipos en la realización de las intervenciones y guiar las acciones sobre cómo proceder ante el hacinamiento en la unidad. Las acciones para reducir de forma inmediata y temporal el hacinamiento de la unidad de urgencias se definieron de acuerdo con todos los equipos implicados en la aplicación del Plan de Capacidad Completa (PCC). El principal desencadenante de la activación del PCC es la capacidad ocupacional, es decir, la relación entre los puntos de atención disponibles y el número de pacientes que deben ser atendidos⁵.

Los niveles de PCC se definieron como *Rutinario*, cuando el número de pacientes es inferior a 22. El nivel 1 de PCC se alcanza cuando el número de pacientes se sitúa entre 23 y 33, momento en el que comienzan las primeras intervenciones para reducir el hacinamiento. El nivel 2 de PCC se refiere a un número de pacientes entre 34 y 39, y las acciones incluyen medidas a adoptar en el servicio de urgencias, así como en otros sectores, tales como: acelerar los traslados entre unidades y priorizar los resultados de pruebas e informes para los pacientes del servicio de urgencias. El nivel 3 de PCC se activa con un número de pacientes igual o superior a 40. Se trata del nivel más crítico de saturación, por lo que se intensifican todas las acciones de los niveles 1 y 2, además de medidas incisivas, como: suspender las cirugías

electivas para utilizar estas camas, trasladar a los pacientes del pasillo de urgencias al pasillo de otras clínicas y convocar al complejo normativo para llevar a cabo acciones a nivel municipal y regional.

El diseño y la aplicación del *Daily Huddle* fueron objeto de seguimiento durante un año y seis meses y, para analizar esta experiencia, se utilizó una tabla basada en los datos de todos los informes generados por el formulario electrónico, junto con la percepción de los cambios de comportamiento en el equipo.

RESULTADOS

Todas las categorías que trabajan en el servicio de urgencias, así como la dirección de los demás sectores del hospital, participaron en todo el proceso de implantación de la herramienta y de las intervenciones generadas por *Lean* en Emergencias, que se dividió en cuatro etapas.

La primera etapa comenzó en julio de 2021, cuando una médica y un ingeniero de producción, consultores del Hospital Sirio-Libanés, iniciaron el seguimiento del sector y, en un primer momento, se identificó su rutina; a continuación, se llevó a cabo la segunda etapa, con el diagnóstico operacional del hacinamiento, abordando los principales puntos fuertes y débiles del servicio de urgencias.

Como se trata de un fenómeno multicausal, se iniciaron reuniones quincenales, con una duración de seis meses, de carácter teórico-práctico que abordaron la sensibilización de la cultura organizacional, la corresponsabilidad mutua y la formación con la dirección y los profesionales que trabajan en el sector.

A partir de las demandas del sector, esta etapa de diagnóstico fue esencial para definir oportunidades de mejora y acciones de intervención. Durante una de las reuniones, se realizaron varias discusiones y fue posible identificar los principales obstáculos a ser superados, tales como: resistencia al cambio, debilidades en el trabajo en equipo y la segregación del hospital como una única institución, mostrándose como un cúmulo de sectores sin interacción.

En agosto de 2021, se estableció el flujo de pacientes y se completó la segunda etapa. A principios de septiembre de 2021, se implementaron las medidas de intervención de la tercera etapa, a través de reflexiones y actividades estratégicas propuestas por el equipo, definiendo las principales causas de hacinamiento, estrategias de mejora e indicadores de calidad. En este punto, las distintas herramientas promovieron la organización del sector y el trabajo en equipo.

La cooperación mutua entre profesionales se ha reforzado de forma armoniosa, con interacción e integración de distintos tipos de conocimientos, comunicación y empatía mutua. Se observó que el equipo estaba más cohesionado y preparado para aplicar la herramienta.

A finales de septiembre de 2022 se introdujo en la rutina del sector el *Daily Huddle*, que se celebra diariamente a las 9.00 y a las 15.00 horas en el pasillo de urgencias, con los miembros dispuestos en círculo para fomentar el diálogo en grupo. Suelen asistir médicos clínicos, médicos cirujanos, enfermeros, farmacéuticos, personal de hostelería, nutricionistas, logopedas, fisioterapeutas, asistentes sociales, el NIR y el laboratorio, y la reunión se realiza mediante un cuestionario (Cuadro 1), que dura entre 10 y 15 minutos. Las acciones de la primera reunión fueron guiadas por el equipo de Sirio-Libanés, y las demás reuniones fueron dirigidas por la enfermera de guardia.

Cuadro 1. Preguntas y respuestas generadas a partir del formulario electrónico. Uberaba, 2023.

Destinatarios	Preguntas	Respuestas
Equipo	Liderazgo: ¿están presentes todos los líderes?	-Médicos clínicos; -Médicos quirúrgicos; -Médicos ortopédicos; -Enfermería; -Farmacia; -Ingeniería clínica; -Hostelería; -Nutrición; -Logopedia; -Fisioterapia; -Trabajador social; -NIR; -Secretario; -Camillero; -Laboratorio; -Radiología; -Psicólogo.
	¿Están cubiertas las escalas de los trabajadores?	-Sí; -No
	¿Si no es así, ¿qué profesionales faltan?	Médicos; -Enfermería
	¿Están cubiertos los turnos médicos de guardia?	-Sí; -No
	¿Qué especialista falta?	--Endoscopia; -Otorrinolaringólogo; -Psiquiatra; -Vascular; -Otra:
Radiología	¿Alguna prueba radiológica pendiente? Liderazgo: ¿están presentes todos los líderes? ¿Citas? ¿Resultados?	-Sí; -No
	¿Qué hay pendiente?	-Cita; -Realización; -Resultado;
Laboratorio	¿Alguna prueba de laboratorio pendiente? ¿Recogida? ¿Reactivos? ¿Resultados? ¿Solicitudes?	-Sí; -No
	¿Qué hay pendiente?	-Recogida; -Reactivo; -Resultado Solicitud;
Suministros, materiales y medicamentos	¿Hay suficientes suministros, materiales y medicamentos para satisfacer la demanda del día?	-Sí; -No
	Si no es así, ¿qué falta?	Material; Medicina
	¿Existen materiales y/o medicamentos que repercutan en el alta del paciente?	-Sí; -No
Equipamientos	¿Funciona correctamente todo el equipamiento?	-Sí; -No
	Si no es así, ¿qué equipamiento está averiado?	-Bomba de infusión; -Monitor; -Ventilador mecánico; -Otro:
	¿Se ha solicitado mantenimiento?	-Sí; -No

Hostelería	¿La higienización y el cambio de ropas de camas tienen en cuenta la rotación de las camas?	-Sí; No
	¿Es suficiente la ropa de cama?	-Sí; -No; -Parcialmente
Infraestructura	¿Necesita reparaciones de fontanería, electricidad o estructuras?	-Sí; No
	En caso afirmativo, ¿cuál es la solicitud?	-Hidráulico (ducha, grifos, etc.); - Eléctrico (bombillas, enchufes, etc.); - Estructural (pared, puerta, etc.)
	¿Se ha presentado la solicitud?	-Sí; No
Continuidad asistencial	Nutrición, logopedia, fisioterapia y terapia ocupacional: ¿está garantizada la continuidad de la atención al paciente?	-Sí; No
	Si no es así, ¿qué profesional falta?	-Fisioterapeuta - Logopeda - Nutricionista - Terapeuta ocupacional
Demanda psicosocial	¿Hay cuestiones sociales que resolver?	-Sí; -No
	¿Hay pacientes dados de alta a la espera de ser localizados por sus familiares?	-Sí; -No
	Secretario, ¿hay algún paciente esperando transporte para ser dado de alta?	-Sí; -No
	¿Necesita algún paciente ser ingresado en un ambulatorio tras el alta?	-Sí; -No
	¿Hay una demanda psicológica que resolver?	-Sí; -No
Regulación de camas	¿Se han solicitado camas al NIR?	-Sí; -No
	¿Hay pacientes que necesitan plazas en la UCI?	-Sí; -No
	¿Se han solicitado plazas en la UCI?	-Sí; -No
	¿Hay pacientes que puedan ser derivados a otras unidades hospitalarias?	-Sí; -No
	¿Se han introducido ya las solicitudes en el SISREG o el SUSFÁCIL?	-Sí; -No
	En el NIR, ¿se han trasladado todos los pacientes con camas asignadas?	-Sí; -No
	¿Hay camas disponibles o previstas en las clínicas?	-Sí; -No
	¿Hay camas disponibles o previstas en la UCI?	-Sí; -No
	¿Hay algún paciente esperando a salir del quirófano?	-Sí; -No
	¿Hay algún paciente al que los camilleros deban dar prioridad?	-Sí; -No

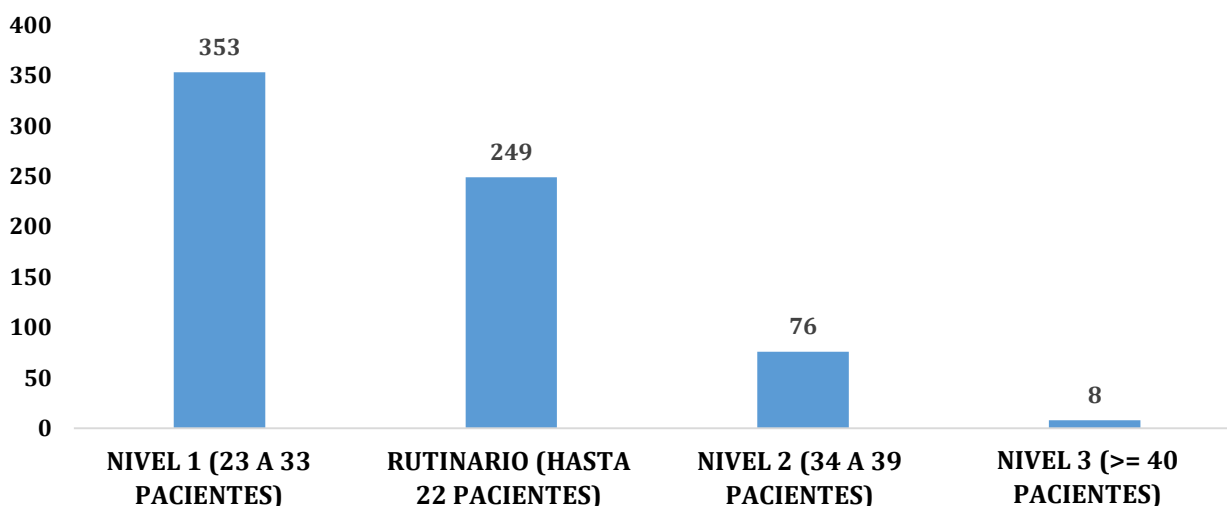
La última etapa es la gestión de los indicadores y el cambio definitivo del comportamiento, guiado por las respuestas del formulario. En este punto, se identifican los problemas que pueden estar interfiriendo en el alta del paciente y se alinea e implica a todo el

personal en la resolución de los problemas. En este punto de la intervención, las propuestas fueron ampliamente aceptadas por los profesionales y difundidas por la dirección.

Posteriormente, se constató la necesidad de añadir al cuestionario el nivel de Plan de Capacidad Completa (PCC). A través de esta medida, el hospital se interconectó, informando a los miembros de la reunión y a las demás clínicas de la situación actual del servicio de urgencias, de forma que se pudieran tomar medidas asertivas, intensificando las acciones según el nivel de PCC y monitorizando los indicadores.

También quedó claro durante la aplicación de la herramienta que el nivel de PCC está vinculado a la intensificación de la organización del sector, la mejora de los procesos y el trabajo en equipo. Además, el objetivo de reducir el nivel de PCC culminó en una reducción del hacinamiento, prevaleciendo los niveles 1 y rutinario, como se muestra en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Nivel de capacidad completa en el servicio de urgencias. Uberaba/MG, 2023.



El Cuadro 2 muestra la ocurrencia de 437 reuniones generadas a partir de los datos de los formularios completados, en los cuales fue posible observar el compromiso de los profesionales, que fue considerado satisfactorio hasta febrero de 2022, con adhesión absoluta en todos los meses. Sin embargo, después del primer año de aplicación del instrumento, hubo un aumento significativo del incumplimiento, lo que resultó en una reducción del vínculo entre el equipo que trabaja en el servicio de urgencias.

Cuadro 2. Lista de los días en que se realizó el *Huddle* según los días del mes. Uberaba, 2023.

Mes/Año	Días del mes	Días realizados	No realizados
Sept/21	4	4	0
Oct/21	31	31	0
Nov/21	30	30	0
Dic/21	31	31	0
Ene/22	31	31	0
Feb/22	28	28	0
Mar/22	31	29	2
Abr/22	30	29	1
Mayo/22	31	31	0
Jun/22	30	30	0
Jul/22	31	30	1
Ago/22	31	29	2
Sept/22	30	28	2
Oct/22	31	25	6
Nov/22	30	21	9
Dic/22	31	12	19
Ene/23	31	18	13
Total	492	437	55

A lo largo del proceso, la principal dificultad fue el compromiso del equipo. Los resultados satisfactorios obtenidos en el primer año sólo fueron posibles tras la formación y el trabajo dinámico en grupo, que reforzó el vínculo del equipo. Además, se identificó la importancia de estimular constantemente el uso de la herramienta para mantener la adherencia. También, fue posible estimular el pensamiento crítico del equipo frente a los problemas cotidianos, lo que se reflejó en la calidad de la ,m y en la reducción de la tasa de hacinamiento.

DISCUSIÓN

La experiencia de implantación del *Daily Huddle* contribuyó significativamente al desarrollo profesional, puesto de relieve por los resultados positivos de la eficacia de la herramienta. Además, fue posible descubrir las barreras impuestas por los equipos a la hora de implantar nuevas herramientas organizativas y la resistencia al cambio de comportamiento. Por otra parte, el análisis de los resultados muestra el potencial de superación de las dificultades impuestas.

Se sabe que el fenómeno de hacinamiento es complejo, dada su multicausalidad, por lo que resolverlo se convierte en un reto que requiere una planificación estratégica. A través de una visión sistémica de la institución, es posible llevar a cabo diversas acciones, pero sólo con la alineación y el desarrollo de una cultura de mejora continua habrá un aumento real en la

calidad de la atención al paciente, la gestión eficaz de los recursos y la eficiencia en los procesos de flujo y rotación de camas⁷⁻¹⁵.

El *Daily Huddle* promueve una visión sistémica que engloba todos los procesos que rodean la atención al paciente, similar a las rondas interdisciplinarias; la diferencia radica en el enfoque, ambas buscan promover un tratamiento individualizado e integral, pero en la segunda herramienta se excluyen los factores extrínsecos al sector, no teniendo en cuenta lo que puede estar interfiriendo directamente en el retraso del alta¹⁴.

Las reuniones diarias tienen como objetivo proporcionar una asistencia de calidad, englobando la seguridad del paciente, corresponsabilizando a todo el equipo sanitario, organizando objetivos, gestionando recursos e impulsando mejoras que añadan valor a la asistencia, de forma que se reduzca el tiempo de estancia y el alta se produzca de forma más eficiente y segura^{10,11}.

Al igual que en otros estudios, se observan efectos positivos tras la implantación del *Daily Huddle*, como una estructura fiable para la comunicación y las acciones conjuntas^{5-12,14}. La eficacia generada por esta estructura proporciona la compartición de información y el feedback instantáneo (uno de los principales diferenciales de la herramienta). Esta resolubilidad culmina en la optimización de las acciones, intervenciones puntuales y un flujo eficaz y de valor para el paciente.

Otro aspecto importante concebido por la eficacia de las acciones es la reducción del tiempo de hospitalización, evaluado por la herramienta del Plan de Capacidad Completa (PCC), que se instituyó durante el *Lean* en el Servicio de Urgencias. Esto permitió calibrar el nivel de hacinamiento del servicio de urgencias y aplicar medidas para hacer frente a este fenómeno¹⁵.

La implicación de los equipos optimiza el tiempo de atención, lo que repercute directamente en la seguridad de los pacientes y permite mejorar los indicadores y los objetivos, proporcionando respuestas rápidas a los retos. Estos resultados reducen el hacinamiento de los hospitales, debido a la reducción de las estancias hospitalarias^{10-12,14-15}.

Por otro lado, la reticencia del personal a adherirse se ha revelado como la principal barrera para la implantación de la herramienta, así como la falta de perspectiva de la institución y de compromiso del equipo, cuya suma imposibilita un mayor éxito⁵⁻⁷.

La práctica colectiva, basada en la colaboración y en la toma de decisiones compartida, garantiza la eficacia y la calidad en la realización de las actividades propuestas^{14,15}. De este modo, los cambios definitivos sólo tendrán éxito si el equipo está comprometido y capacitado^{3-7,9,12}.

Se establecieron reuniones diarias para potenciar la gestión de los recursos, la organización del sector y los objetivos de calidad para la seguridad del paciente. Sirven de base para generar cambios que contribuyan a mejorar la asistencia y acortar las estancias hospitalarias. La implantación del *Daily Huddle* planteó muchos retos, el principal de los cuales fue mantener el compromiso del personal.

La cultura organizativa del servicio, la mejora de los procesos y la corresponsabilidad de todos los miembros del equipo y de la dirección son la base para reducir el hacinamiento y mejorar la calidad de la atención prestada.

CONCLUSIÓN

La implantación de *Daily Huddle* en el servicio de urgencias ha mejorado notablemente el índice de saturación y la comunicación entre los distintos equipos, además de agilizar los flujos de pacientes y reducir el tiempo necesario para tomar decisiones médicas. Esta herramienta presenta ventajas como la rapidez, la practicidad y el coste cero. El impacto generado ha sido muy importante para mejorar los flujos de pacientes, el tiempo de toma de decisiones en la unidad, la gestión de los recursos y la seguridad de los cuidados.

La importancia de este trabajo se debe al impacto que el hacinamiento de las urgencias tiene en el SUS y en la asistencia sanitaria. La implementación de nuevas herramientas organizativas que busquen la mejora continua de los procesos asistenciales es fundamental para superar las consecuencias de este fenómeno. Además, la exposición de los factores limitantes y potencializadores para la implementación de la herramienta sirvió de base para la implementación de otros instrumentos y técnicas.

Como limitación del estudio, se destaca la baja producción científica nacional encontrada, debido a la baja difusión de la herramienta en Brasil. Se sugiere la realización de nuevas investigaciones sobre el tema, teniendo en cuenta que esta estrategia facilita la gestión de rutina en el servicio, incidiendo directamente en la calidad del servicio ofrecido a los pacientes y fortaleciendo el vínculo institucional.

REFERENCIAS

1. Sales OP, Vieira AF, Martins AM, Garcia LG, Ferreira RK. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. *Humanidades e Inovação*. 2019; 6(17):54-65. [citado el 16 sept 2022] Disponible en: revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1045
2. Santos PR, Salette Tonini N, Salette Maraschin M, Borges F, Lopes D. O olhar de enfermeiros assistenciais frente a implantação do programa Lean nas emergências hospitalares. *Nursing (São Paulo)* [Internet]. 2 set 2021 [citado 28 sept 2022]; 24(280):6147-56. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i280p6147-6156>

3. Ansah JP, Ahmad S, Lee LH, Shen Y, Ong ME, Matchar DB, Schoenenberger L. Modeling Emergency Department crowding: restoring the balance between demand for and supply of emergency medicine. Plos One [Internet]. 12 jan 2021 [citado 05 feb 2023]; 16(1):e0244097. DOI:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244097>
4. Lin YX, Lin CH, Lin CH. A challenge for healthcare system resilience after an earthquake: the crowdedness of a first-aid hospital by non-urgent patients. Plos One [Internet]. 2 abr 2021 [citado 5 feb 2023];16(4):e0249522. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249522>
5. Sampaio Juventino GK, Cavalcante dos Santos BE, Francis Souza Bezerra da Silva M, Agra Pimentel C. Lean nas emergências: análise comparativa da implementação em cinco hospitais brasileiros. RAHIS- Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde [Internet]. 24 out 2021 [citado 6 feb 2023];18(3):58-73. DOI: <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i3.7097>
6. Rocha DO, Maraschin M, Tonini NS, Borges F, Cunha MA. Impacto da metodologia Lean na permanência dos pacientes de um pronto socorro. Cogitare Enfermagem [Internet]. 19 abr 2021 [citado 6 feb 2023];26. DOI:<https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.71970>
7. Régis TK, Gohr CF, Santos LC. Implementação do lean healthcare: experiências e lições aprendidas em hospitais brasileiros. Revista de Administração de Empresas [Internet]. 2018 [citado 22 feb 2023]; 58(1):30-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0034-759020180104>
8. Scoville R, Little K, Rakover J, Luther K, Mate K. Sustaining improvement. IHI White paper. Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement [Internet]. 2016 [citado 9 feb 2023]. Disponible en: <https://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Sustaining-Improvement.aspx>
9. Franklin BJ, Gandhi TK, Bates DW, Huancahuari N, Morris CA, Pearson M, et al. Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: a systematic review and proposed taxonomy. BMJ Quality & Safety [Internet]. 7 abr 2020 [citado 22 feb 2023]; 29(10):1.2-2. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009911>
10. Brass SD, Olney G, Glimp R, Lemaire A, Kingston M. Using the patient safety huddle as a tool for high reliability. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety [Internet]. 2018 [citado 22 feb 2023]; 44(4):219-26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.10.004>
11. Mihaljevic T. Tiered daily huddles: the power of teamwork in managing large healthcare organisations. BMJ Quality & Safety [Internet]. 2020 [citado 22 feb 2023]; 29(12):1050-2. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010575>
12. Pimentel C, Hartmann CW, Okyere D, Carnes SL, Loup JR, Vallejo-Luces TM, et al. Towards understanding the use of huddles among frontline staff in clinical settings: a scoping review protocol. OSF Preregistration [Internet]. 2019 [citado 10 feb 2023]. DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/BDJ2X>
13. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. HC-UFTM - Hospital de Clínicas da UFTM [Internet]. Uberaba; set 2020 [citado 12 feb 2023]. Nossa História. Disponible en: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/acesso-a-informacao/institucional>
14. Di Vincenzo P. Team huddles. Nursing [Internet]. 2017 [citado 26 feb 2023]; 47(7):59-60. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000520522.84449.0e>
15. Ferreira SB, Fiorotto HN, Brilinger CO. Implantação da metodologia Lean Healthcare no pronto-socorro de um hospital público: impactos no gerenciamento de leitos. Congresso Internacional em Saúde [Internet]. 2021 [citado 20 feb 2023]; (8). Disponible en: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/1937>

Editor Asociado: Estefânia Maria Soares Pereira.

Conflicto de Interesses: os autores declararam que não há conflito de interesses.

Financiamento: não houve.

CONTRIBUCIONES

Gabriela Perdigão Fernandes participó en el diseño, recogida y análisis de datos, redacción y revisión. **Wanderson Borges Tomaz** contribuyó a la concepción, recogida y análisis de datos. **Cintia Machado Dutra** colaboró en la concepción, recogida y análisis de datos y revisión. **Lúcia Aparecida Ferreira** colaboró en la revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Fernandes GP, Tomaz WB, Dutra CM, Ferreira LA. La aplicación de Daily Huddle en el servicio de urgencias de un hospital público: informe de experiencia. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2023 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 11(2):e6773. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

FERNANDES, G. P.; TOMAZ, W. B.; DUTRA, C. M.; FERREIRA, L. A. La aplicación de Daily Huddle en el servicio de urgencias de un hospital público: informe de experiencia. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 11, n. 2, p. e6773, 2023. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Fernandes, G.P., Tomaz, W.B., Dutra, C.M., & Ferreira, L.A. (2023). La aplicación de Daily Huddle en el servicio de urgencias de un hospital público: informe de experiencia. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc., 11(2). Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons