

Cara y cruz de las actitudes en seguridad clínica de pacientes y profesionales

Señor editor: Es conocido que la actitud de los profesionales ante los eventos adversos (EA) es crucial para lograr una atención sanitaria segura y que las actitudes defensivas impiden un análisis sosegado de las causas de los EA, dificultan que se adopten medidas que los eviten en el futuro y no contribuyen a generar un entorno seguro.^{1,2} También es conocido que la seguridad de los pacientes no es sólo responsabilidad de los profesionales.³ Los pacientes también contribuyen a crear un entorno sanitario más seguro.⁴

Por esta razón, en el desarrollo de un proyecto de investigación sobre "implicación de los pacientes diabéticos o con insuficiencia renal en la seguridad clínica", financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias de España y por Fondos FEDER (referencia PI08-90118), comparamos la percepción que pacientes y profesionales tienen de la frecuencia con que en la práctica clínica se producen EA. Ambas patologías fueron seleccionadas porque en ellas coincide un elevado riesgo de sufrir daño o lesión involuntaria asociada a la atención sanitaria.⁵ Para llevar adelante este estudio, entrevistamos a una muestra aleatoria de 98 diabéticos y de 101 pacientes con insuficiencia renal crónica (mayores de edad y en tratamiento un mínimo de tres años) y a una muestra de conveniencia de 60 profesionales (entre

tutores de residentes, especialistas de hospital, médicos de familia y enfermeras de centros de atención primaria y de unidades de hemodiálisis, todos ellos con una experiencia de al menos tres años, miembros de sociedades científicas y asociaciones profesionales o que habían realizado formación reglada en seguridad del paciente). Menos de 5% de pacientes rechazaron responder. Un 20% de los profesionales no respondió en el plazo indicado. Se compararon sus respuestas mediante ji cuadrada con un intervalo de confianza de 95% ($p<0.05$). A los pacientes se les preguntó: pensando en el conjunto de los pacientes diabéticos/renales que conoce ¿Con qué frecuencia cree que se producen fallos o errores clínicos (médicos o de enfermería) durante el tratamiento? A los profesionales se les preguntó: con qué frecuencia sufren los pacientes diabéticos/renales un EA: daño o lesión atribuibles directamente a la intervención o atención sanitaria que reciben.

En este caso, hasta nueve veces más de profesionales ($n=28$, 46.7%) que de pacientes ($n=10$, 5%) dijeron que los EA eran frecuentes. Estas diferencias estadísticamente significativas se mantuvieron en las submuestras de ambas patologías, diabetes tipo I ($p<0,0001$) e insuficiencia renal ($p<0,0001$) (cuadro I). Cabe destacar que en el caso de la insuficiencia renal los profesionales consideraron que el número de EA era menor al del tratamiento de la diabetes (37 vs 54.5%). En este caso, 63% de los profesionales consideraron que los EA en el curso del tratamiento de la

insuficiencia renal eran poco frecuentes y, lo más destacado, 10% consideraron que era muy raro que se produjeran EA en el curso del tratamiento de la diabetes.

Creemos que es positivo que los pacientes diabéticos y con enfermedad renal confíen en los profesionales, pero no es tan positivo que estos pacientes de mayor riesgo consideren improbable que puedan llegar a ser víctimas de un error clínico, sobre todo porque no adoptarán ninguna medida de precaución y es improbable que adopten un papel como segundo control que contribuya a evitar EA.^{4,5} Por otro lado, aunque un elevado número de profesionales parecen alerta ante la posibilidad de un EA, confirmamos que todavía hay profesionales que infravaloran el riesgo de que se produzcan EA.⁶

Estos resultados confirman que los pacientes con mayor riesgo de sufrir un EA se comportan de modo similar a otros pacientes y no esperan que pueda producirse un EA.^{7,8} Lograr la implicación de los pacientes en su propia seguridad sigue siendo por tanto una de las asignaturas pendientes. Primero, para no alertar a la población de forma innecesaria; segundo, para no minar innecesaria e irresponsablemente la confianza de los pacientes en el sistema de salud y, tercero, para convertir la pasividad en una actitud proactiva que reduzca los riesgos inherentes a la prestación sanitaria. Estos resultados de forma indirecta indican que aún queda camino por recorrer para desarrollar una cultura de seguridad que promueva conductas proactivas que eviten la ocurrencia de los

Cuadro I
FRECUENCIA DE ERRORES CLÍNICOS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS A JUICIO DE PACIENTES Y EVENTOS ADVERSOS A JUICIO DE LOS PROPIOS PROFESIONALES

	Total		Diabetes		Insuficiencia renal	
	Pacientes (n=199)	Profesionales (n=60)	Pacientes (n=98)	Profesionales (n=33)	Pacientes (n=101)	Profesionales (n=27)
Frecuentes	10 (5%)	28 (46,7%)	6 (6,1%)	18 (54,5%)	4 (4%)	10 (37,0%)
Infrecuentes	112 (56%)	29 (48,3%)	59 (59,6%)	12 (36,4%)	53 (52,5%)	17 (63%)
Raro que ocurran	66 (33%)	3 (5,0%)	28 (28,3%)	3 (9,1%)	38 (37,6%)	0
NS/NC	12 (6%)	0	6 (6,1%)	0	6 (5,9%)	0
	χ^2 66,6, $p<0,0001$		χ^2 37,1, $p<0,0001$		χ^2 30,7, $p<0,0001$	

EA prevenibles. En este sentido, en el caso de los pacientes, todo apunta a que estamos todavía eligiendo el camino a recorrer y que las experiencias que involucran a los pacientes como segundo control tendrán que esperar todavía a que sepamos trasladar mejor la información sobre los riesgos inherentes de la atención sanitaria. En el caso de los profesionales, parece que ya hemos andado un importante trecho, pero aunque resulta intrínsecamente positivo que una parte importante de los participantes en el estudio reconozca que existen riesgos, no deja de generar cierta preocupación el porcentaje de quienes consideran que en ambos procesos la ocurrencia de EA es infrecuente o de muy rara ocurrencia.

José Joaquín Mira, D en Psic.⁽¹⁾
jose.mira@umh.es
Susana Lorenzo, D en M.⁽²⁾
Virtudes Pérez-Jover, D en Psic.⁽¹⁾
Julián Vitaller, D en M.^(1,3)

⁽¹⁾ Universidad Miguel Hernández. Elche, España.

⁽²⁾ Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid, España.

⁽³⁾ Inspección Médica. Conselleria Sanitat. Elche, España.

Referencias

1. Singer SJ, Gaba DM, Falwell A, Lin S, Hayes J, Baker L. Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Med Care*. 2009;47:23-31.
2. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. *JAMA*. 2003;289:1001-1007.
3. Mira JJ. Pacientes por la seguridad de los pacientes. El papel del paciente en la seguridad de los pacientes. *Medicina Preventiva*. 2011; XVI: 5-11.
4. Schwappach DL. Review: engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2010;67:119-148.
5. Aranaz-Andrés JM, Limón R, Mira JJ, Aibar C, Gea MT, Agra Y, and the ENEAS Working Group. What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event? *International Journal for Quality in Health Care* 2011; 23:705-711.
6. Robinson AR, Hohmann KB, Rifkin JJ, Topp D, Gilroy CM, Pickard JA et al. Physician and Public Opinions on Quality of Health Care and the Problem of Medical Errors. *Arch Intern Med*. 2002;162:2186-2190.

7. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman AJ. Consumer perceptions of safety in hospitals. *BMC Public Health*. 2006;6:41

8. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Ziadi M, Ortiz L, Ignacio E, et al. El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales. Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad. *Revista Médica de Chile*. 2009; 137;1441-1448.

Perfil biopsicosocial de los muy mayores en Colima (80+)

Señor editor: Por la presente deseamos informar del estudio realizado en el contexto del Proyecto Fonciyct (CASOE-NAC-094670), cuyo objetivo fundamental ha sido describir en términos físicos, psicológicos y sociales una muestra de personas de 80 años o más que mantienen su capacidad cognitiva y viven en la comunidad en el estado de Colima. Inicialmente contamos con una muestra representativa de personas mayores de 80 años de la ciudad de Colima, de las cuales se evaluaron 121. A todas ellas se les administraron pruebas de valoración del estado cognitivo (SPSMQ)¹ y del estado físico (Escala de Barthel).² De las 121 personas valoradas, 63.6% presentaron un estado cognitivo normal y 56.9% no necesitan ningún tipo de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En los casos en que existe dependencia física para la realización de ABVD, 34.9% es dependencia leve y 8.2% presenta mayor grado de dependencia. En los casos de deterioro cognitivo, 16.8% presenta deterioro leve frente a 19.6% que manifiesta otros grados de deterioro cognitivo más severo. El número de personas que preservan su funcionamiento cognitivo pero son dependientes en las ABVD es mayor que el de las personas independientes en las ABVD que sufren deterioro cognitivo (20.7 vs 15.1% respectivamente). Las 69 personas que mostraron un estado cognitivo considerado normal fueron entrevistados mediante el protocolo PELEA,^{3,4} que cuenta con los siguientes dominios: salud física y comportamental,

estado físico, funcionamiento cognitivo, funcionamiento afectivo y funcionamiento social.

La caracterización de la muestra evaluada de personas de 80 o más años es la siguiente. *Sociodemográfico:* 52.2% de los entrevistados son mujeres, la media de edad fue de 85 años (DT=3.67; intervalo 79-94 años). El 59.4% son viudos, 30.4% están casados y 10.1% son solteros o divorciados. El 36.2% de la muestra no ha recibido educación formal y de los que sí, 42.1% recibió entre 1-3 años de educación. El 91.1% de la muestra se ocupó en trabajo de baja cualificación y alta exigencia física. El 23.2% de las personas entrevistadas viven solas. El 63.2% no recibe ingresos. *Funcionamiento intelectual:* puesto que el funcionamiento intelectual era un criterio de inclusión, el examen del estado mental nos muestra un grupo de personas con una capacidad cognitiva preservada (MMSE=23.06) con una adecuada plasticidad cognitiva. Encontramos diferencias significativas entre personas con y sin educación (MMSE= 24 vs 21, respectivamente). *Funcionamiento afectivo:* 67.7% dice sentirse bastante o muy satisfecho con la vida. Al compararse con el pasado, 41.2% informan menor satisfacción y sólo 20.6% informa sentirse más satisfecho en la actualidad. Las personas que viven acompañadas informan una emocionalidad negativa más alta que las que viven solas (mayor intensidad en temerosos, irritados, tensos y asustados). *Relaciones sociales:* 76.8% de las personas entrevistadas viven acompañadas por su familia (pareja, hijos, nietos y en menor medida otros familiares), en muchos casos son altamente dependientes económicamente. El 86.8% se sienten bastante o muy satisfechos con las personas con las que viven y 75.4% se siente bastante o muy satisfecho con la relación que tiene con su familia. Además, 45% mantiene una relación frecuente con amigos. El 85.5% considera que cuenta siempre con la ayuda de otras personas cuando la necesita. Estos datos dan cuenta de relaciones sociales frecuentes y satisfactorias.