

## Original

# Estudio de percepción de seguridad en pacientes aislados y no aislados en un hospital de agudos y análisis de concordancia con su identificación por los profesionales

Jiménez-Pericás F<sup>1</sup>, Gea Velázquez de Castro MT<sup>1,2</sup>, Pastor-Valero M<sup>2,3</sup>, Miralles Bueno JJ<sup>2</sup>, Esparcia Novoa MJ<sup>1</sup>, Aranaz Andrés JM<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario San Juan de Alicante.

<sup>2</sup> Departamento de Salud Pública Universidad Miguel Hernández.

<sup>3</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (Ciberesp), Madrid.

<sup>4</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS. CIBER de Epidemiología y Salud Pública. (CIBERESP). Catedrático de Ciencias de la Salud. UNIR. Madrid. España.

### Correspondencia:

Dra. Fátima Jiménez-Pericás, Hospital Universitario San Juan de Alicante. Correo electrónico: [jimper75@hotmail.com](mailto:jimper75@hotmail.com)

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la percepción del paciente sobre la ocurrencia de incidentes relacionados con la seguridad (IRS) y eventos adversos (EA) en pacientes sometidos a precauciones de transmisión (pacientes aislados) y pacientes no aislados durante su ingreso hospitalario y compararlo con los identificados por los profesionales sanitarios en la revisión de las historias clínicas en un hospital público universitario de agudos de la provincia de Alicante.

**Metodología:** Estudio transversal mediante encuesta telefónica a pacientes aislados y no aislados con cuestionario validado de percepción de seguridad sobre la ocurrencia de IRS y EA y posterior análisis de concordancia mediante coeficiente Kappa con los identificados por el personal sanitario en la revisión de historias clínicas.

**Resultados:** Los pacientes aislados respecto a los no aislados, manifestaron haber tenido menos complicaciones médicas por alguna medicación y estas eran poco graves. Por el contrario, manifestaron tener algo más de complicaciones médicas por intervenciones quirúrgicas y ser poco graves. Finalmente, opinaron haber padecido más eventos adversos, respecto a los no aislados. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas. En los resultados del índice de concordancia (índice Kappa), de identificación de EA de los pacientes durante su ingreso, y los identificados por los profesionales sanitarios en la revisión de las historias clínicas, se observó una fuerza de concordancia leve (Kappa= 0,061).

**Discusión:** Los resultados de nuestro estudio pueden estar influenciados por una escasa información a los pacientes sobre su proceso clínico (diagnóstico, tratamientos y efectos adversos, etc...), esto podría ser la causa del bajo nivel de detección por los pacientes de los incidentes relacionados con la seguridad que hayan podido suceder durante su ingreso hospitalario. Los resultados de este estudio por lo tanto indican que los pacientes no son una fuente idónea para la detección de estos eventos, dado el bajo nivel de concordancia con el gold-estándar (revisión de historia clínica por profesionales sanitarios formados). Sin embargo, es muy posible que, si los pacientes recibieran formación sobre seguridad y tuvieran una mejor información sobre su proceso clínico durante el ingreso, podrían llegar a ser una fuente muy valiosa de información a la hora de detectar incidentes relacionados con la seguridad.

**Palabras claves:** seguridad del paciente, percepción de seguridad, concordancia, eventos adversos.

## Study of perception of security in isolated and non-isolated patients in an acute hospital and concordance analysis with their identification by the professionals

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the perception of the patient about the occurrences of IRS and AE in patients subjected to transmission precautions (isolated patients) and non-isolated patients during their hospital admission and compare it with those identified by the health professionals in the review of the medical records in a public university hospital for acute care in the province of Alicante.

**Methodology:** Cross-sectional study using a telephone survey in isolated and non-isolated patients with a validated questionnaire

Recibido: 28/12/2022, Aceptado: 31/12/2022

**Citar como:** Jiménez-Pericás F, Gea Velázquez de Castro MT, Pastor-Valero M, Miralles Bueno JJ, Esparcia Novoa MJ, Aranaz Andrés JM. Estudio de percepción de seguridad en pacientes aislados y no aislados en un hospital de agudos y análisis de concordancia con su identificación por los profesionales. *Rev Esp Med Prev Salud Pub.* 2022;27(4): 13-21.

in the perception of safety on the occurrence of IRS and AEs and subsequent concordance analysis using the Kappa coefficient with the identifiers by the health personnel in the review of medical records.

**Results:** The isolated patients compared to the non-isolated ones, stated that they had fewer medical complications due to any medication and these were not serious. On the contrary, they stated that they had slightly more medical complications from surgical interventions and that they were not very serious. Finally, they thought they had suffered more adverse events, compared to those not isolated. The differences were not statistically significant. In the results of the concordance index (Kappa index), for the identification of AEs of the patients during their admission, and those identified by the health professionals in the review of the medical records, a slight strength of concordance was discovered (Kappa= 0.061).

**Discussion:** The results of our study may be influenced by insufficient information given to patients about their clinical process (diagnosis, treatments and adverse effects, etc...), this could be the cause of the low level of detection by patients of incidents related to the security that may have happened during their hospital admission. The results of this study therefore indicate that patients are not an ideal source for the detection of these events, given the low level of concordance with the gold-standard (medical record review by trained health professionals). However, it is quite possible that if patients received safety training and had better information about their clinical process during admission, they could become a very valuable source of information in detecting safety-related incident.

**Keywords:** patient safety, security perception, concordance, adverse events.

## 1. Introducción

La perspectiva del paciente ingresado en el hospital sobre el grado de satisfacción y calidad de la atención recibida, así como la propia percepción de seguridad durante su ingreso puede suponer una fuente importante de información a la hora de detectar incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRS) y con los eventos adversos (EA). Un IRS es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado (cuasi-incidente) u ocasionó un daño innecesario (incidente) a un paciente. Un EA es un incidente que causa daño al paciente[1,2], que no debe confundirse con las complicaciones inherentes al propio proceso patológico del paciente.

La encuesta “Special Eurobarometer 327: Patient safety and quality of healthcare” del Eurobarómetro de 2010[3] analizó, en los 27 Estados Miembros, la percepción de los ciudadanos en la seguridad y calidad de la atención sanitaria, así como su grado de conocimiento sobre dichos temas. Casi el 50% de los encuestados temía sufrir un daño derivado de la atención sanitaria, y un 9% de los encuestados calificó dicho riesgo como “muy probable”. Las infecciones hospitalarias y los problemas relacionados con el diagnóstico fueron los eventos adversos percibidos como más frecuentes. Además, más del 25% de los encuestados reconoció haber sufrido un EA, aunque, en su inmensa mayoría, no llegaron a notificarlo cuando ocurrió.

Otro aspecto que destacó esta encuesta es el gran desconocimiento existente entre los ciudadanos sobre la figura responsable en materia de seguridad del paciente en su país: si bien en torno al 60% de los

encuestados identificó el Ministerio de Sanidad o a los profesionales sanitarios como responsables, el 29% reconoció desconocer a quién debía acudir. Los resultados de la encuesta sugieren que parte de la población de la UE muestra una significativa preocupación por los riesgos innecesarios asociados a la atención sanitaria.

Otros estudios realizados en población europea reflejaron que entre el 6 y el 42% de los encuestados afirmaron haber sido víctimas de algún error durante la atención sanitaria[4,5].

Analizar la frecuencia de errores clínicos desde la perspectiva del paciente no es sencillo por la dificultad que estos puedan tener para diferenciarlos de las complicaciones del tratamiento o los efectos secundarios[6].

Si bien la historia clínica es el gold-estándar para la detección y cuantificación de los IRS, esta tiene importantes limitaciones para conocer la existencia de incidentes sin daño y cuasi-incidentes. Por lo tanto, el paciente puede llegar a constituir una fuente de información valiosa que no debe ignorarse, aunque desconocemos la concordancia de su percepción con el resultado del análisis de revisión de la Historia Clínica. La combinación de información sobre IRS y EA obtenida de los registros clínicos y del propio paciente puede ofrecer una visión más completa del problema, a la vez que nos permite contrastar la información de ambas fuentes.

Tal y como apunta el Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030[7] en uno de sus principios rectores, que es involucrar a los pacientes y

sus familias como socios en una atención segura[8], es que lograr una atención segura requiere que los pacientes estén informados, involucrados y tratados como socios plenos en su propia atención. En muchas partes del mundo, esto sucede mucho menos de lo que debería. Los pacientes, las familias y los cuidadores tienen un gran interés en su propia salud y la de sus comunidades, por lo tanto, la seguridad del paciente depende de su plena implicación como usuarios del sistema sanitario. Esto viene apoyado por otros documentos previos publicados en países como Canadá[9] y de la OMS que ya trabajaron en esta misma línea estratégica[10,11].

Dado que no encontramos estudios en nuestro entorno que valoren la percepción de los pacientes en relación a la aparición de IRS y EA[12], nos planteamos aportar nuestra experiencia en este ámbito particular.

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar la percepción del paciente sobre la ocurrencia de IRS y EA durante su ingreso hospitalario y compararlo con los identificados por los profesionales sanitarios en la revisión de las historias clínicas en un hospital público universitario de agudos de la provincia de Alicante.

## 2. Metodología

### 2.1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal con el objetivo de evaluar la percepción de los pacientes ingresados en el Hospital de Sant Joan d'Alacant, un grupo sometido a precauciones especiales de transmisión (pacientes aislados) y otro grupo de pacientes no aislados, sobre la ocurrencia de IRS y EA, y comparar la concordancia con los identificados por los profesionales sanitarios en la revisión de las historias clínicas, así como describir el grado de satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida.

### 2.2. Contexto y población de estudio

El estudio se realizó en el Hospital de Sant Joan d'Alacant, perteneciente al Sistema nacional de salud (SNS), el cual atiende a una población de 234.424 personas del Departamento de salud 17 de la Comunidad Valenciana, con un total de 390 camas.

La población de estudio la componían 141 pacientes ingresados de forma consecutiva entre los años 2017-2018 y que cumplían los criterios de inclusión (>18 años). De los 141 participantes, 70 habían estado ingresados con precauciones especiales de transmisión (pacientes aislados por contacto o gotas) y 71 de ellos ingresados sin precauciones especiales (pacientes no aislados). Se excluyeron los pacientes <18 años y con aislamiento inverso. Estos pacientes fueron seleccionados de entre la muestra de un estudio realizado en este hospital con 400 pacientes (200 pacientes aislados y 200 pacientes no aislados) y cuyos resultados fueron publicados en el año 2020[13].

La recogida de datos se realizó por un profesional entrenado para tal fin, mediante encuesta telefónica a los 141 participantes del estudio[13] previa obtención del consentimiento informado. La encuesta telefónica usó un cuestionario validado de satisfacción con la asistencia sanitaria y percepción de seguridad[14] a los pocos días del alta del paciente, con la finalidad de conocer la percepción sobre frecuencia y factores contribuyentes de la aparición de IRS (cuasi-incidentes, incidentes sin daño) y EA. La encuesta validada (Anexo I) permite valorar la satisfacción del paciente, el conocimiento sobre su tratamiento y la facilidad para solicitar explicaciones sobre el mismo, así como su percepción de complicaciones médicas o quirúrgicas sufridas durante la estancia en el hospital, su opinión sobre las causas de los posibles errores asistenciales, y la confianza general en el hospital y el personal que le atendió.

Estos resultados se compararon con la identificación de IRS y EA por parte de profesionales sanitarios detectados a través de la información recogida en la historia clínica del paciente, utilizando para ello la Guía de Cribado (Anexo II) validada en el Estudio ENEAS[15,16,17,18,19] un cuestionario elaborado y adaptado a nuestro entorno, a partir de una investigación previa, de una lista de condiciones similar a la de los estudios de Nueva York[20,21], Utah y Colorado[22], bajo técnicas de consenso[23].

### 2.3. Comité de Ética

La aprobación del Comité de Revisión Institucional para el estudio se obtuvo del Comité Ético del Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant (13/315), 3 de febrero de 2014.

## 2.4. Análisis estadístico

Análisis estadístico. El grado de concordancia de las respuestas se evaluó mediante el coeficiente kappa que además de calcular la concordancia, tiene en cuenta el acuerdo que ocurre por azar, por tanto, es una medida más robusta que el simple cálculo de la concordancia. Para describir las variables categóricas se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas, en el caso de variables continuas se utilizaron las medias y desviaciones estándar. Para evaluar la asociación entre las diferentes

variables del cuestionario y si el paciente estaba sometido o no a precauciones de transmisión específicas, se utilizó el test del chi cuadrado. Se calcularon las Odds Ratios (OR) crudas para cada una de las variables recogidas. El análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS Statistics 20 (SPSS/IBM, Chicago, IL, EEUU).

## 3. Resultados

La mayoría de los pacientes, tanto aislados como no aislados contestaron que estaban muy satisfechos con

**Tabla 1.** Encuesta satisfacción y percepción de complicaciones.

	Paciente no aislado N=71	Paciente aislado N=70	OR (IC95%) p
<b>P1. ¿En general, está usted satisfecho con el resultado de la atención sanitaria que ha recibido?</b>			
MUCHO	59 (83,1%)	54 (79,4%)	OR: 0,78 (IC 0,34-1,82) p 0,36
POCO	10 (14,1%)	10 (14,7%)	
NADA	2 (2,8%)	4 (5,9%)	
<b>P2. ¿Le han explicado los posibles efectos y las precauciones que debe tomar con el tratamiento?</b>			
SI CON DETALLE	56 (78,9%)	50 (72,5%)	OR: 0,70 (0,33-1,52) p 0,25
BREVEMENTE	9 (12,7%)	11 (15,9%)	
NADA	6 (8,5%)	8 (11,6%)	
<b>P3. ¿Ha podido preguntarle al médico sus dudas o manifestarle sus preocupaciones con respecto al tratamiento?</b>			
SI CON DETALLE	55 (79,7%)	57 (81,4%)	OR: 1,11 (0,49-2,55) p 0,48
BREVEMENTE	7 (10,1%)	7 (10%)	
NADA	7 (10,1%)	6 (8,6%)	
<b>P4. ¿Tiene la impresión que médicos y enfermeros han escuchado con atención sus explicaciones sobre lo que le pasaba?</b>			
SI DEL TODO	61 (85,9%)	57 (82,6%)	OR: 0,77 (0,32-1,91) p 0,38
NO DEL TODO	7 (9,9%)	10 (14,5%)	
NADA	3 (4,2%)	2 (2,9%)	
<b>P5. Durante su última hospitalización, ¿ha tenido alguna complicación MÉDICA por una medicación que le fue mal o a la que es alérgico?</b>			
SI	7 (9,9%)	4 (5,7%)	OR: 0,55(0,17-1,87) P 0,27
NO	64 (90,1%)	66 (94,3%)	
Consecuencias de la complicación medica por medicación		poco	
MUY GRAVES	2 (28,6%)	1 (33,3%)	OR: 1,25 (0-17,75) P 0,71
POCO GRAVES	3 (42,9%)	2 (66,7%)	
NADA GRAVES	2 (28,6%)	0 (0%)	
<b>P6. Durante su última hospitalización, ¿ha sufrido alguna complicación MÉDICA por intervención Quirúrgica?</b>			
SI	3 (4,2%)	3 (4,3%)	OR 1,01 (0,22-4,56) P 0,65
NO	68 (95,8%)	67 (95,7%)	
Consecuencias de la complicación Medica por IQ			
MUY GRAVES	2 (66,7%)	1 (33,3%)	OR: 0,25 (0- 5,44) P 0,50
POCO GRAVES	0 (0%)	2 (66,7%)	
NADA GRAVES	1 (33,3%)	0 (0%)	
EA según opinión del paciente (a partir de P5 y P6)			
NO	61 (85,9%)	64 (91,4%)	OR: 1,75 (0,62-4,92) P 0,22
SI	10 (14,1%)	6 (8,6%)	

**Tabla 2.** Encuesta causas de errores y grado de confianza.

	Paciente no aislado N=71	Paciente aislado N=70	p-valor
<b>P7. ¿A qué cree que se deben los errores en la atención sanitaria?</b>			
Escasa formación de los profesionales sanitarios			
LA MAYORÍA DE LAS VECES	3 (4,6%)	2 (2,9%)	OR:0,58 (0,27-1,27)
A VECES	17 (26,2%)	12 (17,6%)	P 0,18
NUNCA	45 (69,2%)	54 (79,4%)	
No disponer de tiempo suficiente para todos los pacientes			
LA MAYORÍA DE LAS VECES	22 (33,3%)	27 (39,7%)	OR: 1,04 (0,43 -2,54)
A VECES	33 (50%)	30 (44,1%)	P 0,94
NUNCA	11 (16,7%)	11 (16,2%)	
Fatiga o cansancio de los profesionales.			
LA MAYORÍA DE LAS VECES	11 (16,9%)	10 (14,7%)	OR: 1,15 (0,58- 2,28)
A VECES	26 (40%)	31 (45,6%)	P 0,69
NUNCA	28 (43,1%)	27 (39,7%)	
Insuficientes medios o recursos terapéuticos			
LA MAYORÍA DE LAS VECES	10 (15,4%)	7 (10,4%)	OR: 1,06 (0,53- 2,09)
A VECES	25 (38,5%)	30 (44,8%)	P 0,8737
NUNCA	30 (46,2%)	30 (44,8%)	
Desorganización en el Hospital			
LA MAYORÍA DE LAS VECES	5 (7,8%)	7 (10,9%)	OR: 1,14 (0,56-2,30)
A VECES	20 (31,3%)	20 (31,3%)	P 0,72
NUNCA	39 (60,9%)	37 (57,8%)	
<b>P8. Indique el grado de confianza que le inspira:</b>			
El hospital donde ha ingresado			
ALTA	54 (76,1%)	51 (73,9%)	OR: 0,89 (0,42-1,90)
MEDIA	13 (18,3%)	16 (23,2%)	P 0,77
BAJA	4 (5,6%)	2 (2,9%)	
Los médicos que le han atendido			
ALTA	59 (83,1%)	58 (84,1%)	OR 1,07 (0,46-2,58)
MEDIA	7 (9,9%)	9 (13%)	P 0,88
BAJA	5 (7%)	2 (2,9%)	
Los enfermeros que le han cuidado			
ALTA	62 (87,3%)	51 (73,9%)	OR 0,41 (0,17- 0,98)
MEDIA	8 (11,3%)	14 (20,3%)	P 0,04
BAJA	1 (1,4%)	4 (5,8%)	
Los auxiliares de enfermería que le han asistido			
ALTA	60 (84,5%)	52 (75,4%)	OR 0,56 (0,24-1,28)
MEDIA	6 (8,5%)	13 (18,8%)	P 0,18
BAJA	5 (7%)	4 (5,8%)	

el resultado de la atención sanitaria recibida, las diferencias entre ambos grupos no fueron estadísticamente significativas (79,4% vs 81,3%, p 0,36) Aunque los pacientes aislados respecto a los no aislados manifestaron menor satisfacción con la asistencia sanitaria, refirieron que se les había explicado algo menos los posibles efectos y precauciones con el tratamiento y tenían la impresión algo menor de ser escuchados por los sanitarios.

Por otra parte, los pacientes aislados respecto a los no aislados, manifestaron haber tenido menos

complicaciones médicas y estas eran poco graves. Por el contrario, manifestaron tener algo más de complicaciones médicas por intervenciones quirúrgicas. Finalmente, opinaron haber padecido más eventos adversos, respecto a los no aislados, aunque tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes aislados y no aislados.

Sin embargo, más pacientes no aislados que aislados contestaron que les habían explicado con detalle los posibles efectos y las precauciones que debe tomar

**Tabla 3.** Concordancia entre pacientes y profesionales en la identificación de EA.

			Paciente sin EA N=130	Paciente con EA N=11	Total N=141	Kappa
EA según opinión del paciente (a partir de P5 y P6)	No	n	116	9	125	0,061
		(%)	92,8%	7,2%	100,0%	
	Sí	n	14	2	16	
		(%)	87,5%	12,5%	100,0%	

Valoración del coeficiente kappa (Landis y Koch, 1977)

Coefficiente	Fuerza de la concordancia kappa
0,00	Pobre (Poor)
0,01 - 0,20	Leve (Slight)
0,21 - 0,40	Aceptable (Fair)
0,41 - 0,60	Moderada (Moderate)
0,61 - 0,80	Considerable (Substantial)
0,81 - 1,00	Casi perfecta (Almost perfect)

con el tratamiento y que le habían podido preguntar con detalle al médico sus dudas o manifestarle sus preocupaciones con respecto al tratamiento.

Además, más pacientes no aislados comparados con los aislados tenían la impresión de que médicos y enfermeros habían escuchado con atención sus explicaciones.

Aun así, mayor número de pacientes no aislados frente a los aislados contestaron que sí que habían tenido alguna complicación médica por una medicación que le fue mal o a la que era alérgico, y casi un tercio de ellos informaron que las consecuencias de la complicación médica por medicación fueron muy graves (Tabla 1).

En la tabla 2 se muestra que la mayoría de los pacientes opinan que los errores en la atención sanitaria nunca son debidos a la escasa formación de los profesionales o a la desorganización del hospital. Sin embargo, en torno a un tercio de los pacientes no aislados y de los pacientes aislados opina que la mayoría de las veces los errores se deben a no disponer de tiempo suficiente para los pacientes.

En cuanto al grado de confianza, la mayoría de los pacientes tanto los no aislados como los aislados han expresado un alto grado de confianza en el hospital donde han estado ingresados (76,1% y 73,9% respectivamente), en los médicos/as que les han atendido (83,1% y 84,1%), también en los enfermeros/as que les han cuidado, aunque en este caso con mayor diferencia entre los pacientes no aislados y los aislados (87,3% y 73,9% respectivamente). Este resultado es similar en

los auxiliares de enfermería que les han asistido (84,5% y 75,4%). En ninguno de los casos, las diferencias encontradas entre pacientes aislados y no aislados fueron estadísticamente significativas.

En la tabla 3 se muestran los resultados del índice de concordancia (índice Kappa), de identificación de EA de los pacientes durante su ingreso, y los identificados por los profesionales sanitarios en la revisión de las historias clínicas, observándose una fuerza de concordancia leve (Kappa= 0,061).

#### 4. Limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio fue la selección de los pacientes aislados y no aislados de entre un grupo de 400 pacientes pertenecientes a un estudio mayor. Dado que hubo dificultades en la realización de las entrevistas telefónicas cuando los pacientes ya estaban de alta, hubo pérdidas de seguimiento (pacientes que no se pudieron localizar, que se negaron a responder la encuesta, éxitus...) por lo que finalmente la población de estudio fue una muestra equitativa de ambos grupos (pacientes aislados y no aislados), pero no emparejados entre sí.

#### 5. Discusión

Podemos decir como resumen de nuestros resultados que, tanto en pacientes aislados como en los sometidos a precauciones de aislamiento, refirieron un alto grado de satisfacción y confianza con la asistencia sanitaria. A su vez, y aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, los pacientes no aislados percibieron con mayor frecuencia

que los aislados que se les ofrecía información en detalle, podían preguntar sus dudas sobre los diagnósticos y tratamientos, y eran escuchados por los profesionales sanitarios. Sin embargo, fueron los no aislados los que refirieron mayor número de complicaciones en relación al tratamiento siendo un tercio de ellas graves. Por otro lado, se observó un bajo nivel de concordancia entre la identificación de IRS y EA realizada por los pacientes y la realizada por el personal sanitario (gold-estándar), especialmente significativa fue la discordancia (87%) en relación a los IRS y EA percibidos por los pacientes y los que no se encontraron en la historia clínica por los profesionales, y la alta concordancia (92,8%) entre los no referidos por pacientes y no encontrados en la historia.

Los resultados de este estudio van en la misma dirección que los de la Encuesta del Eurobarómetro 2010[3] que reflejaba, entre otros, el miedo de los ciudadanos europeos a sufrir un incidente relacionado con la seguridad con los diagnósticos o con las infecciones hospitalarias, así como una desinformación de cómo y a quien debían comunicar dichos incidentes con una infra-notificación de los mismos en los casos que si fueron detectados.

Los resultados encontrados en nuestro estudio pueden estar influenciados por una escasa formación e información a los pacientes sobre su proceso clínico (diagnóstico, tratamientos y efectos adversos, etc.), esta desinformación podría ser la causa del bajo nivel de detección por los pacientes de los incidentes relacionados con la seguridad que hayan podido suceder durante su ingreso hospitalario. Los resultados de este estudio por lo tanto indican que los pacientes no son una fuente idónea para la detección de estos eventos, dado el bajo nivel de concordancia con el gold-estándar (revisión de historia clínica por profesionales sanitarios formados). Sin embargo, es muy posible que, si los pacientes recibieran formación sobre seguridad y tuvieran una mejor información sobre su proceso clínico durante el ingreso, podrían llegar a ser una fuente muy valiosa de información a la hora de detectar incidentes relacionados con la seguridad.

Sin duda, los derechos de los pacientes se han explicitado en documentos y directrices de varios organismos internacionales, pero las leyes y declaraciones sobre los derechos de los pacientes no hacen automáticamente que la atención médica sea más segura, aunque pueden ayudar a empoderar a los pacientes. Y los pacientes

empoderados están en una mejor posición para administrar su propia salud y atención médica, y a participar en los esfuerzos para mejorar la seguridad[24].

La importancia de la participación del paciente viene reflejada en el Objetivo Estratégico 4 del Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030[7] (*Involucrar y capacitar a los pacientes y sus familias para ayudar y apoyar el viaje hacia una atención médica más segura*) en el que destaca que la colaboración con los pacientes construye una base sólida para la mejora del sistema de atención médica. Su punto de vista es esencial para la garantía de la seguridad del paciente[25]. Los pacientes recorren todo el sistema de atención de la salud y, por lo tanto, es más probable que tengan una visión holística del mismo que los trabajadores de la salud, en lugar de centrarse en una pequeña parte del sistema. Los pacientes y las familias son los usuarios finales del sistema de salud. A menudo son los únicos que tienen una visión completa del resultado de su atención. Su perspectiva sobre cómo se puede hacer que la atención sea más segura es invariablemente muy valiosa.

Uno de los resultados de nuestro estudio destaca que los pacientes creen que la mayoría de los errores que se pueden producir durante la atención sanitaria son debidos a que los profesionales no disponen de tiempo suficiente para sus pacientes y/o al cansancio o fatiga de los profesionales, esta falta de tiempo es muy posible que repercuta en la falta de tiempo para informar debidamente al paciente, que por otra parte desea estar comprometido con una atención más segura[26]. En base a esto, se podría concluir que mejorando y promoviendo la cultura de seguridad tanto a nivel de los profesionales sanitarios como también de los propios pacientes, informándoles de forma adecuada sobre la forma y los referentes a la hora de comunicar estos incidentes, se podría mejorar su capacidad como fuente de detección. De esta manera se avanzaría notablemente en la consecución de servicios de salud integrados y centrados en las personas, en línea con lo planteado por la sexagésima novena Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra, del 23 al 28 de mayo de 2015[27].

Por otra parte, es de sobra conocido que cuando los pacientes tienen mayor información sobre su proceso de enfermedad y tratamiento, se lograban mejores resultados, tanto en términos clínicos como en costes de la atención[28]. En definitiva, la capacidad de detección de IRS y EA en la asistencia sanitaria es uno de los pilares

fundamentales de la seguridad del paciente, y el propio paciente podría contribuir en gran medida a mejorar su seguridad si los profesionales sanitarios invertimos tiempo en formación e información a nuestros

pacientes. De este modo, los pacientes podrían contribuir de forma efectiva a notificar errores clínicos y fallos del sistema, y de esa forma contribuir a evitar que en el futuro se repitan eventos adversos similares[29].

## Referencias bibliográficas

- [1] Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico. Enero 2009. Patient Safety. WHO. Disponible en: [http://www.bienestar.unal.edu.co/fileadmin/user\\_upload/documentos/Marco\\_conceptual\\_de\\_la\\_clasificacion\\_internacional\\_para\\_la\\_seguridad\\_del\\_paciente.pdf](http://www.bienestar.unal.edu.co/fileadmin/user_upload/documentos/Marco_conceptual_de_la_clasificacion_internacional_para_la_seguridad_del_paciente.pdf). [Consultado el 29/12/2022].
- [2] Aranaz JM. Sucesos adversos relacionados con el uso del medicamento: ¿qué podemos aprender? *Med Clín (Barc)* 2006;126:97-8. <https://doi.org/10.1157/13083887>
- [3] TNS Opinion & Social. Special Barometer 327: Patient safety and quality of healthcare [Internet]. Belgium: TNS Opinion & Social; 2010. Disponible en: [http://www.sefap.it/farmacovigilanza\\_news\\_201006/ebs\\_327\\_sum\\_en.pdf](http://www.sefap.it/farmacovigilanza_news_201006/ebs_327_sum_en.pdf). [Consultado el 29/12/2022].
- [4] Adams R, Boscarino JA. A community survey of medical errors in New York. *Int J Quality Health Care* 2004; 16:353-62. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh063>
- [5] Northcott H, Vanderheyden L, Northcott J, Adair C, McBrien-Morrison C, Norton P, et al. Perceptions of preventable medical errors in Alberta, Canada. *Int J Qual Health Care* 2008; 20:115-22. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm067>
- [6] José Joaquín Mira Solves, Jesús M. Aranaz Andrés, Julián Vitaller Burillo y M. Teresa Gea Velázquez De Castro. Percepción de seguridad de los pacientes de cirugía ambulatoria. *Cir Esp* 2009; 85(3): 179-189. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2008.07.009>
- [7] Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343477>. [Consultado el 29/12/2022].
- [8] World Health Organization. 2013. Patients for patient safety:partnerships for safer health care. Geneva: WHO. Disponible en: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/pfps/pfps\\_brochure\\_2013.pdf?sfvrsn=45a18595\\_7](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/pfps/pfps_brochure_2013.pdf?sfvrsn=45a18595_7). [Consultado el 29/12/2022].
- [9] Instituto Canadiense de Seguridad del Paciente, Calidad de la Salud del Atlántico y Colaboración para la Seguridad del Paciente, Calidad de la Salud de Ontario, Pacientes para la Seguridad del Paciente de Canadá. 2019. Involucrar a los pacientes en la seguridad del paciente: una guía canadiense. Edmonton: Instituto Canadiense de Seguridad del Paciente. Disponible en: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Patient-Engagement-in-Patient-Safety-Guide/Pages/default.aspx>. [Consultado el 29/12/2022].
- [10] Organización Mundial de la Salud. 2016. Compromiso del paciente: serie técnica sobre una atención primaria más segura. Ginebra. OMS. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/patient-engagement>. [Consultado el 29/12/2022].
- [11] Organización Mundial de la Salud. 2017. Marco de participación comunitaria de la OMS para servicios de salud resilientes, centrados en las personas y de calidad. Ginebra. OMS. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259280>. [Consultado el 29/12/2022].
- [12] Mira J, Aranaz J, Vitaller J, Ziadi M, Lorenzo S, Rebasa P, Aibar C. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 2008;131(Supl 3):26-32. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(08\)76458-3](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(08)76458-3)
- [13] Jiménez-Pericás F, Gea-Velázquez de Castro MT, Pastor-Valero M, et al. Higher incidence of adverse events in isolated patients compared with non-isolated patients: a cohort study. *BMJ Open* 2020;10:e035238. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-03523>.
- [14] Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Ziadi M, Ortiz L, Aranaz JM. El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de nuestros hospitales. Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad. *Rev Méd Chile* 2009;137:1441-8. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872009001100005>



- [15] Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006. Depósito legal: M. 19200-2006. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>. [Consultado el 29/12/2022].
- [16] Aranaz JM, Aibar C, Casal J, Gea MT, Limón R, Requena J, Miralles JJ, García R, Mareca R y grupo de trabajo ENEAS. Los sucesos adversos en los hospitales españoles: resultados del estudio ENEAS. *Medicina Preventiva* 2007;XIII:64-70.
- [17] Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E and the ENEAS work group. Incidence of adverse events (AEs) related to health care in Spain. Results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Journal of Epidemiology and Community Health* 2008;62:1022-9. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.065227>
- [18] Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Gea-Velázquez de Castro MT, Requena-Puche J, Terol-García E y grupo de trabajo ENEAS. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals. Results of the Spanish Nacional Study of adverse events (ENEAS). *International Journal for Quality in Health Care* 2009;21(6):408-14. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp047>
- [19] Aranaz-Andrés JM, Limón R, Mira JJ, Aibar C, Gea MT, Agra Y and ENEAS Wordking 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(6):705-12. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr059>
- [20] Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6 <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240604>.
- [21] Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324:377-84. <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240605>
- [22] Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38:261-71. <https://doi.org/10.1097/00005650-200003000-00003>
- [23] Aranaz JM, Limón R, Requena J, Gea MT, Núñez V, Bermúdez MI, Vitaller J, Aibar C, Ruiz P, Grupo de trabajo del proyecto IDEA. Incidencia e impacto de los Efectos Adversos en dos hospitales. *Rev Calidad Asistencial* 2005; 20(2): 53-60. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)74723-7](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74723-7)
- [24] World Health Organization Regional Office for Europe. 2013. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponible en: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/185779/e96814.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf). [Consultado el 29/12/2022].
- [25] Massó P, Aranaz JM, Mira JJ, Perdiguero E, Aibar C. Adverse Events in hospitals: The patient's point of view. *Qual Saf Health Care* 2010;19:144-7. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.025585>
- [26] World Health Organization. 2016. Patient engagement: technical series on safer primary care. Geneva: WHO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252269>. [Consultado el 29/12/2022].
- [27] World Health Organization. 2015. Report by the Secretariat: framework on integrated, people-centred health services. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–28 May 2015. Geneva: WHO. Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf). [Consultado el 29/12/2022].
- [28] LIN, Mei-Yu1; WENG, Wei-Shih2; APRILIASARI, Renny Wulan3; VAN TRUONG, Pham4; TSAI, Pei-Shan5,\*. Effects of Patient Activation Intervention on Chronic Diseases: A Meta-Analysis. *Journal of Nursing Research* 28(5):p e116, October 2020. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000387>
- [29] López L, Weissman JS, Schneider E, Weingart S, Cohen A, Epstein A. Disclosure of hospital adverse events and its association with patient's ratings of the quality of care. *Arch Intern Med* 2009;169:1888-94. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.387>