

# VARIABLES DETERMINANTES DE LA SEGURIDAD CLÍNICA PERCIBIDA EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS

**Hernández Meca, M<sup>a</sup> E; Del Castillo-Olivares Pantoja, M<sup>a</sup> C Ochando García, A; Royuela García, C, López Sánchez, C. P.; Lorenzo Martínez, S.**

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid*

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la calidad y la seguridad se han convertido en una preocupación reciente y una prioridad de los sistemas sanitarios<sup>i</sup>. La seguridad clínica puede considerarse como una dimensión clave de la calidad asistencial, entendida como el resultado de un conjunto de valores, actitudes, competencias y actuaciones de todos los profesionales y del sistema sanitario<sup>ii</sup>.

En España, la seguridad del paciente constituye una de las estrategias prioritarias del Sistema Nacional de Salud (SNS), y como tal fue incluida en su Plan de Calidad del año 2006, marcando objetivos y acciones concretas con las comunidades autónomas para promover nuevas sinergias en la implantación de políticas de seguridad<sup>iii</sup>.

Con el estudio de la Seguridad de los pacientes tenemos pasado del que aprender, presente para analizar y futuro para normalizar buenas prácticas, cambiar conductas y mejorar hacia una cultura que genere ideas para que la seguridad sea un ejercicio de la práctica clínica con implantación en las Organizaciones Sanitarias<sup>ii</sup>.

La mayoría de los errores resultan de problemas creados por la complejidad del sistema sanitario de hoy en día. Pero también se producen errores cuando los pacientes y el personal sanitario tienen problemas de comunicación. Por ejemplo, un estudio reciente patrocinado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (agencia federal que investiga formas de mejorar la calidad de la atención médica) encontró que frecuentemente los médicos no hacen lo suficiente para ayudar a los pacientes a tomar las decisiones más informadas. Los pacientes que no están involucrados y que no están informados tienen menor probabilidad de aceptar el tratamiento que ha elegido el médico y tienen menor probabilidad de hacer lo que deben para permitir que el tratamiento funcione<sup>iv</sup>.

La implicación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud es una cuestión de actualidad<sup>i</sup>. Se puede afirmar que una manera efectiva de evitar errores y sucesos adversos es hablando sobre ellos y estimulando a los pacientes a preguntar al respecto<sup>iv,v</sup>.

La presencia de un déficit visual o auditivo puede suponer una situación de riesgo adicional en muchos aspectos de la vida diaria, es por ello que el personal sanitario debe conocer, evitar, reducir o controlar tanto los riesgos sanitarios que un paciente con un déficit sensorial puede sufrir por el hecho de presentar esa alteración, como aquellos a los que está sometido por el hecho de ser paciente.

La diálisis es un tratamiento complejo que no está exento de posibles complicaciones. El análisis de la seguridad en los pacientes en diálisis es un aspecto novedoso, que nos proyecta un interesante y largo camino por recorrer.

## OBJETIVOS

El objetivo principal de nuestro estudio ha sido analizar la seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis de nuestra unidad.

- Comparar la seguridad clínica percibida según el tipo de tratamiento renal sustitutivo (HD o DP).
- Evaluar si la presencia de un déficit visual o auditivo influye en la percepción de la seguridad clínica por parte de los pacientes.
- Determinar la capacidad funcional de los pacientes y analizar su posible influencia en la seguridad clínica percibida.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Periodo de estudio: El presente estudio se ha desarrollado durante los meses de Marzo y Abril de 2008.

Estudio: Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal a todos los pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal de nuestro hospital.

Ámbito: Unidad de diálisis del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Hospital público de nivel III del área 8 de la Comunidad Autónoma de Madrid, con una población de referencia en el área de nefrología de 550.000 habitantes.

Se informó a los pacientes sobre el objetivo del estudio, solicitando su consentimiento verbal, previo a la entrega de la encuesta; se facilitó la información e instrucciones necesarias para su correcta cumplimentación y depósito en los buzones colocados a tal efecto en la unidad, garantizando en todo momento el anonimato de la información.

A los 51 pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal en nuestro hospital se les entregaron un total de 40 encuestas; de los 11 restantes: 9 de ellos no acudieron al centro durante el período de estudio, 1 recibió un trasplante renal en dicho periodo y otro se encontraba ingresado en la unidad de Cuidados Críticos.

A los 68 pacientes de hemodiálisis se les entregaron 61 encuestas. Siete pacientes no participaron en el estudio: 6 por déficit cognitivo y 1 por desconocimiento del idioma.

Instrumento de evaluación:

- Se utilizó una "encuesta de opinión sobre seguridad clínica percibida", en cuya elaboración participó el gabinete de calidad del Hospital. La encuesta consta de 11 ítems que recogen aspectos relacionados con la comunicación, grado de confianza con el personal, seguridad clínica, así como errores y complicaciones médicas derivadas de la atención sanitaria.
- La Escala de Karnofsky fue utilizada para medir la capacidad funcional de los pacientes.
- Por último, se administró una hoja de recogida de datos donde se registraron las características sociodemográficas y la presencia de déficit visual y/o auditivo.

Análisis estadístico: Una vez recogidas las encuestas, toda la información se introdujo en una base de datos ad-hoc, volcando estos datos en el programa estadístico SPSS 11.0 para Windows.

Se realizó un análisis descriptivo de la frecuencia de respuesta de cada una de las variables y una descripción de todas las variables cuantitativas analizadas (edad y tiempo en técnica).

Para la comparación de frecuencias se utilizó el Chi-cuadrado, fijando el límite de significación en 0,05. Para analizar la tendencia de las variables cualitativas se utilizó la prueba de asociación lineal.

La fiabilidad de los datos se analizó mediante el Alfa de Cronbach.

## RESULTADOS

La tasa de respuesta es de un 100% en DP y un 90,2% en HD.

En la siguiente tabla (Tabla I) se muestran los datos sociodemográficos estudiados, la presencia de alteraciones visuales o auditivas así como el resultado del test Alpha de Cronbach.

Tabla I: Datos sociodemográficos, presencia de alteraciones visuales/auditivas y fiabilidad de los datos.

	Sexo	Edad	Tiempo técnica (meses)	Alterac. visual	Alterac. auditiva	Alpha Cronbach
DP	Hombre 67,5 %	60,93 ± 11,27	26,42 ± 21,79	65 %	15 %	0,71
	Mujer 32,5 %					
HD	Hombre 55,6%	70,85 ± 13,08	52,17 ± 58,94	80 %	38,9 %	0,87
	Mujer 44,4%					

Respecto a la comunicación con el personal sanitario, el 95% de pacientes en DP y el 78,2% de HD considera que le ha explicado correctamente los efectos secundarios y riesgos de su tratamiento, el 80% de los pacientes de DP y el 69,8 % de pacientes en HD afirma que ha podido preguntar sus dudas y preocupaciones sobre la diálisis y el tratamiento y el 97,5% de los pacientes de DP y el 87,3 % de los de HD tiene la impresión de haber sido escuchado por su médico y/o enfermera.

Los pacientes que afirman haber tenido una complicación relacionada con la administración de medicación o una complicación en diálisis y han necesitado un tratamiento adicional debido a la misma son un 5,5% en DP y un 10% en HD.

Según los pacientes, las causas más frecuentes de errores en la atención sanitaria son la falta de tiempo (DP/HD 38,5/34%), la fatiga o cansancio de los profesionales (DP/HD 10/11,6%) y los insuficientes medios o recursos terapéuticos (DP/HD 16,2/6,8%).

En la encuesta de opinión sobre la seguridad clínica percibida hay una parte destinada a estudiar el grado de confianza "sensación de estar en buenas manos" respecto al hospital, al médico, a la enfermera y al personal auxiliar de enfermería. (Ver tabla II)

Tabla II. Grado de confianza con el centro/personal sanitario.

Grado confianza	HOSPITAL	MEDICO	ENFERMERA	AUXILIAR
DP	90%	87,2%	100%	97,4%
HD	67,9%	83,3%	83,3%	81,5%

El 97,5% de los pacientes en DP y el 87,3% en HD, está muy satisfecho con los resultados de la atención recibida en la unidad.

El 53,8% de los pacientes de DP y el 38,9% de los de HD han visto u oído en los últimos seis meses noticias sobre errores clínicos en algún medio de comunicación.

Con relación a la capacidad funcional, el 80% de los pacientes en DP es independiente (70-100, según la puntuación Karnofsky) mientras que un 20% necesita ayuda (40-69), no encontrando ningún paciente que requiera hospitalización para sus cuidados. En HD, el 53,7% de los pacientes necesita ayuda (40-69) mientras que el 46,3% es independiente (70-100), tampoco encontramos ningún paciente en HD que requiera hospitalización para sus cuidados.

Al estudiar la posible relación de variables como la edad, el tipo de tratamiento renal sustitutivo, la presencia de alteraciones visuales y/o auditivas y la capacidad funcional con el porcentaje de pacientes que creían tener una mayor probabilidad de tener errores médicos, no hemos encontrado diferencias significativas.

No encontramos relación entre el porcentaje de pacientes que cree poder sufrir un error médico con consecuencias graves y el hecho de haber escuchado en algún medio de comunicación una noticia sobre errores médicos en los últimos 6 meses.

Sin embargo, en la pregunta a cerca de si el paciente ha sentido que su médico o enfermera le han escuchado, encontramos que en HD, un 38% de los pacientes que se sienten escuchados piensa que tiene una probabilidad media-alta de sufrir un error médico, sin embargo cuando el paciente responde que no se siente escuchado este porcentaje se eleva hasta un 83,3% ( $p < 0,05$ ). En diálisis peritoneal sólo un paciente no se ha sentido escuchado, por lo que no hemos podido realizar este análisis comparativo.

## DISCUSIÓN

Cuando analizamos las causas más frecuentes de errores sanitarios, vemos que el 38% de los pacientes en DP manifiesta que la falta de tiempo constituye el principal motivo, seguido de la fatiga o cansancio del profesional y la falta de medios. Hemos de decir que el número de pacientes en DP en nuestra unidad ha aumentado considerablemente en los dos últimos años, manteniéndose el mismo número de enfermeras y el mismo espacio físico. El no establecimiento de una ratio enfermera/paciente en las unidades de diálisis peritoneal hace que en determinados momentos la carga de trabajo aumente considerablemente, lo que dificulta el seguimiento del paciente.

Los pacientes en HD asignan menor puntuación a la confianza en el centro sanitario que los pacientes en DP, es aquí dónde pensamos que la frecuencia y el tiempo de estancia en el hospital, los tiempos de espera en consultas, la demora en los desplazamientos en ambulancia así como la gestión de los mismos, van a tener una repercusión directa en este aspecto.

Son varios los estudios que hacen referencia a la importancia de la comunicación en la seguridad clínica<sup>iv,v</sup> percibida. Este aspecto lo vemos reflejado en nuestro trabajo, donde los pacientes valoran de forma importante poder preguntar sus dudas y problemas al personal sanitario.

Observamos como el 100% de los pacientes en DP puntúa que el grado de confianza con la enfermera es alto, mientras que en HD este porcentaje, aunque es elevado, se reduce a un 83,3%. El hecho de que los pacientes sean atendidos individualmente estrecha el vínculo enfermera-paciente, favorece la confianza y potencia la comunicación.

## CONCLUSIONES

Los pacientes en DP presentan una puntuación mayor en la escala de Karnofsky que los pacientes en HD.

El tipo de tratamiento renal sustitutivo que recibe el paciente no influye en la seguridad percibida.

Las características propias del paciente, como la capacidad funcional, la edad y la presencia de alteraciones visuales y/o auditivas no condicionan la seguridad percibida.

Aspectos relativos a la comunicación paciente-personal sanitario, "si los médicos y enfermeras han escuchado con atención los problemas del paciente" disminuyen el miedo a sufrir un error médico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

<sup>1</sup> Aibar, C. y Aranaz, J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria?. *Anales Sis San Navarra*. 2003, vol. 26, no. 2 , pp. 195-209.

<sup>1</sup> Aranaz, J.M. y Vitaller, J. De la gestión de riesgos a la seguridad del paciente. *Rev Calidad Asistencial*. 2007; 22(6): 270-1.

<sup>1</sup> García.Armesto, S. Kelly, E. Klazinga, N y Wei, L. Claves y retos en la coparación internacional de la seguridad del paciente: la experiencia del health Care Quality Inidcartors Project d ela OCDE. *Rev Calidad Asistencial*. 2007; 22(6): 3527-334.

<sup>1</sup> Agency for Healthcare Research and Quality. 20 recomendaciones para ayudar a prevenir los errores médicos. Patient Fact Sheet. AHRQ Publication No. 00-PO39.Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality,; 2000.

<sup>1</sup> Agency for Healthcare Research and Quality. Cómo proteger a usted y a su familia de los errores médicos. AHRQ Publication No. 02-0001. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001

