

de las motivaciones del investigador en la realización del mismo. Si bien se trata de una norma no escrita, la aplicación de dicho principio implicaría una mayor vinculación entre ambos, estableciéndose una relación de confianza, una disminución del grado de vulnerabilidad del paciente y la garantía del cumplimiento del «principio de autonomía». No hemos de olvidar que si bien en la práctica asistencial se establece una relación médico-enfermo basada en un proceso de deliberación continuada, en investigación el paciente pasa a ser un «participante del proceso», donde se establece una relación en función a unos mínimos criterios cuya finalidad última es la obtención de resultados. Por el contrario, en aquellos casos donde la relación entre paciente e investigador es más próxima (tal y como sucede en atención primaria) el ejercicio de reclutamiento de participantes basado en la persuasión y/o manipulación representaría un CI por parte del facultativo, si prima la elección basada en criterios de confianza terapéutica sobre los criterios científicos, con la consecuencia indeseable de que el paciente pudiera infravalorar los riesgos o consecuencias derivados de la investigación⁶.

En España, la forma más frecuente de evitar la aparición de CI es la aprobación del estudio por parte de los denominados Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC), especificándose en el artículo 42 que su objetivo prioritario será velar por el cumplimiento de la metodología, ética y legalidad de todo estudio propuesto⁷.

En resumen, los CI en investigación clínica representan una vulneración de los derechos de los pacientes y de la calidad metodológica, representando una responsabilidad ética directa por parte del investigador, y requiriendo por parte de las distintas organizaciones sanitarias de la existencia de órganos competentes (CEIC) para su regulación.

Bibliografía

- Mallia P. WASP (write a scientific paper): The ethical stages of publishing a research paper. *Saudi J Anaesth.* 2019;13:44–7.
- Canavera K, Johnson LM, Harman J. Beyond Parenting: The Responsibility of Multidisciplinary Health Care Providers in Early Intervention Policy Guidance. *Am J Bioeth.* 2018;18:58–60.
- Scott K, Jessani N, Qiu M, Bennett S. Developing more participatory and accountable institutions for health: Identifying health system research priorities for the Sustainable Development Goals. *Health Policy Plan.* 2018;33:975–87.
- Bion J, Antonelli M, Blanch L, Curtis JR, Druml C, Du B, et al. White paper: Statement on conflicts of interest. *Intensive Care Med.* 2018;44:1657–68.
- Grady C, Fauci AS. The Role of the Virtuous Investigator in Protecting Human Research Subjects. *Perspect Biol Med.* 2016;59:122–31.
- Hurley EA. Modernizing the Common Rule: Public Trust and Investigator Accountability. *Am J Bioeth.* 2017;17:39–41.
- French R. What Is the Good of It-Ethical Controls of Human Subject Health Research? Curtin University Annual Ethics Lecture. *J Bioeth Inq.* 2018;15:589–602.

J.D. Sánchez López^{a,*}, J. Cambil Martín^b,
M. Villegas Calvo^c y F. Luque Martínez^d

^a Área de Cirugía Oral y Maxilofacial, Vocal del Comité Ético de Investigación de Granada, Granada, España

^b Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España

^c Enfermería, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^d Responsable de Formación, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Vicepresidente del Comité Ético de Investigación de Granada, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josed.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es (J.D. Sánchez López).

Disponible en Internet el 3 de abril de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.07.011>

2603-6479/ © 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de FECA.

Adherencia a los indicadores de cuidados respiratorios en las unidades de cuidados intensivos en época COVID



Adherence to the indicators of respiratory care in intensive care units in COVID time

Sra. Directora:

El objetivo de la medicina intensiva es ofrecer a los pacientes críticos una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades de calidad y lo más segura posible¹. En nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI) trabajamos para ofrecer una atención de calidad y eficaz, en los distintos aspectos de nuestro quehacer diario^{2,3}.

Esto se complica durante la pandemia de COVID-19, donde las UCI sufren una sobrecarga asistencial impor-

tante, con un manejo de los aspectos respiratorios peculiar, teniendo que adaptar su funcionamiento para evitar el contagio entre los profesionales y otros pacientes no afectados por esta enfermedad, lo que puede repercutir en la adherencia a los indicadores de calidad respiratorios que se pudieran ofrecer en otras circunstancias.

Por tanto, nos planteamos como objetivo monitorizar diferentes indicadores de calidad en el cuidado respiratorio, en una UCI, durante la época COVID.

Se analizaron indicadores de calidad, avalados por la SEMICYUC, en relación con procesos asociados a la actividad asistencial, relacionados con la seguridad y de las buenas prácticas clínicas⁴. En una UCI de 32 camas perteneciente a un hospital de tercer nivel. Durante el período abril a junio de 2020, coincidiendo con la primera ola pandémica por COVID-19 en nuestro entorno, de acuerdo con la evolución de la incidencia acumulada por 100.000 habitantes en los últimos 14 días en nuestra comunidad autónoma.

Durante dicho período, ingresaron en nuestra UCI 236 pacientes, donde 26 (11%) fueron pacientes con afección por

la COVID, y una máxima ocupación por esta enfermedad del 56,25%. Se objetivó una tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica (VM) de 8,49 (número de episodios/1.000 días de VM) algo superior al estándar. En cuanto a las tasas de reintubaciones dobla el estándar, siendo 15 de 64 extubaciones programadas (23,4%). Sin embargo, las extubaciones no programadas fueron 29, cifras que se ajustan al criterio de aceptación con solo 3,9 episodios por 1.000 días de intubación; aunque de estas, se recogieron 19 extubaciones por obstrucciones del tubo endotraqueal por traqueobronquitis necrosante, complicación muy frecuente en pacientes COVID.

Por tanto, podemos concluir que las complicaciones respiratorias derivadas de la enfermedad COVID-19, y las dificultades en el manejo de estos pacientes debido al alto riesgo de contagio, conduce a una modificación en la adherencia a los indicadores de calidad, y provoca el que no se alcancen los criterios establecidos en el servicio. Se han establecido medidas para mejorar e introducir cambios con el fin de alcanzar los criterios que garanticen la misma calidad asistencial que previo al período COVID. De todas formas, habría que valorar, en adelante, si hubiera que modificar el rango del criterio de aceptación para estos Indicadores durante las fases de incremento de la presión asistencial por patologías de este tipo.

Financiación

Los autores declaran que el presente estudio no ha sido financiado.

Bibliografía

1. García del Rosario C, Santana Cabrera L, Lorenzo Torrent R, Sánchez Palacios M, Cobián Martínez J. Monitoring quality in an intensive medicine department. *Rev Calid Asist.* 2015;30:45–7.
2. Santana-Cabrera L, Lorenzo-Torrent R, Sánchez-Palacios M. Quality health care in an intensive care unit. *Med Intensiva.* 2010;34:632–3.
3. Lorenzo Torrent R, Sánchez Palacios M, Santana Cabrera L, Cobian Martinez JL, García del Rosario C. Management of quality in an Intensive Care Unit: implementation of ISO 9001 2008 international standard [Article in Spanish]. *Med Intensiva.* 2010;34:476–82.
4. Indicadores de calidad del enfermo crítico. Actualización 2017. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. [consultado 25 Feb 2021]. Disponible en: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/11/Screen-Shot-11-20-18-at-10.27-AM-e1542706341542.png>

G. Pérez-Acosta^a, C. García-del Rosario^b,
L. Santana-Cabrera^{a,*} y J.C. Martín González^a

^a Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

^b Unidad de Gestión de la Calidad, Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsancabx@gobiernodecanarias.org
(L. Santana-Cabrera).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.06.001>
2603-6479/ © 2021 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.