



CARTAS AL DIRECTOR

Calidad asistencial en salud: cuando el paciente decide



Healthcare quality: When the patient decides

Sra. Directora:

Habitualmente el concepto de calidad asistencial es confuso, ya que el mismo adquiere significados diversos en función del área institucional considerada surgiendo una serie de interrogantes. ¿Cómo puede medirse de forma objetiva la calidad? Si tomamos como referencia una institución sanitaria que proporciona unos servicios de alta calidad ¿cuál sería la diferencia en relación a otra cuyos servicios no lo son? y, por último, si una institución presta unos servicios de baja calidad ¿existen posibilidades de mejora?¹.

La respuesta a los anteriores interrogantes precisa en primer lugar de la definición de calidad en la asistencia sanitaria (CAS). Desde un punto de vista pragmático, esta podría definirse como el «conjunto de características y atributos que permitan que un determinado sistema (enfoque colectivo) o profesional (enfoque individual) cumplan con su misión»².

La CAS basada en el paciente o CI tendría como objetivo prioritario el de mejorar el bienestar del paciente, permitiendo que este tome las mejores decisiones sobre las distintas alternativas terapéuticas, tras ser asesorado por el personal sanitario o bien delegando dicha responsabilidad en el mismo³.

Por tanto en el análisis de la CI sería preciso analizar 2 áreas de actuación: institución sanitaria y paciente.

En cualquier tipo de institución sanitaria hemos de considerar la actuación de 2 actores principales: el sistema de gestión, enfocado a proporcionar una adecuada atención mediante el uso racional de los recursos a un coste mínimo (eficiencia)⁴ y los profesionales sanitarios, dirigiendo su actividad hacia una atención efectiva basada en los mejores conocimientos científico-técnicos⁵.

En relación al paciente⁶ es necesario establecer 2 consideraciones: necesidades y expectativas.

Entendemos por «necesidades» la diferencia entre el estado actual y el óptimo, luego habría que preguntarse ¿qué precisan nuestros pacientes para situarse en una posición óptima? La respuesta han de proporcionarla los distintos integrantes de los sistemas sanitarios, garantes de sus derechos y seguridad. Por otra parte, el concepto de «expectativas» hace referencia al conjunto de creencias del

paciente sobre qué servicios espera recibir y cómo han de ser los mismos.

La CI representaría por tanto la capacidad de responder en un determinado momento a ambos conceptos, generando tal y como preconiza la *European Foundation for Quality Management* (EFQM), organizaciones inteligentes y dinámicas en sus relaciones con los pacientes.

La integración de dichas necesidades y expectativas en el diseño de la atención sanitaria precisaría de la identificación de las mismas, especificar dichas características y relacionar ambas con las actividades del proceso y sus resultados.

Estos atributos no son estáticos, sino adaptables y progresivos ya que representan el reflejo de valores vigentes no solo en el sistema sanitario, sino también en la sociedad de la que forma parte. La consecución por tanto de la CI precisaría de la implementación de un conjunto de actividades que garanticen la mejora continua, con una secuencia de 4 pasos (ciclo de Deming): planificación, acción, chequeo y aplicación de planes de contingencia o de mejora enfocados a la innovación y control de la misma (monitorización), lo cual conlleva:

- Adecuar los recursos en términos de cantidad y variabilidad (mantenimiento preventivo).
- Garantizar la cualificación de los profesionales a través de distintas herramientas: formación continua, planes de formación, establecimiento de mapas de competencias...⁷.
- Integración de los pacientes en «estrategias de calidad», incorporando las mismas desde la formación pregrado del profesional hasta finalmente conseguir el cambio de «paradigmas»^{8,9}.

No obstante, hemos de considerar que la opinión del paciente y su grado de satisfacción están sujetos a limitaciones derivadas principalmente del escaso conocimiento del mismo sobre su estado de salud, la solicitud de objetivos inalcanzables derivados de un exceso de información (p. e.j., por acceso a Internet) y en ciertas ocasiones por la demanda de servicios que no pueden ser ofrecidos por restricciones legales o éticas (p. e.j., eutanasia)¹⁰.

Por tanto, la CI precisará de la definición de una serie de actividades enfocadas a resultados, la aceptación de la toma de decisiones del paciente y la necesidad de establecer una relación consensuada con el mismo para lograr el mayor grado de autonomía del paciente.

Bibliografía

- Ballangrud R, Husebø SE, Aase K, Aaberg OR, Vifladt A, Berg GV, et al. "Teamwork in hospitals": A quasi-experimental study protocol applying a human factors approach. *BMC Nurs.* 2017;16:34.
- Desmedt M, Bergs J, Vertriest S, Vlayen A, Schrooten W, Hellings J, et al. Systematic Psychometric Review of Self-Reported Instruments to Assess Patient Safety Culture in Primary Care. *J Adv Nurs.* 2017;27:15–7.
- Desmedt M, Petrovic M, Bergs J, Vandijck D, Vrijhoef H, Hellings J, et al. Seen through the patients' eyes: Safety of chronic illness care. *Int J Qual Health Care.* 2017;25:1–6.
- Rosenbaum S, Schmucker S, Rothenberg S, Gunsalus R, Beckerman JZ. Medicaid Payment and Delivery System Reform: Early Insights from 10 Medicaid Expansion States. *Issue Brief (Commonw Fund).* 2017;2017:1–15.
- Mills PR, Weidmann AE, Stewart D. Hospital staff views of prescribing and discharge communication before and after electronic prescribing system implementation. *Int J Clin Pharm.* 2017;26:18–20.
- Montie M, Shuman C, Galinato J, Patak L, Anderson CA, Titler MG. Conduits to care: Call lights and patients' perceptions of communication. *J Multidiscip Healthc.* 2017 Sep 18;10:359–66.
- Szyld D, Uquillas K, Green BR, Yavner SD, Song H, Nick MW, et al. Improving the Clinical Skills Performance of Graduating Medical Students Using "WISE OnCall" a Multimedia Educational Module. *Simul Healthc.* 2017;25:4–7.
- Barnsteiner J, Disch J. Creating a Fair and Just Culture in Schools of Nursing. *Am J Nurs.* 2017;117(11):42–8.
- Lin Y, Scott JW, Yi S, Taylor KK, Ntakiyiruta G, Ntirenganya F, et al. Improving Surgical Safety and Nontechnical Skills in Variable-Resource Contexts: A Novel Educational Curriculum. *J Surg Educ.* 2017;23:11–2.
- Sade RM, Kavarana MN. Surgical ethics: Today and tomorrow. *Future Cardiol.* 2017;20:32–4.

J.D. Sánchez López^{a,*}, J. Cambil Martín^b,
M. Villegas Calvo^c y M.Á. Toledo Páez^d

^a *Cirugía Oral y Maxilofacial, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España*

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

^c *Enfermería, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España*

^d *Bloque del Área Quirúrgica, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

josed.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es

(J.D. Sánchez López).

Disponible en Internet el 8 de junio de 2018

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.01.004>
2603-6479/

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Efecto de una formación práctica en la higiene de manos a pacientes en diálisis peritoneal domiciliaria y sus cuidadores



Effects of hands-on hygiene training for home peritoneal dialysis patients and their caregivers

Sra. Directora:

El adiestramiento del paciente y/o cuidador que se incorpora a un programa de diálisis peritoneal debe capacitarlo para poder realizar el tratamiento en su domicilio con las máximas garantías de seguridad¹. Uno de los aspectos más importantes es la formación en las medidas de higiene y asepsia en la manipulación del catéter. Tengamos en cuenta que los pacientes y cuidadores, según la técnica que utilizan: diálisis peritoneal automatizada o diálisis peritoneal continua ambulatoria, manipulan la conexión del catéter entre 3 y 8 veces al día respectivamente, lo que supone un riesgo, si la higiene de manos no se lleva a cabo de forma correcta.

En la actualidad las soluciones alcohólicas son productos que nos permiten una higiene más rápida y efectiva, inactivan una gran diversidad de microorganismos potencialmente nocivos, presentes en las manos². En nuestro programa de

entrenamiento formativo en la técnica de diálisis peritoneal, está incluida la higiene de manos con la aplicación de una solución alcohólica, se enfatiza en su importancia, sin seguir un protocolo de actuación para la misma.

Nos planteamos valorar si una formación protocolizada y práctica, basada en las directrices de la OMS², mejoraría la técnica de higiene de manos en pacientes y cuidadores que realizan diálisis peritoneal domiciliaria.

El objeto de estudio fueron todos los pacientes que estaban en programa de diálisis peritoneal y los cuidadores que se hacían cargo de la técnica. Para la valoración de la efectividad de la higiene de manos se utilizó una solución alcohólica (Proder Pharma®, Polinyà, España), que contenía un agente fluorescente que aplicado en las manos y bajo una luz ultravioleta^{3–6} permitió diferenciar claramente las zonas donde la solución había impregnado correctamente la piel, correspondientes a las zonas limpias (zonas blancas) de las zonas no impregnadas que se mostraban de color oscuro y correspondían a zonas sucias. Para una mejor concreción, utilizamos la misma técnica que usamos en un estudio previo con personal sanitario⁵, se dividieron las manos en 6 zonas: palma, dorso, espacios interdigitales, dedos, pulgar y muñeca, en relación a los 6 movimientos recomendados por la OMS², dando un valor de uno a cada zona, cuando esta estaba completamente impregnada, por tanto obtener seis puntos en cada mano, significaba haber hecho una higiene correcta.