



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Una aproximación al benchmarking de indicadores de cuidados. Aprendiendo para mejorar la seguridad del paciente



B. de Andrés Gimeno^{a,*}, R.M. Salazar de la Guerra^b, C. Ferrer Arnedo^b,
M. Revuelta Zamorano^c, D. Ayuso Murillo^d y J. González Soria^b

^a Unidad de Calidad, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

^b Unidad de Enfermería, Hospital de Guadarrama, Madrid, España

^c Formación Continuada, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

^d Unidad de Enfermería, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

Recibido el 30 de julio de 2013; aceptado el 23 de abril de 2014

Disponible en Internet el 10 de julio de 2014

PALABRAS CLAVE

Seguridad
del paciente;
Cuidados de
enfermería;
Benchmarking

Resumen La mejora de la seguridad clínica puede alcanzarse mediante la promoción de una cultura de seguridad, formación y aprendizaje a través del benchmarking. El objetivo fue identificar áreas de mejora tras analizar indicadores relacionados con la seguridad de 2 hospitales públicos del área noroeste de la Comunidad de Madrid.

Material y métodos: Estudio descriptivo realizado en 2011 en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM) y en el Hospital de Guadarrama (HG). Las variables fueron 40 indicadores sobre cuidados de enfermería relacionados con la seguridad; 19 habían sido definidos en el Proyecto SENECA como estándares de calidad de cuidados para mejorar la seguridad en los hospitales. Para la recogida de datos se utilizó la historia clínica, los informes de evaluación del Servicio Madrileño de Salud, los procedimientos de cuidados y la observación directa.

Resultados: De 40 indicadores 22 eran de estructura (procedimientos), el HUPHM disponía del 86% y el HG del 95%. Hubo 14 indicadores de proceso (formación y cumplimiento de protocolos) con resultados similares en los 2 hospitales, excepto en los informes de continuidad de cuidados y formación en higiene de manos. Los 4 indicadores de resultado (incidencia, y prevalencia de úlceras por presión, caídas y dolor) mostraron resultados dispares.

Conclusiones: Analizar indicadores permitió identificar acciones de mejora en cada hospital, elaborar conjuntamente un decálogo de seguridad en los cuidados y un protocolo de prevención y tratamiento de heridas crónicas, instaurar la evaluación sistemática del dolor y la realización de informes de continuidad de cuidados a los pacientes derivados del HUPHM al HG.

© 2013 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: bandresg@salud.madrid.org, begodeandres75@gmail.com (B. de Andrés Gimeno).

KEYWORDS

Patient safety;
Nursing care;
Benchmarking

An approach to care indicators benchmarking. Learning to improve patient safety

Abstract Improvements in clinical safety can be achieved by promoting a safety culture, professional training, and learning through benchmarking. The aim of this study was to identify areas for improvement after analysing the safety indicators in two public Hospitals in North-West Madrid Region.

Material and methods: Descriptive study performed during 2011 in Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM) and Hospital de Guadarrama (HG). The variables under study were 40 indicators on nursing care related to patient safety. Nineteen of them were defined in the SENECA project as care quality standards in order to improve patient safety in the hospitals. The data collected were clinical history, Madrid Health Service assessment reports, care procedures, and direct observation

Results: Within the 40 indicators: 22 of them were structured (procedures), HUPHM had 86%, and HG 95% 14 process indicators (training and protocols compliance) with similar results in both hospitals, apart from the care continuity reports and training in hand hygiene. The 4 results indicators (pressure ulcer, falls and pain) showed different results.

Conclusions: The analysis of the indicators allowed the following actions to be taken: to identify improvements to be made in each hospital, to develop joint safety recommendations in nursing care protocols in prevention and treatment of chronic wound, to establish systematic pain assessments, and to prepare continuity care reports on all patients transferred from HUPHM to HG.

© 2013 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La seguridad del paciente cobró especial importancia con la publicación a finales de los años 90 del informe: *To err is human: building a safer health system*, del Institute of Medicine¹. En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud estableció una alianza mundial para la seguridad del paciente, bajo el lema «ante todo no dañar»², y en España se iniciaron estrategias específicas en seguridad del paciente desde el Ministerio de Sanidad y Consumo³ y el Servicio Madrileño de Salud⁴, entre otros. El estudio ENEAS 2005⁵ mostró que la incidencia de eventos adversos (EA) relacionados con los cuidados fue de un 7,63%, mientras que el estudio IBEAS⁶ determinó una incidencia de un 16,24%. La reducción de los EA requiere de un abordaje organizacional e interdisciplinar, no obstante los profesionales de enfermería desempeñan un papel importante en los resultados de salud que se obtienen, dado que muchos de los EA evitables (errores en la medicación, lesiones por presión, flebitis, falta de información del paciente, infecciones nosocomiales, caídas) forman parte de su práctica diaria⁷. Se han publicado estudios que ponen de manifiesto la relación entre la atención prestada por los profesionales de enfermería y la seguridad de los pacientes^{7,8}. Así, el proyecto SENECA surgió como consecuencia de la importancia que diferentes estudios establecían a la organización de los servicios de prestación de cuidados en los resultados de los pacientes. Su hipótesis conceptual establecía que un mayor cumplimiento de los estándares de calidad de cuidados (SENECA 100) se relacionaba con una mayor seguridad del paciente⁷. Tuvo como fruto un modelo de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales que puede servir para la comparación entre los distintos centros sanitarios.

Por tanto, la mejora de la seguridad clínica puede alcanzarse mediante la promoción de una cultura de seguridad, la formación de los profesionales, el análisis de notificaciones, la investigación, la implantación de buenas prácticas y el aprendizaje a través del benchmarking, entre otros^{4,7}. El benchmarking es una herramienta que nos ayuda a mejorar mediante la comparación de lo que hacemos y cómo lo hacemos, frente a los mejores. Supone un proceso sistemático para evaluar comparativamente los resultados identificando las mejores prácticas⁹⁻¹¹. Es una técnica de comparación, aprendizaje y mejora aplicable en el sector sanitario, y aunque cada organización sea distinta en cuanto a tamaño, estructura y estrategia, los procesos que se ejecutan son comunes¹⁰. Se requiere de una metodología rigurosa que asegure la comparabilidad de los datos, y esto en ocasiones supone una barrera para su empleo por parte de las organizaciones sanitarias. A nivel formal el elemento que permite profundizar en la comprensión de la comparabilidad es la homotecia, entendida como la propiedad geométrica que determina el grado de semejanza entre diferentes figuras⁹. Así Moracho¹¹ plantea el uso del término informal *cotilleing*, que pretende animar a los profesionales y a las organizaciones a usar las comparaciones de resultados y la identificación e incorporación de buenas ideas y prácticas, como método imprescindible de gestión y mejora continua, sin que la aplicación estricta de la metodología suponga un freno o coartada para no utilizarlo. El seguimiento riguroso de una metodología no debería ser una limitación para no emprender acciones de mejora.

El objeto de este estudio fue el análisis de indicadores de seguridad de los cuidados de enfermería entre 2 hospitales, el intercambio de información para buscar posibles puntos de colaboración y la adopción de estrategias de mejora en

cada uno, obteniendo así una ventaja de la actitud de compartir conocimiento¹⁰.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo realizado durante el año 2011 en el HUPHM y en el HG, relacionado con la seguridad en los cuidados de enfermería. El HG es un hospital de cuidados de media estancia, con 308 profesionales sanitarios y 160 camas organizadas en unidades de recuperación funcional, cuidados agudos, cuidados continuados, cuidados paliativos y neumología. El número de ingresos en 2011 fue de 1.043 pacientes y 1.033 altas. El HUPHM es un hospital universitario de atención especializada de alta complejidad que inició su actividad en el año 2008, con 650 camas y 2.850 profesionales. En 2011 ingresaron 25.780 pacientes y se dieron de alta 25.764. Los pacientes que al alta precisaron cuidados intermedios se derivaron al HG, habiendo sido derivados en el año 2011 un total de 198 pacientes (0,76% del total de altas del HUPHM).

El HUPHM y el HG de la Comunidad de Madrid mantienen históricamente una alianza para la derivación de pacientes que precisan continuidad de cuidados una vez superada la fase aguda de la enfermedad, principalmente desde los servicios de medicina interna (MI), neurología (NRL) y traumatología (TRA).

Se identificaron y compararon 40 indicadores de seguridad de los cuidados. Los indicadores analizados correspondían a pacientes ingresados en el área de hospitalización del HG y a pacientes de los servicios de MI, NRL y TRA del HUPHM.

Los criterios de selección de los indicadores fueron: disponibilidad en los 2 hospitales, relevancia para la práctica enfermera y comparabilidad según el principio de homotecia (propiedad geométrica que determina el grado de semejanza. Indica el grado en que una transformación simple produce los mismos resultados en distintos ámbitos)^{9,12}. Los 40 indicadores se eligieron entre: 1) indicadores del Proyecto SENECA (estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS); 2) indicadores cuya obtención del dato se realizara con una metodología similar en ambos hospitales; 3) indicadores obtenidos por el mismo evaluador externo con la misma metodología (servicio madrileño de salud); y 4) otros considerados clave. Finalmente, del Proyecto SENECA fueron seleccionados 19; 12 pertenecían al criterio de procesos, uno al de personas, uno al de alianzas y recursos, uno al de resultados en los pacientes y 4 al de resultados clave.

De los 40 indicadores elegidos para el análisis 22 indicadores eran de estructura y consistían en la existencia de procedimientos escritos relacionados con la seguridad de los cuidados: caídas, úlceras por presión (UPP), inmovilización terapéutica, higiene de manos, identificación de pacientes, etc.; 14 indicadores de proceso transversales a cualquier organización relacionados con la formación de profesionales y el cumplimiento de protocolos y 4 indicadores de resultado sobre UPP, caídas y dolor.

Respecto a los indicadores de estructura se consideró la existencia de un procedimiento cuando el documento no superaba los 3 años desde su realización. Para valorar que el procedimiento estaba disponible en los 2 hospitales se tuvo

en cuenta el contenido y que tratara el mismo objetivo de cuidados, aunque el procedimiento se denominara de forma diferente.

Los indicadores de proceso sobre el cumplimiento de la higiene de manos se extrajeron de un estudio observacional de higiene de manos realizado por el servicio madrileño de salud en los centros sanitarios del servicio madrileño de salud. El indicador sobre identificación de pacientes, cumplimiento del protocolo de sondaje vesical y catéter venoso se realizó mediante observación directa en los 2 hospitales, y otros como la valoración del dolor, el riesgo de UPP al ingreso y los informes de continuidad de cuidados fueron extraídos del análisis de historias clínicas. Los indicadores de formación de profesionales se obtuvieron de los registros de asistencia a actividades formativas de cada hospital (profesionales que asistían a la actividad sobre el total de profesionales de las unidades).

Los indicadores de resultado sobre UPP y caídas se obtuvieron del análisis de la historia clínica y de la observación directa. El indicador sobre pacientes que manifestaron dolor durante la hospitalización fue extraído de los resultados de las encuestas poshospitalización anuales que realiza el servicio madrileño de salud a todos los hospitales.

Resultados

De los 22 indicadores de estructura relacionados con la seguridad del paciente (procedimientos; [tabla 1](#)) el HUPHM tenía implantados un 86% (todos excepto higiene del paciente, normas para el traspaso de la información en los cambios de turno e incompatibilidad de conexiones) y el HG un 95% (todos excepto inmovilización terapéutica).

Los indicadores de proceso y resultado del año 2011 se muestran en las [tablas 2 y 3](#) respectivamente. Los datos de los indicadores de proceso no mostraron resultados muy dispares, excepto en el caso de los informes de continuidad de cuidados que en el HG se realizaban al 90% de los pacientes y en el HUPHM se realizan al 27,3%, y el porcentaje de profesionales formados en higiene de manos que en el HG fue de 63% y en el HUPHM de 21%. En el caso de la valoración del dolor al ingreso la valoración del riesgo de UPP, la identificación de pacientes y la acogida al personal de nueva incorporación se obtuvieron resultados superiores al 85% en ambos hospitales. El cumplimiento de protocolos de higiene de manos, catéter venoso y sondaje vesical estuvo entre el 65-80%.

Los indicadores de resultado mostraron disparidad en los datos de prevalencia de UPP, ya que en el HG fue de 25,5% y en el HUPHM de 13,2%, y en los resultados de caídas de pacientes que en el HG era de 7,8% y el HUPHM de 2,8%. El indicador sobre pacientes que manifestaron dolor durante la hospitalización era muy similar en los 2 centros (54,3% en el HUPHM y 56% en el HG).

Fruto de la revisión de los indicadores se elaboró un «Decálogo de seguridad en cuidados de enfermería» sobre recomendaciones relacionadas con identificación, medicación, higiene de manos, heridas crónicas, caídas, inmovilización terapéutica, dolor, cumplimiento de protocolos y registros, implicación de pacientes y protección ([fig. 1](#)). El presente decálogo pretendía alertar a los profesionales de enfermería sobre cuestiones básicas del cuidado, y se

Tabla 1 Procedimientos vigentes en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM) y Hospital de Guadarrama (HG) en 2011

Procedimientos	HUPHM	HG
Prevención de úlceras por presión	Sí	Sí
Tratamiento de úlceras por presión	Sí	Sí
Prevención de caídas	Sí	Sí
Inmovilización terapéutica	Sí	No
Manejo de pacientes con riesgo de broncoaspiración. Deterioro de la deglución	Sí	Sí
Cuidados en alimentación enteral	Sí	Sí
Reanimación cardiopulmonar básica	Sí	Sí
Identificación de pacientes	Sí	Sí
Higiene del paciente	No	Sí
Cuidados del catéter venoso	Sí	Sí
Cuidados de la sonda vesical	Sí	Sí
Cuidados equipos de oxigenoterapia	Sí	Sí
Higiene de manos	Sí	Sí
Sistema notificación de incidentes	Sí	Sí
Sistema de notificación de errores de medicación	Sí	Sí
Guía de administración de fármacos	Sí	Sí
Administración de cloruro potásico intravenoso	Sí	Sí
Normas de transmisión segura de información en el cambio de turno	No	Sí
Valoración del dolor como quinta constante	Sí	Sí
Acogida de nuevos profesionales	Sí	Sí
Informe de continuidad de cuidados	Sí	Sí
Incompatibilidad de conexiones	No	Sí

Tabla 2 Resultados de los indicadores de proceso en el año 2011 en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM) y en el Hospital de Guadarrama (HG)

Indicadores	HUPHM	HG
Consumo de preparados de base alcohólica (ml/estancia)	27,0	10,3
Cumplimiento global de la higiene de manos	63,8%	70,8%
Cumplimiento higiene de manos. Enfermeras	64,8%	79,3%
Cumplimiento higiene de manos. Auxiliares	78,8%	77,2%
Cumplimiento de la higiene de manos. Alumnos	58,8%	72,7%
Cumplimiento protocolo sondaje vesical (bolsa y dispositivo de vaciado correcto, registro en la historia clínica)	71,4%	79%
Cumplimiento protocolo vía venosa (vías con apósito correcto)	74,2%	82%
Valoración del dolor al ingreso	92,8%	98%
Valoración del riesgo de úlcera por presión al ingreso	91,2%	99%
Profesionales de enfermería (enfermeras y auxiliares) formados en higiene de manos	21%	63%
Profesionales de enfermería (enfermeras y auxiliares) formados en reanimación cardiopulmonar	48%	58%
Pacientes con informe de continuidad de cuidados	27,3%	91%
Identificación inequívoca de pacientes	86%	89%
Profesionales nuevos a los que se realiza protocolo de acogida	97%	100%

Tabla 3 Resultados de los indicadores de resultado en el año 2011 en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM) y en el Hospital de Guadarrama (HG)

Indicadores	HUPHM	HG
Incidencia de úlceras por presión	2,1%	3,7%
Prevalencia de úlceras por presión	13,2%	25,5%
Caídas de pacientes	2,8%	7,8%
Pacientes que manifiestan tener dolor durante la hospitalización	54,3%	56%

DECALOGO DE SEGURIDAD EN CUIDADOS DE ENFERMERIA

La seguridad es una de las dimensiones de la calidad que más auge está teniendo en los últimos años, y es que sus consecuencias son muy importantes, tanto para los pacientes y familiares como para el Sistema Sanitario. Según puso de manifiesto el estudio ENEAS, el 7,63% de los eventos adversos son derivados de los cuidados.

El presente decálogo pretende alertar a los profesionales de enfermería sobre cuestiones básicas del cuidado, en aras de la mejora de la seguridad del paciente.

Identificación: Antes de cualquier actuación, (administrar medicación, cuidados, realizar técnicas, cumplimentar la historia clínica etc.), se ha de comprobar la identidad del paciente mediante la pulsera identificativa y garantizar que se utilice realmente para comprobar la identidad. Sin olvidar enseñar al paciente a preguntar.

Medicación: La medicación ha de estar prescrita en el tratamiento, salvo la que se administre en caso de urgencia y en un primer momento. Antes de la administración se ha de identificar al paciente, comprobar el fármaco indicado, dosis, vía, horario y firmar inmediatamente la dosis administrada. Sin olvidar el trabajo en adherencia terapéutica para la autogestión del paciente.

Higiene de manos: Realizar la higiene de manos en los 5 momentos que recomienda la OMS, antes de contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después de realizar procedimiento o exposición a fluidos corporales, después del contacto con el paciente, y después del contacto con el entorno del paciente, haciendo un especial énfasis en la higiene antes del contacto con el paciente y su entorno, ya que es el menos incorporado en nuestra práctica. Sin olvidar enseñar esta práctica a los cuidadores.

Heridas Cutáneas Crónicas: Valorar el riesgo de los pacientes con escalas validadas y siempre que se produzca un cambio en el estado del paciente. Implantar medidas preventivas con todos los pacientes, como son: el fomento de la movilidad, asegurarse la correcta ingesta de líquidos y nutrientes y mantenimiento de la piel en buenas condiciones higiénicas y de hidratación. Sin olvidar enseñar al cuidador la importancia de la movilización.

Caídas: Valorar el riesgo de los pacientes con escalas validadas y siempre que se produzca un cambio en el estado del paciente. Mantener la habitación en correcto orden, utilizar un calzado adecuado. Estrechar el cuidado en pacientes con déficit sensorial y trastornos cognitivos. Sin olvidar, si es posible, adiestrar a los pacientes para que aprendan a caer sin hacerse daño.

Contenciones mecánicas: Las contenciones se deben utilizar el menor tiempo posible, y mientras duren, el paciente ha de estar sometido a vigilancia estrecha. Sin olvidar que hay que respetar la autonomía y la libertad del paciente.

Dolor: Para lograr una atención libre de dolor, el primer paso es la detección, por tanto se ha de valorar el dolor como una quinta constante. Sin olvidar que el dolor es subjetivo, es preciso escuchar las demandas y los sentimientos del paciente.

Cumplimiento de Protocolos y Registros: El Hospital dispone de protocolos elaborados con el consenso de un conjunto de profesionales, que han de ser llevados a la práctica, ya que su objetivo es contribuir a la calidad. Sin olvidar cumplimentar los registros y listas de chequeo para que cada turno disponga de la información que necesita para el cuidado del paciente.

Pacientes: Implicarles en materia de seguridad, dándoles mensajes claros como que animen a los profesionales a la higiene de manos, que conozcan la medicación que toman, su autocuidado, que nos alerten ante cualquier situación que pueda comprometer su seguridad, que hagan preguntas. Sin olvidar que el paciente tiene responsabilidad en su seguridad.

Protección: Los profesionales, como grupo de riesgo que somos, debemos proteger al paciente. Para ello es importante que estemos vacunados. Sin olvidar cada año la vacunación antigripal.

LA SEGURIDAD NOS IMPLICA A TODOS

Figura 1 Decálogo de seguridad en cuidados de enfermería.

Tabla 4 Acciones de mejora puestas en marcha tras la revisión de indicadores de cuidados relacionados con la seguridad del paciente en el Hospital de Guadarrama (HG) y el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM)

Acciones de mejora	HUPHM	HG
1	Elaboración de un «Decálogo de seguridad en cuidados de enfermería»	Elaboración de un «Decálogo de seguridad en cuidados de enfermería»
2	Elaboración de procedimientos de: incompatibilidad de conexiones y normas para el traspaso seguro de información durante el cambio de turno	
3		Elaboración de procedimiento de inmovilización terapéutica
4	Actualización del procedimiento de continuidad de cuidados. Modificación del formulario en la historia clínica electrónica (Selene)	
5	Objetivo común. Todos los pacientes derivados al HG deben tener un informe de continuidad de cuidados	
6	Descentralización de actividades formativas de higiene de manos y seguridad del paciente	
7	Elaboración de un procedimiento de evaluación del dolor. Evaluación del dolor como quinta constante	Elaboración de un procedimiento de evaluación del dolor. Evaluación del dolor como quinta constante
8	Evaluación del grado de cumplimiento de registros	Evaluación del grado de cumplimiento de registros
9	Elaboración conjunta de un protocolo de prevención y tratamiento de heridas crónicas	Elaboración conjunta de un protocolo de prevención y tratamiento de heridas crónicas

elaboró para su exposición en todas las unidades de hospitalización como un elemento más de promoción de la cultura de seguridad entre los profesionales.

Discusión

La comparación de datos entre centros o benchmarking tiene por objetivo aprender de otras organizaciones que cuenten con mejores resultados, y adaptar las prácticas que hayan demostrado mejorar la calidad^{10,12,13}. En esencia el concepto implica compartir información y mejorar aprendiendo de otros¹². La limitación principal del estudio es la imposibilidad de realizar un benchmarking riguroso debido a las diferencias entre los 2 hospitales (tamaño, madurez de la organización, tipo de pacientes, etc.). La realización de actividades de benchmarking con hospitales muy distintos en cuanto a tamaño y funcionamiento es más complicada y menos eficiente debido a la disimilitud de procesos y resultados, no cumpliendo en sentido estricto el principio de homotecia¹². Teniendo en cuenta esta limitación se han escogido indicadores que son comparables (evaluados con el mismo método, periodo y evaluador) y de ámbitos similares (unidades de MI, TRA y NRL), además de incorporar como filosofía del trabajo el termino *cotilleing* descrito por Moracho¹¹, cuya intencionalidad es animar a los profesionales de las organizaciones a usar la comparación de resultados y la identificación e incorporación de buenas prácticas como método de gestión y mejora continua¹¹, sin que las posibles diferencias entre los centros nos alejen del objetivo último

de aprender, fortalecer nuestra alianza y buscar posibles líneas de trabajo conjunto. Inclusive se decide comparar estándares de cuidados definidos en el SENECA 100⁷, lo que nos ayuda a trabajar en su mayor cumplimiento para mejorar la seguridad del paciente.

A la vista de los resultados obtenidos se priorizaron un conjunto de actuaciones en materia de seguridad (tabla 4). Respecto a los indicadores de estructura los 2 hospitales se propusieron la elaboración de los procedimientos pendientes. Respecto a los indicadores de proceso el HUPHM puso en marcha acciones de mejora en los 2 casos donde se encontraron resultados dispares. En el caso de la continuidad de cuidados es importante considerar la diferencia cuantitativa del número de altas entre los hospitales, no obstante, se planeó la revisión del procedimiento y la modificación del formulario de continuidad de la historia clínica electrónica; además se propuso como objetivo conjunto que todos los pacientes derivados al HG tuvieran un informe de continuidad de cuidados. Sabemos que la comunicación a otros niveles asistenciales mediante el informe de continuidad de cuidados es básica para garantizar la continuidad, y por tanto mejorar la seguridad del paciente, sin embargo, esta herramienta debe ir acompañada de otras actuaciones como la preparación al alta del paciente durante el ingreso hospitalario, la adecuación de la información del informe, la implicación del paciente como un actor activo en su proceso, la normalización de la información, la figura de enfermera referente, enfermera de enlace y la existencia de un sistema de historia clínica integrado.

En el caso de la formación de profesionales en higiene de manos se objetivó que en el HG existía una sistemática en la realización de talleres en las propias unidades, lo que favorecía la asistencia, mientras que en el HUPHM se realizaban actividades centralizadas desde la unidad de formación continuada, dirigiendo la actividad a todos los profesionales del centro y no solo a las unidades objeto del presente trabajo. Los profesionales asistían fuera de su jornada laboral, y no se disponía de datos de sesiones realizadas en las unidades de forma descentralizada. La descentralización de actividades formativas clave en seguridad del paciente es una actividad que se ha desarrollado en el HUPHM.

En el caso de los indicadores de resultado asumimos que la incidencia de caídas era mayor en el HG debido a que en este centro existe un objetivo terapéutico enfocado a la rehabilitación, donde se entrena al paciente en la marcha y como parte del mismo se estimula la autonomía. Hay estudios que señalan que en las unidades de rehabilitación la incidencia de caídas es más elevada que en unidades de hospitalización convencionales, pudiendo alcanzar hasta cifras del 40%¹⁴. La prevalencia de UPP en el HG era mayor que en HUPHM, aunque podría influir la estancia media de los pacientes en cada hospital, puesto que en el HUPHM es de 7,3 días y en el HG de 40 días. Para mejorar la continuidad de los cuidados de los pacientes que se derivan de un hospital a otro con heridas crónicas se elabora un protocolo conjunto sobre prevención y tratamiento de úlceras cutáneas crónicas.

El indicador sobre pacientes con dolor durante la hospitalización evidenció que el manejo del dolor continúa siendo una asignatura pendiente, aun a pesar de que el indicador de proceso sobre la valoración del dolor al ingreso del paciente es cercano al 100% en los 2 hospitales. Las causas de la infravaloración del dolor y de la inadecuación en su tratamiento son de naturaleza multifactorial, siendo los problemas más destacados la falta de evaluación sistemática, adecuada y continuada del dolor y las barreras derivadas de la falta de formación y de información^{13,15}. Elaborar un procedimiento de evaluación sistemática del dolor y anticiparse al dolor mediante la implantación de la evaluación del dolor como quinta constante de enfermería fueron estrategias puestas en marcha en los 2 centros. Además en el HUPHM se planifican anualmente actividades formativas para la evaluación y manejo del dolor.

Cabe destacar que los indicadores obtenidos de la historia clínica del paciente dependen del grado de registro de la actividad en la historia clínica como son las caídas, las UPP, la valoración de riesgos al ingreso, etc. Este es un aspecto a tener en cuenta en futuras revisiones.

El presente trabajo ha sido efectivo para aprender de las buenas prácticas del otro, identificar acciones de mejora en cada hospital, detectar carencias en cuanto a comparación de resultados, afianzar la alianza que el HUPHM y el HG tienen desde hace años y trabajar líneas en común para mejorar la seguridad de los pacientes. No se pretende la comparación de tablas de resultados o cuadros de mando, ni tampoco que sea una actividad puntual y que se realiza una sola vez.

Los 2 hospitales tienen procedimientos de cuidados destinados a mejorar la seguridad de los pacientes, sin embargo deben disponer de indicadores que evalúen el grado de cumplimiento de los mismos y los resultados en salud de los

pacientes. Un ejemplo de ello es el caso de la inmovilización terapéutica (IT), en la que además de disponer de un procedimiento debemos conocer el número de pacientes que precisan de IT, si esta es oportuna, si se realiza adecuadamente, y monitorizar los EA que se produzcan como consecuencia de la misma. El cumplimiento de los procedimientos existentes es fundamental para disponer de buenos resultados en materia de seguridad clínica.

Aunque no se ha incluido como un indicador a analizar, en ambos hospitales se ha objetivado que a pesar de disponer de un sistema de notificación de incidentes y EA, estos son muy escasos, tanto en cuidados como en errores de medicación. La notificación de incidentes y EA es el primer paso para conocer nuestra organización y poder mejorar; sin embargo, todavía existe mucha resistencia.

Tras esta revisión se han incorporado nuevos indicadores de proceso y resultado para perfeccionar el análisis (entre ellos el cumplimiento de historia clínica y la valoración del dolor como quinta constante de enfermería). En el HG se está trabajando en la protocolización del uso y cuidados de las inmovilizaciones terapéuticas. En el HUPHM, en la descentralización de la organización de actividades formativas de higiene de manos, en la sistematización de las normas para una transmisión segura de la información, las conexiones seguras y la actualización de un procedimiento que asegure la continuidad de cuidados.

Los trabajos encontrados sobre benchmarking pretenden la homotecia de los datos, sin embargo en este caso la finalidad no era la comparabilidad estricta de los mismos, sino compartir información, aprender y avanzar en la mejora continua de la seguridad de los cuidados utilizándolo como un mecanismo más de cooperación y colaboración entre hospitales que se derivan pacientes.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses. Todos los autores trabajan en una institución pública (hospitales) del servicio madrileño de salud.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las enfermeras, auxiliares y supervisoras de las unidades de hospitalización que colaboran activamente en la mejora de la seguridad de los cuidados.

Bibliografía

1. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. *To err is human: building a safer Health System*. Washington: National Academy Press; 2000.
2. Villater J. El contexto de la gestión de riesgos de la asistencia sanitaria. *Rev Calid Asist*. 2005;20:51-2.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006 [consultado 17 Nov 2013]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es](#)
4. Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de seguridad del paciente 2010-2012. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2010.
5. Aranaz JM. Estudio nacional de efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, la Organización Mundial de la Salud. Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
7. Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
8. Needleman J, Buerbaus P, Matkke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*. 2002;346:1715–22.
9. Costa Estany JM. Benchmarking de procesos. *Rev Calid Asist*. 2008;23:1–2.
10. Ferrándiz Santos J, Rodríguez Balo A. Benchmarking o el mito de Sísifo. *Rev Calid Asist*. 2011;26:275–7.
11. Moracho O. Benchmarking y cotilleing: eficiencia en acción. *Rev Calid Asist*. 2011;26:278–80.
12. Fariñas Álvarez C, Ansorena Pool L, Álvarez Diez E, Herrera Carral P, Valdor Arriaran M, Piedra Antón L, et al. ¿Es posible una red de benchmarking entre hospitales públicos? Proceso de creación de la Red 7. *Rev Calid Asist*. 2008;23:199–204.
13. Alcaraz Martínez J, Lorenzo Martínez S, Fariñas Álvarez C, Fernández González B, Calvo Pérez A, González Pérez ME. Benchmarking en el proceso de urgencias entre 7 hospitales de diferentes comunidades autónomas. *Rev Calid Asist*. 2011;26:285–91.
14. Minaya-Sainz J, Lozano-Menor A, Salazar de la Guerra RM. Abordaje interdisciplinar de las caídas en un hospital de media estancia. *Rev Calid Asist*. 2010;25:106–11.
15. Programas de Seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor. Informe de evaluación de tecnologías sanitarias. Sevilla: Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía; 2009.