

3. Conthe P, Visús E. Importancia del cumplimiento terapéutico en la insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:302–7.
  4. Cramer JA, Benedict A, Muszbek N, Keskinastan A, Khan ZM. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidemia: A review. *Int J Clin Pract*. 2008;62:76–87.
  5. Morales MJ. Estudio sobre la utilidad del pastillero para mejorar el cumplimiento terapéutico. *Aten Primaria*. 2009;41:185–92.
  6. López-Simarro F, Brotons C, Moral I, Cols-Sagarra C, Selva A, Aguado-Jodar A, et al. Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:377–84.
  7. Marquez E, de la Figuera M, Roig L, Naval J. Análisis de los estudios publicados sobre el incumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión arterial en España entre los años 1984 y 2005. *Aten Primaria*. 2006;38:325–32.
  8. Rodríguez MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40:413–7.
- J. González González<sup>a,b,\*</sup>, J. Perez Escobar<sup>a</sup>, L.J. Maria García García<sup>a,b,c</sup>, J. Sanchez Holgado<sup>a</sup> y J.J. Criado-Alvarez<sup>b,c</sup>
- <sup>a</sup> Centro Salud Santa Olalla, Toledo, España  
<sup>b</sup> Profesor Asociado Doctor Departamento Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Castilla la Mancha, España  
<sup>c</sup> Centro Salud La Pueblanueva, Toledo, España
- \* Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: [jaimeg@sescam.jccm.es](mailto:jaimeg@sescam.jccm.es) (J. González González).  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.12.007>

## Monitorización de la calidad en un servicio de medicina intensiva



### Monitoring quality in an intensive medicine department

Sra. Directora:

La monitorización de la calidad de la asistencia prestada en un servicio, determinando tanto la seguridad del paciente como la eficacia, puede llevarse a cabo evaluando periódicamente su sistema de calidad certificado, según una norma, como la *Internacional Organization for Standardization 9001 (ISO 9001)*. La versión de la norma 9001:2008, actualmente en vigor, hace especial énfasis en el control del cumplimiento de los requisitos legales aplicables al servicio que ofrece la organización certificada<sup>1</sup>. Dicha monitorización se realiza mediante la evaluación periódica de indicadores. En el caso de los pacientes críticos, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Fundación Avedis Donabedian (FAD) publicaron un conjunto, actualizado en 2011, de los que 20 son considerados relevantes<sup>2</sup>.

El objetivo de nuestro estudio fue monitorizar los indicadores de calidad relevantes en la atención al enfermo crítico, comparando los resultados obtenidos con los estándares recomendados, y estableciendo las correspondientes acciones de mejora. Para ello llevamos a cabo un estudio descriptivo, observacional entre los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria. Se monitorizaron 11 indicadores, de los catalogados como relevantes, durante los años 2011 a 2013. De los índices de calidad elegidos en 9 (reingreso a las 72 h del alta, estancia media, posición semiincorporada en

pacientes con ventilación mecánica invasiva, la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica, demora en el ingreso, monitorización de la sedación, extubación no programada, límite de presión inspiratoria máxima en ventilación mecánica invasiva y la aplicación de hipotermia terapéutica en pacientes que sufrieron una parada cardíaca) se observó que cumplían los estándares recomendados; a diferencia de 2 de ellos (administración de nutrición enteral precoz y transfusión inadecuada de concentrado de hemáties) donde se observó un diferencia con los estándares (tabla 1).

La nutrición enteral precoz es un problema que seguimos detectando a pesar de haber ido aplicando diversas acciones de mejora (instauración del catálogo de nutriciones enterales, charlas divulgativas y que aparezca por defecto en el protocolo de tratamiento de inicio al ingreso). El uso de la nutrición enteral precoz es una decisión clínica que debe tomarse de forma individualizada en cada paciente, teniendo en cuenta el coste-beneficio de esta, y su empleo debe formar parte de una estrategia terapéutica que minimice la incidencia de infecciones nosocomiales<sup>3,4</sup>.

En cuanto a la transfusión inadecuada de concentrado de hemáties, que se produce cuando no se ha seguido una política transfusional restrictiva (aceptable si Hb < 7 g/dl), y que se ha demostrado que disminuye la morbimortalidad<sup>5</sup>. En relación con este indicador, aunque la muestra no es significativa, se llevaron a cabo charlas formativas y la utilización de nuevos tubos para la extracción, que requieren menor cantidad de sangre. Con estas medidas ha disminuido el porcentaje de este indicador, aunque aún estemos alejados del estándar. Actualmente se han implantado otras medidas como la de no pautar analíticas periódicas y establecer la periodicidad con la que nos tenemos que plantear si el paciente precisa de ellas, estando pendientes los resultados de la efectividad añadida de esta nueva medida correctora.

**Tabla 1** Evolución de la monitorización de los indicadores medidos

Indicador	2011	2012	2013
Reingreso a las 72 h/alta (n.º reingresos no programados/n.º altas) Estándar: 4%	13/817	6/746	2/877
	1,5%	0,8%	0,2%
Estancia media Estándar: 7 días	6,6	6,5	6,4
Posición semiincorporada en pacientes con ventilación mecánica invasiva (n.º días en VM invasiva y posición igual o superior a 30°/n.º días en VM invasiva) Estándar: 97%	656/668	281/287	112/112
	98,7%	98,8%	100%
Neumonía asociada a VM (pacientes de más de 2 días de estancia × 1.000 días VM) Estándar: 14	9,1	4,8	4,2
Nutrición enteral precoz (n.º pacientes con NE e inicio precoz/n.º pacientes con NE) Estándar: 100%	37/44	22/26	54/87
	85%	83,8%	62,1%
Transfusión inadecuada de concentrado de hematíes (n.º enfermos transfundidos con hemoglobina pretransfusional > 7 g/dl/n.º enfermos transfundidos) Estándar: 3%	0/24	9/16	12/41
	0%	56,3%	29,3%
Demora de ingreso (n.º enfermos críticos que ingresan con una demora > 4 h/n.º total de enfermos dados de alta del SMI) Estándar: 5%	0/142	3/141	5/172
	0%	2,2%	2,9%
Monitorización de la sedación (n.º periodos de 6 h con sedación monitorizada/n.º periodos de 6 h con VM y sedación continua) Estándar: 95%	558,5/574	1084/1112	1192/1222
	97,4%	94%	97,5%
Extubación no programada (n.º extubaciones no programadas/n.º total de días de intubación) Estándar: 15 episodios/100 días de intubación	4/537	1/454	0/89
	97,4%	94%	97,5%
Límite de presión inspiratoria máxima en ventilación mecánica invasiva (n.º de pacientes con P pico > 50 cm H <sub>2</sub> O/n.º enfermos con VM) Estándar: 10%	8,1 5/34	2,5 0/58	0 0/232
	14,7	0%	0%
Hipotermia terapéutica en la parada cardiaca (n.º de enfermos con PCR por FV o TV sin pulso a los que se realiza hipotermia terapéutica/n.º enfermos con PCR por FV o TV) Estándar: 90%	4/4	6/6	6/6
	100%	100%	100%

## Bibliografía

1. International Organization for Standardization [consultado 1 Dic 2014]. Disponible en: URL:<http://www.iso.org/iso/home.htm>
2. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. 2.ª ed. Madrid; 2011 [consultado 1 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.semicuc.org/temas/calidad/indicadores-de-calidad>
3. Santana Cabrera L, Sánchez-Palacios M, Rodríguez Guedes C, Hernández Medina E. Nutrición enteral precoz en la unidad de cuidados intensivos, asignatura pendiente. Rev Calid Asist. 2010;25:52-3.

4. Santana-Cabrera L, O'Shanahan-Navarro G, García-Martul M, Ramírez Rodríguez A, Sánchez-Palacios M, Hernández-Medina E. Calidad del soporte nutricional en una unidad de cuidados intensivos. *Nutr Hosp*. 2006;21:661-6.
5. Hébert PC, Wells G, Blajchman MA, Marshall J, Martin C, Pagliarello G, et al. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. Transfusion requirements in critical care investigators, Canadian critical care trials group. *N Engl J Med*. 1999;340:409-17.

C. García del Rosario<sup>a</sup>, L. Santana Cabrera<sup>b,\*</sup>,  
R. Lorenzo Torrent<sup>b</sup>, M. Sánchez Palacios<sup>b</sup>  
y J. Cobián Martínez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Gestión de la Calidad, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Medicina Intensiva (SMI), Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lsancabx@gobiernodecanarias.org](mailto:lsancabx@gobiernodecanarias.org)  
(L. Santana Cabrera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.12.005>

## Contribución de los pacientes a la mejora de la calidad asistencial



### Contribution of patients to the improvement of quality in the healthcare system

Sra. Directora:

Como concluyen algunas investigaciones<sup>1-3</sup>, una intervención psicológica reglada durante el preoperatorio y/o en el postoperatorio contribuye a reducir la ansiedad en el estado de los pacientes quirúrgicos, disminuyendo el tiempo de estancia hospitalaria, el número de incidencias relacionadas con complicaciones médicas, la intensidad del dolor quirúrgico y la necesidad de analgésicos. Parece lógico pensar que todo ello es derivado del mayor grado de empoderamiento del paciente: a mayor conocimiento o información menor ansiedad, y viceversa. Quizás, y dicho de otro modo, a menor incertidumbre mayor capacidad de afrontar la situación y, por tanto, menor ansiedad.

Entonces, ¿por qué no empoderar al paciente para detectar las anomalías o «enfermedades» del sistema? ¿Por qué no facilitar la comunicación por parte de los pacientes de los problemas que ellos mismos detectan? Dado que se producen fallos o situaciones de riesgo dentro del sistema<sup>4</sup>, se hace necesario establecer mecanismos de defensa para, en primer lugar, detectarlos y, a continuación, subsanarlos lo más pronto posible, evitando o reduciendo el impacto en el paciente. Del mismo modo que los profesionales velan por la salud de los pacientes, los pacientes pueden velar por la salud del sistema sanitario. El profesional sanitario como sanador del paciente; el paciente como sanador de la sanidad.

Probablemente un paciente adiestrado o empoderado se encuentre más seguro dentro del sistema sanitario, puesto que tendrá más capacidad de detectar los fallos o errores y, por tanto, la oportunidad de que estos se subsanen satisfactoriamente, antes de que lleguen a afectarle.

Deberíamos escuchar más y mejor a los pacientes. Al fin y al cabo ellos son los principales beneficiados o perjudicados del buen funcionamiento o no del sistema sanitario. Y ellos son los únicos dueños de su experiencia, entendiendo como tal la vivencia que supone cada uno de los

contactos con el sistema sanitario. Porque esta vivencia es única y diferente cada vez. Por tanto, siempre, pero sobre todo cada vez que se produce un fallo o error, deberíamos escuchar a los pacientes y aprender. Aprovechar esa información para aprender y procurar que no suceda lo mismo en el futuro. Deberíamos potenciar o facilitar que los pacientes se expresen, habilitando espacios para ello como son buzones de sugerencias de mejora (ya sea buzones físicos o buzones *on-line*), facilitando el acceso al servicio de atención al paciente para dejar constancia no solo de las reclamaciones, sino también de las quejas (estas son habitualmente obviadas porque mediante ellas el paciente verbaliza su disconformidad pero no deja constancia escrita), mejorando el proceso de gestión tanto de las sugerencias como de las quejas y reclamaciones, etc.

Sin embargo, la realidad nos enseña día a día cómo solemos desaprovechar las oportunidades de mejora que nos brindan los pacientes. ¿Cómo atendemos a las sugerencias, quejas y reclamaciones de pacientes? ¿Sacamos provecho de ellas? ¿Las tenemos en cuenta? ¿Aplicamos aquello que ha ido bien y tratamos de eliminar o paliar todo aquello que ha contribuido a que las cosas no hayan ido tan bien?

Teniendo en cuenta que de cada 100 pacientes insatisfechos solo 4 dejarán constancia por escrito de su insatisfacción (96% de pacientes insatisfechos no se quejan), deberíamos considerar cada reclamación como un regalo que el paciente hace a la organización sanitaria. Cada reclamación es una oportunidad para la mejora<sup>5</sup>. A través de la reclamación el paciente nos está indicando exactamente en dónde falla el sistema, en qué tenemos que mejorar.

Dado que los pacientes se quejan en un porcentaje muy reducido, ¿no debería ser misión de los buenos gestores y profesionales fomentar las quejas de los pacientes y usuarios?

¿Qué beneficios aportaría a cada organización sanitaria mejorar la gestión de las reclamaciones de pacientes?

En nuestra opinión, escuchar a los pacientes cuando sugieren, se quejan o interponen una reclamación en el ámbito sanitario, y entrevistarlos para extraer la mejor información posible permitiría no solo responder a las reclamaciones con mayor rigor, sino también aprender de lo que ha ido mal e identificar los puntos críticos de generación de sucesos adversos. En definitiva, contribuir a la mejora continua de la calidad y de la seguridad asistencial.