

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y

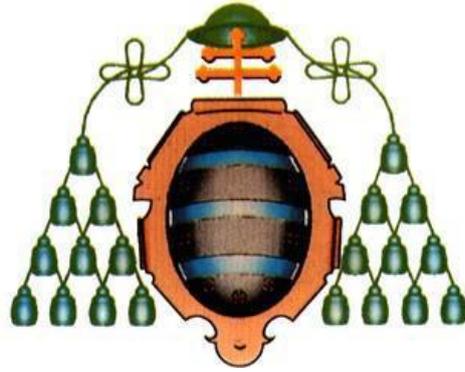
Cuidados Críticos

**“Percepción de la seguridad asistencial en los pacientes del
servicio de Hemodinámica del Hospital Central de Asturias”**

Ana Yésica Fdez Menéndez

4 de Junio de 2012

Trabajo Fin De Máster



Universidad de Oviedo
Centro Internacional de Postgrado
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y
Cuidados Críticos

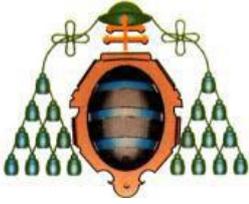
**“Percepción de la seguridad asistencial en los pacientes del
servicio de Hemodinámica del Hospital Central de Asturias”**

Trabajo Fin de Máster

Una firma manuscrita en azul, que parece ser la del profesor Dr. Joaquín Moris de la Tassa.

Ana Yésica Fdez. Menéndez

Prof. Dr. Joaquín Moris de la Tassa



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

JOAQUÍN MORÍS DE LA TASSA, Doctor en Medicina por la Universidad de Oviedo, Profesor del Departamento de Medicina de de la Universidad de Oviedo y del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo.

CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por D/Dña. **Ana Yésica Fdez Menéndez**, titulado “**Percepción de la seguridad asistencial en los pacientes del servicio de Hemodinámica del Hospital Central de Asturias**”, realizado bajo mi dirección, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 4 de junio de 2012.

Vº Bº Fdo. Joaquín Morís
Director del Proyecto

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. HIPÓTESIS	7
3. OBJETIVOS	7
3.1 Principal	7
3.2 Secundarios.....	7
4. MATERIAL y MÉTODOS	8
4.1 Diseño del estudio	8
4.2 Criterios de selección de la población.....	9
4.3 Tamaño muestral.....	10
4.4 Variables.....	11
4.5 Métodos estadísticos	16
5. RESULTADOS	17
6. DISCUSIÓN	36
7. CONCLUSIONES	45
8. BIBLIOGRAFÍA	46
9. ANEXO I Cuestionario “Percepción de la seguridad asistencial en los pacientes del servicio de Hemodinámica del Hospital Central de Asturias”	53
10. ANEXO II Autorización	59

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ECV	Enfermedades Cardio Vasculares.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
IAM	Infarto agudo de miocardio.
ACV	Accidente Cerebro Vascular.
AIT	Accidente isquémico transitorio.
INE	Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.
ENEAS	Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización.
QAHCS	Quality Australian Health-care Study.
HUCA	Hospital Universitario Central de Asturias
EA	Evento adverso.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences.
HQA	Hospital Quality Alliance.
EVES	La Escuela Valenciana de Estudios de Salud.
HCAHPS	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
AHRQ	Agencia de la Investigación y Calidad de la Atención Médica

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Descripción de las características sociodemográficas del paciente, por sexo, nivel de estudios y lugar de residencia	18
Tabla 2. Comparación entre el nivel de estudios y el sexo.	19
Figura 1. Número de ingresos previos	20
Figura 2. Tiempo de Enfermedad	20
Figura 3 .Enfermedades concomitantes	21
Tabla 3. Relación del número de cateterismos realizados en relación al tiempo de enfermedad	21
Figura 4. ¿Le explicaron su diagnóstico de forma clara?	22
Figura 5. ¿Recibió suficiente información?	23
Figura 6. ¿Le pidieron su consentimiento para realizar la prueba?	24
Figura 7. ¿Ha podido hablar con intimidad y tranquilidad?	25
Figura 8. ¿Pudo preguntar sus dudas al médico o enfermera?	26
Figura 9. ¿Entendió la información que recibió?	27
Tabla 4. Relación entre el nivel de estudios y la comprensión de la información	27
Figura 10. ¿Recibió información escrita?	28
Figura 11. ¿Recibió respuestas distintas de diferentes profesionales?	29
Figura 12. ¿Coincidían las recomendaciones dadas en la unidad de hemodinámica del Huca y la planta de hospitalización?	29
Figura 13. ¿Sabía a quién dirigirse en caso de duda tras el alta hospitalaria?	30
Figura 14. ¿Sufrió algún EA durante la hospitalización?	31
Figura 15. Frecuencia con la que creen los pacientes que se producen los errores	31
Tabla 5. Percepción del trato recibido	32
Figura 16. Percepción de seguridad	33
Tabla 6. Relación entre el nivel de estudios y la percepción de la seguridad	34
Tabla 7. Percepción de la seguridad según sexos	34
Tabla 8. Percepción de seguridad según edad.	35

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se consideran la principal causa de muerte en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2004, representaron el 30 % de las muertes registradas en el mundo lo que supone unos 17, 3 millones de personas. Estas ECV como cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares, arteriopatías periféricas, cardiopatía reumática, congénita y trombosis venosas profunda y pulmonar. De ese 30 %, 7,3 millones de esas muertes corresponden a la cardiopatía coronaria, y 6,2 millones a los accidentes cerebro vasculares (ACV). No existen diferencias por sexo, y se prevé que la tendencia sea a que continúe; ya que según las previsiones de la OMS, para el 2030, afectará a 23, 6 millones de personas ¹.

Por regiones la prevalencia de las enfermedades vasculares se distribuyen, por ejemplo en Estados Unidos (EE.UU.) fue de un 7, 6 % la de la cardiopatía isquémica y de un 3, 6 % la de infartos agudos de miocardio (IAM) en mayores de 20 años.

Por su parte en España los datos parecen seguir la distribución mundial, ya que las ECV suponen un 22% de la mortalidad global. Están entre las enfermedades crónicas, más prevalentes, en torno a un 5 % y además se consideran como la segunda causa de años potenciales de vida perdidos ².

En Asturias concurre otra circunstancia que agrava la situación como es el envejecimiento de la población. Tenemos la tasa más alta de mortalidad de España. Las ECV, fueron responsables en 2002 de un tercera parte de los fallecimientos (34,6 %). Dentro de las ECV, el IAM represento un 13 % del total.

Existe además una diferencia significativa por sexos, según los datos del 2002, en hombres la causa más frecuente fue el IAM con unas 579 muertes por su parte en las mujeres la principal causa es el ACV con 649 muertes. Otro dato de relevancia son los años potenciales de vida perdidos, ya que suponen un 16,5 % antes de los 70 años por ECV³.

Otro punto a destacar son los costes derivados de la morbilidad hospitalaria que generan estas enfermedades, la morbilidad hospitalaria en España es relevante ya que suponen una frecuentación hospitalaria de 8,5 por mil habitantes y año. Este dato se ve ampliamente reflejado, en nuestra comunidad donde según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de 2002 (INE) Asturias presenta una tasa casi 2000 pacientes por cada 100.000 habitantes. En la encuesta quedan reflejadas las patologías cardiovasculares desde IAM, hasta un accidente isquémico transitorio (AIT) pasando por la insuficiencia cardiaca, como las más frecuentes. A la morbilidad hospitalaria deberíamos añadir la pérdida de calidad de vida y discapacidad. Todo ello nos hace ver la importancia de la repercusión económica de estas enfermedades que en Asturias suponen un quinto del gasto total. Por su parte la OMS pone de relevancia como las ECV afectan a muchas personas de mediana edad, y a menudo reducen gravemente los ingresos y los ahorros de los pacientes y de sus familias. Y esto supone un lastre para la

economía de países y comunidades a lo que hay que añadir el gasto sanitario de estos pacientes y restar los ingresos que estos mismos dejan de realizar ¹⁻³.

Ha aumentado el interés y la preocupación cada vez más por la seguridad no sólo por parte de los profesionales, sino la de los propios usuarios del servicio durante todo el proceso asistencial, desde el diagnóstico hasta el tratamiento o la rehabilitación. Por ello aunque es un tema de reciente actualidad, parecen existir datos que reflejan que esta preocupación existía desde hace unos años, así por ejemplo en el informe ENEAS se recoge como ya algunos investigadores en la década de los 50 y 60 ponían de manifiesto la importancia que podrían llegar a tener los eventos adversos (EA). Un claro ejemplo es que ya en 1964 Schimmel observó cómo el 20% de los pacientes admitidos en un hospital sufrían alguna iatrogenia, y este dato se vio claramente incrementado 2 décadas después, ya que Steel en 1981 habla ya de un 36 % de casos ⁴.

La evolución de todo el proceso asistencial y las mejoras en la calidad de la misma no sólo se observan en la mejora de las tecnologías si no también en la percepción que los usuarios tienen del sistema. Esto se ve reflejado también en la mayor información a la que estos tienen acceso sobre todo en medios de comunicación. Según el Eurobarómetro el 78 % de los encuestados afirman haber oído noticias sobre EA en algún medio de comunicación, y este mismo estudio refleja que aproximadamente el 60% de los españoles recuerdan haber oído o leído alguna noticia sobre esto. Lo que parece tener mayor trascendencia que en la realidad ya que únicamente de un 4 a un 17 % afirman haber sufrido algún evento adverso ⁴⁻⁵.

Lo más relevante de estos datos según los estudios publicados es el alto porcentaje que se consideran evitables, el 50 %. Los diferentes artículos de diversas partes del mundo coinciden en los mismos datos (emplean además el mismo tipo de estudio, cohorte retrospectivo). El estudio ENEAS recoge datos de diferentes estudios realizados en hospitales de del sur de Australia y Nueva Gales, (Quality Australian Health-care Study (QAHCS)), nos habla de una tasa de evento adverso (EA) del 16,6 % siendo en este caso un 51 % de los mismos evitables. En otro estudio realizado en Vermont entre 2000 y 2001 parece seguir la línea, incluso incrementarla ya que detectaron un 31,5 % de EA de los cuales consideran prevenibles el 49 %. Por su parte el estudio ENEAS concluye que el porcentaje de EA en España es del 9,3 % similar a los detectados en otros países europeos. Otros datos reseñables son que más de la mitad de estos EA, un 54,9 % son graves o moderados y un 31,4 % suponen un incremento de la estancia hospitalaria ⁴.

Dada la importancia de los EA, parece fundamental saber la opinión que los pacientes tienen de los mismos, y su percepción sobre la seguridad del sistema, de los cuales parece haber menos datos ya que la mayor parte de los artículos encontrados hacen referencia al porcentaje de EA que se recogen a través de estudios retrospectivos, extrapolarlo datos de las historias clínicas. Respecto a los estudios realizados sobre la percepción de seguridad o calidad del sistema, parece más difícil obtener datos debido a que dependemos de la respuesta de los pacientes. En ocasiones ésta no es la esperada, en los artículos revisados reflejan una tasa de respuesta de un 50 %.

Por ejemplo en Suiza se realizó un estudio en 8 hospitales con entrevistas semi- estructuradas a los pacientes, de los cuales un 21, 4 % era capaz de referir algún EA, y cerca de un 15 % estaban algo preocupados por la seguridad. Si bien el estudio concluyó la importancia de tener la percepción de los pacientes como una herramienta más en la identificación y prevención de riesgos ⁶.

En otro estudio en Melbourne, Australia, donde evalúan la calidad percibida por las madres durante el proceso de entrega del recién nacido. Evalúan diferentes aspectos del proceso, por ejemplo la importancia de clarificar dudas, en el momento como positivo por un 37 % de las pacientes y ya en momentos posteriores sólo lo consideran que fue adecuado en un 23% y un 10% consideraron como bueno el trato recibido, otro 10% refieren haberse sentido seguras ⁷.

Todo lo anterior, pone de manifiesto no sólo la importancia de las enfermedades cardiovasculares, si no la preocupación cada vez mayor por las instituciones de procurar una asistencia de calidad y evitar los tan indeseados EA que suponen una serie de consecuencias para el sistema. Además de que los pacientes son cada vez más clientes, más demandantes y preocupados por la calidad de los servicios que se les presta. En los estudios encontrados si se evalúa los EA de manera interna, si bien hay menos que evalúen la percepción del ciudadano por el sistema y menos específicamente los EA en enfermedades cardiovasculares.

En un servicio como el de Hemodinámica, cada vez con más relevancia para el diagnóstico precoz y el tratamiento invasivo de las enfermedades cardiovasculares, y con una actividad creciente dada la elevada prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, adquiere gran importancia el conocimiento de la percepción que los usuarios tienen sobre el proceso, sobre la información que reciben y sobre los riesgos inherentes a él, para así poder dar respuesta a sus expectativas y mejorar la calidad del servicio que prestamos.

2. HIPÓTESIS

Los pacientes intervenidos en la unidad de hemodinámica del HUCA no tienen una buena percepción de la seguridad.

3. OBJETIVOS

3.1. PRINCIPAL

Evaluar la percepción de la seguridad en pacientes intervenidos de cateterismos en la unidad de hemodinámica del HUCA durante el mes de Enero y Febrero de 2012.

3.2. SECUNDARIOS

Determinar las características sociodemográficas de los pacientes.

Conocer su experiencia previa en el ámbito hospitalario, con la nueva enfermedad y saber si han sufrido eventos adversos durante la hospitalización.

Medir información recibida por los pacientes sobre el procedimiento.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo longitudinal realizado entre el 16 de Enero y 16 de Febrero de 2012 en el Hospital Universitario Central de Asturias, en la que se uso como herramienta el cuestionario “Percepción de la seguridad asistencial en los pacientes del servicio de Hemodinámica del Hospital Central de Asturias” que toma como referencia la encuesta de la Agency for Healthcare Research and Quality, traducido y validado por Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009, dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. El cuestionario está ligeramente modificado para adaptarlo a las características de los pacientes y la intervención, consta de 14 ítems para intentar dar respuesta a los objetivos planteados.

El cuestionario ha sido ampliado para responder en parte a los objetivos secundarios, y conocer así las características demográficas de los pacientes y su experiencia hospitalaria (Anexo I). Las preguntas modificadas fueron la número 10 y número 11. En ellas se evalúa al igual que en el cuestionario validado la información recibida y si han sufrido algún EA respectivamente. En la pregunta número 10 se empleo ocho de las diez frases del cuestionario validado, se han cambiado la número 7 y 8 por la número 7 y 9 del cuestionario de este estudio. Estos cambios pretenden adaptar las preguntas a las características de la unidad de hemodinámica, preguntando por procesos específicos del servicio como son las recomendaciones dadas al alta, así como la posible diferencia de información recibida entre la sala de hemodinámica como en la unidad de hospitalización.

En la pregunta número 11 del cuestionario el ítem número 6 es específico de este procedimiento ya que se pregunta por una de las complicaciones más comunes al realizar un cateterismo, como es el sangrando en la zona de punción. Y otra de ellas fue eliminada ya que no es evaluable en este estudio, dado que no es posible evaluar la infección en un procedimiento en la que responden al cuestionario el mismo día de su realización y donde los pacientes son dados de alta hospitalaria el mismo día.

4.2. Criterios selección de la población

Los criterios de inclusión:

Un paciente mayor de edad.

Tener un cateterismo programado durante los meses de Enero y Febrero de 2012

Estar hospitalizado en el hospital de día de cardiología o en la séptima planta del HUCA en la unidad de hemodinámica.

Los criterios de exclusión:

Paciente cuya situación clínica tras la realización del cateterismo le imposibilitase responder al cuestionario.

Paciente cuyas capacidades cognitivas le impidiesen la comprensión del cuestionario.

Se ha contado con la autorización de la Dirección de Enfermería, del HUCA (Anexo II) teniendo en cuenta que los datos recogidos se tratarían según la Ley Orgánica de protección de datos (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos). También se remitió la solicitud de autorización al Comité de Ética. La respuesta a dicha solicitud sostiene que no se precisa autorización expresa al no realizar ninguna acción directa sobre los pacientes. Así mismo, no se entiende necesaria su autorización y se recalca la necesidad de tratar los datos del paciente de acuerdo a la legislación vigente sobre la protección de datos.

4.3. Tamaño muestral.

Según los datos proporcionados por el área de hemodinámica del HUCA, el total de cateterismos realizados entre el mes de Enero y Febrero de 2012 fueron de 532. El número de cateterismos realizados en el hospital de día fueron de 200, y en la unidad de hospitalización corresponden a 217, lo que hace un total de 417 cateterismos. Este resultado no se corresponde con el total de 532, ya que los 115 restantes corresponden a los pacientes trasladados desde hospitales periféricos de otras áreas sanitarias y no son incluidos al ser remitidos desde la sala de hemodinámica a sus hospitales de referencia (al área IV son remitidos pacientes, desde las áreas I, II, III, VI, VII) así como los realizados de urgencia que son hospitalizados en otras unidades.

Por ello, con los datos obtenidos al calcular el tamaño muestral sobre una población finita, teniendo en cuenta que es calculado sobre los 417 entre los dos meses, durante los 42 días hábiles, serían unos 9 cateterismos por día. El estudio

se realizó durante 25 días hábiles por lo que serían unos 225 cateterismos durante el periodo del estudio.

Por lo tanto, el tamaño de muestra calculado con una estimación de proporción, dado que la percepción de la seguridad es una variable cualitativa, previamente se halla N sobre una población infinita suponiendo una estimación de un 40 % la población que realiza cateterismos, se asume que la precisión del estudio es de un 4 % y con un intervalo de confianza del 95 % con un error α del 10 % y un error β del 20 %, aplicando las fórmulas específicas el tamaño muestral necesario sería de unos 206 pacientes. Estimando unas pérdidas de un 20 % nos quedaría con un muestra de 165, en un principio el estudio pretendía que fuesen recogidas el total de cateterismos realizados pero debido a una serie de limitaciones y a que algunos pacientes no seguían los criterios de inclusión o la propia negativa verbal de los pacientes, el número de encuestas recogidas es de 40.

El cuestionario ha sido entregado en el hospital de día del HUCA y en la séptima planta, de hospitalización del HUCA, donde existen camas de hospitalización para pacientes de hemodinámica.

El cuestionario fue entregado por las enfermeras de las unidades tras la recepción del paciente en planta tras la realización del cateterismo y recogido por ellas mismas antes del alta del paciente.

4.4. Variables

Las variables que recoge el cuestionario son aquellas que se consideran modificadoras del efecto, es decir de la percepción de la seguridad, pero también permiten configurar las características sociodemográficas de los pacientes, conocer su experiencia hospitalaria y saber la comprensión de la información recibida, su experiencia en EA, hasta su sensación de la seguridad percibida.

En estas cuatro primeras variables permite conocer el tipo de paciente que fue intervenido para ello se emplean variables comunes.

La edad considerada como una variable, cuantitativa, continua, nominal e independiente, medida en años completos vividos desde su nacimiento. Nos permitirá configurar las características sociodemográficas y ver si la edad tiene relación con la percepción de la seguridad o comprensión de la información.

El sexo es una segunda variable cualitativa, nominal, dicotómica e independiente, parte fundamental para configurar el paciente tipo y conocer la afectación de la enfermedad según el sexo y su influencia en la percepción de la seguridad.

Otra importante variable a tener en cuenta es el nivel de estudios variable modificadora del efecto, cualitativa, ordinal e independiente. Ésta ayuda en la configuración de las características sociodemográficas del paciente y además

permite saber si el nivel de estudios tiene influencia en la comprensión de la información recibida tanto oral como escrita.

Por último el lugar de residencia es una variable cualitativa, nominal, dicotómica e independiente, que permite indicar si vive en medio rural o urbano y conformar una de las características sociodemográficas de los pacientes encuestados.

En las siguientes variables se pretende dar respuesta al segundo de los objetivos planteados, medir la experiencia hospitalaria de los pacientes tanto en hospitalizaciones anteriores así como la concomitancia de otras enfermedades y su grado de familiaridad con la nueva enfermedad para ello se ha de emplear 5 variables.

En primer lugar el número de ingresos en los dos últimos años, es una variable cualitativa, nominal e independiente. Esto permite medir la experiencia hospitalaria de los pacientes y saber cómo ésta puede afectar a sus percepciones de la seguridad. Se realiza en los dos últimos años para evitar el sesgo de memoria.

En segundo lugar el tiempo que llevan con la enfermedad actual, el tiempo desde el diagnóstico aproximado es una variable cuantitativa, nominal, discreta e independiente. El tiempo de enfermedad puede afectar a la percepción sobre la misma ya que supone más experiencia en el ámbito hospitalario y más información sobre la enfermedad y se quiere saber si esto puede influir tanto en la

compresión de la información que puedan recibir como la seguridad percibida durante el proceso.

Otra tercera variable es la existencia de otra enfermedad también puede ser considerada una variable importante, siendo esta cualitativa, abierta, nominal exhaustiva. Con ello se quiere saber si el padecer otra enfermedad les puede hacer evaluar comparando la enfermedad actual con la otra enfermedad concomitante o si les influye en la compresión de la información recibida.

Como cuarta variable es conocer si es la primera vez que realiza un cateterismo, se trata de una variable cuantitativa, dicotómica, nominal excluyente. Haber sido intervenidos en otra ocasión, puede influir en su percepción sobre esta intervención ya que la percepción de la seguridad puede realizarse desde la comparación con la experiencia anterior (más aun si ha sido realizado en condiciones diferentes u hospitales diferentes).

La quinta y última variable es el número de cateterismos previos, ésta es una variable cuantitativa, nominal excluyente, politómica y discreta, conocer si la experiencia previa puede condicionar la valoración de la situación actual.

El tercer objetivo se da respuesta mediante una variable medida con una escala Likert, cuantitativa e independiente en la se pretende medir la información recibida y con ello evaluar la información recibida. En esta escala los pacientes evalúan desde muy en desacuerdo a muy de acuerdo la información recibida. Mediante 10 frases en afirmativo y en tercera persona en la que se mide la

cantidad de información hablada y escrita recibida sobre el diagnóstico de la enfermedad, información sobre el procedimiento, la comprensión de la información, si han recibido la información escrita, si han podido resolver sus dudas, hasta si han encontrado contradicciones existentes en la información dada por los diferentes profesionales.

Al segundo objetivo hace referencia a la experiencia de los pacientes con los EA durante la hospitalización. Para ello se usa dos variables, una primera que mide si durante este procedimiento han sufrido algún EA; esta variable, cualitativa, nominal, exhaustiva e independiente y se realiza mediante el uso de seis enunciados afirmativos en las que los pacientes responden “si o no” sobre EA que se han podido producir y lo que permite medir si el padecimiento de algún efecto adverso condiciona sus evaluaciones de la seguridad.

La segunda variable empleada para medir la experiencia con los EA, es saber la opinión de los pacientes sobre la frecuencia con la que ellos creen que se producen EA, en este caso se emplea una variable cualitativa, politómica, nominal, excluyente e independiente. Lo que permite evaluar la información que tienen los pacientes sobre los EA en todo el sistema sanitario ya que un mayor conocimiento de los mismos puede influir en su valoración del sistema.

Por último, para evaluar la percepción de la seguridad con el uso de dos variables una primera en la que se mide la percepción sobre el trato recibido por los pacientes por parte del sistema sanitario mediante una variable cualitativa, ordinal, independiente, que califica el trato desde malo hasta muy bueno.

Y en último lugar se mide la sensación de seguridad percibida, mediante una variable cualitativa, ordinal, e independiente. En esta pregunta los pacientes deben responder a aquella opción que mejor describa su percepción sobre la seguridad, con lo cual se da respuesta al objetivo principal, si se sienten seguros o no.

4.5. Métodos estadísticos

Los datos se tabularon en una base de datos diseñada a tal efecto y se analizaron mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Las variables cuantitativas se expresan mediante media y desviación estándar, el rango y la mediana si aporta información adicional.

Las variables cualitativas se expresan mediante proporciones.

Todo a lo largo del estudio el nivel de confianza fue del 95% y las diferencias se consideraron significativas para un valor de $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

Finalmente se han encuestado a 40 pacientes mayores de edad, que han realizado un cateterismo en el HUCA, tanto en el hospital de día de cardiología como en la unidad de hemodinámica de la séptima planta de hospitalización del HUCA

Los pacientes encuestados presentan una edad media de 63, 74 años y una mediana de 66; siendo la edad mínima de 24 y la máxima de 88. De los 40 pacientes el 67,5 % eran hombres y el 30 % mujeres. Respecto al nivel de estudios; el mayor porcentaje, un 55 % presentaba estudios primarios y un 15 % estudios universitarios y en relación al lugar de residencia la mayoría un 60 % (n = 24) reside en área urbana.

En la tabla 1 se presentan las características demográficas según sexo, nivel de estudios y lugar de residencia.

Tabla 1. Descripción de las características sociodemográficas del paciente, por sexo, nivel de estudios y lugar de residencia

Paciente		Porcentaje
Sexo	<i>Hombres</i>	67,5 %
	<i>Mujeres</i>	30%
Nivel de estudios	<i>Sin estudios</i>	10,0%
	<i>Primarios</i>	55,0%
	<i>Secundarios</i>	10,0%
	<i>F. Profesional</i>	10,0%
	<i>Universitarios</i>	15,0%
Lugar de residencia	<i>Rural</i>	40%
	<i>Urbano</i>	60%

Al comparar los datos sociodemográficos respecto a hombres y mujeres los resultados no parece haber diferencias significativas. Respecto a la diferencia de edad ($p > 0.337$), para hombres es de 61,9 años y para las mujeres ligeramente superior, de 69 años. En cuanto al lugar de residencia, no hay diferencias, ya que como muestra la tabla 1 la mayoría residen en área urbana, un 59,3 % de hombres y un 69,7 % de las mujeres, no existe diferencia significativa, si bien parece residir más hombres cerca de un 41 % en área rural frente a un 33 % de mujeres. En cuanto al nivel de estudios, se ve representado en la tabla número 2, es destacable como no hay mujeres con estudios universitarios y como existe un 25 % de mujeres que no tienen estudios frente a un sólo 3 % de los hombres. Estos datos pueden ser explicables con la media de edad de la población encuestada, ya al ser la media de edad en las mujeres tan alta, éstas en décadas pasadas tenían más dificultades para acceder a estudios superiores.

Tabla 2. Comparación entre el nivel de estudios y el sexo.

SEXO	NIVEL DE ESTUDIOS					Total Sin estudios
	Sin estudios	Primarios	Secundarios	Formación profesional	Universitarios	
Hombre	3,7%	48,1%	11,1%	14,8%	22,2%	100,0%
Mujer	25,0%	66,7%	8,3%	,0%	,0%	100,0%
TOTAL	10,3%	53,8%	10,3%	10,3%	15,4%	100,0%

En las siguientes figuras se describe la experiencia con el sistema hospitalario así como las características de su enfermedad .La media de ingresos previos es de 2 ingresos, en relación con el sexo no hay significación. La media de 2,15 ingresos para hombres y un 1,67 para mujeres. Y en la figura 1 se observan el número de ingresos en los dos últimos años. El 47 , 5 % (n=19) de los pacientes no habian tenido ningun ingreso previo.Y en la figura número 2 observamos el tiempo de enfermedad se reparte casi proporcionalmente entre unos meses con un 35 % de los pacientes y un 40 % llevan más de dos años padeciendo la enfermedad. La media de tiempo de enfermedad es de 2,58.

Figura 1. Número de ingresos previos

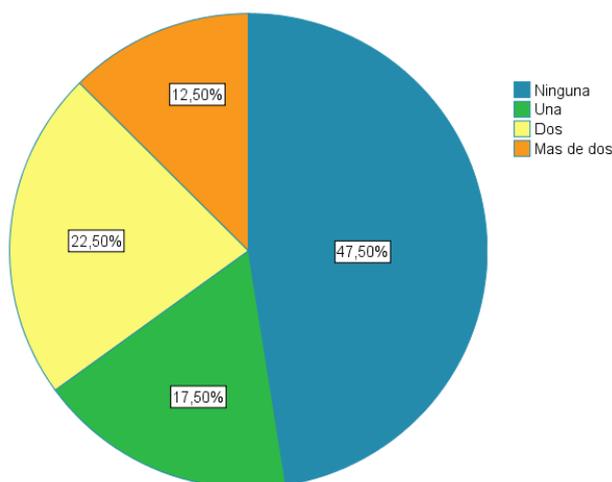
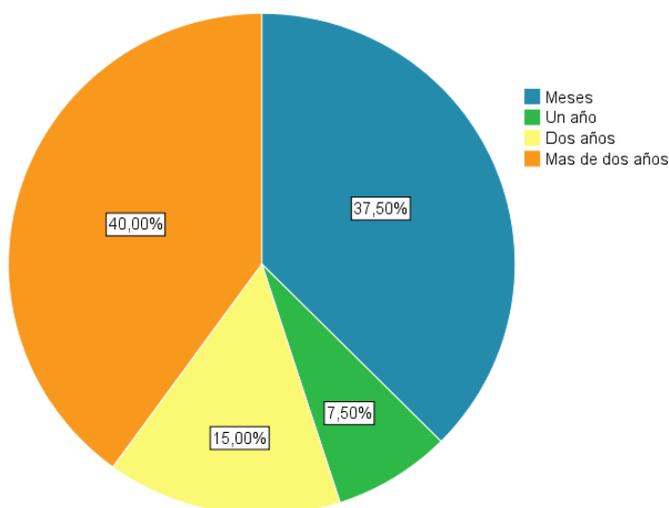
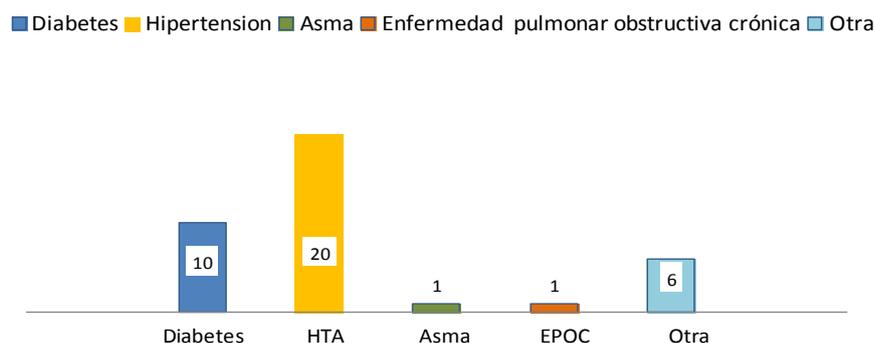


Figura 2. Tiempo de Enfermedad



De las enfermedades concomitantes (figura 3) que presentan los pacientes, la más prevalente es la HTA con un 50 % seguida de la diabetes con un 25 %. La distribución de sexos según enfermedades concomitantes son más prevalentes en hombres, un 60% frente a un 40 % en mujeres, incluso enfermedades que sólo padecen hombres como es el caso del asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Aunque no hay significación.

Figura 3 .Enfermedades concomitantes



La respuesta a la pregunta 8 si han realizado cateterismos previos es de un 50 %, con lo cual 20 de los pacientes habían realizado cateterismos previos a éste. Por otra parte la media de cateterismos de aquellos pacientes que sin habían realizado procedimiento previo es de 1,57. Y el número de cateterismos es comparado en la siguiente tabla (tabla 3) con el tiempo de evolución de la enfermedad, no existe significación y sólo tres pacientes con más de dos años de enfermedad habían realizado más de tres cateterismos

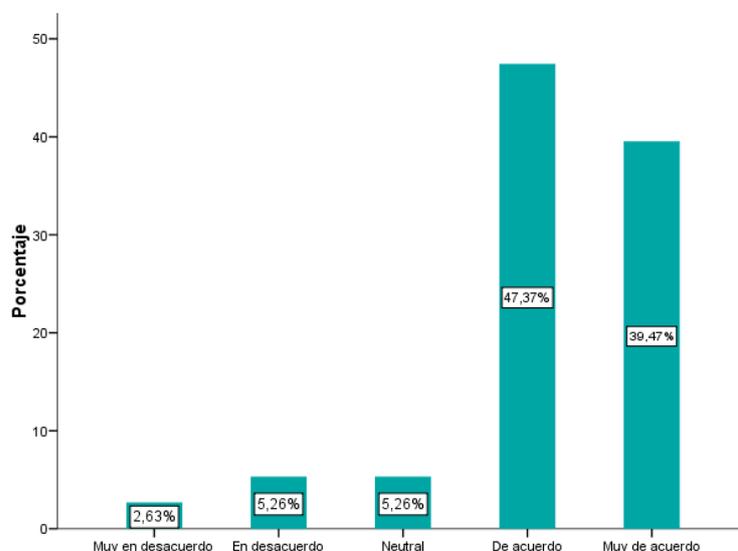
Tabla 3. Relación del número de cateterismos realizados en relación al tiempo de enfermedad

Número de cateterismos	Tiempo de enfermedad				Total
	Meses	Un año	Dos años	Más de dos años	
2	9,1%	18,2%	36,4%	36,4%	100,0%
3	0%	0%	20,0%	80,0%	100,0%
>3	0%	0%	0%	100,0%	100,0%
Total	5,3%	10,5%	26,3%	57,9%	100,0%

En las siguientes 10 figuras se representan la pregunta número 10, se trata una escala Likert, en la que se pretenden evaluar la información recibida por parte de los pacientes. La mayoría de las valoraciones son positivas sobre la información recibida, no hay diferencias significativas según el nivel de estudios, y es destacable que sólo un paciente hace una valoración negativa en la totalidad de las preguntas, valora muy en desacuerdo todas las opciones, este paciente tiene estudios primarios, y el tiempo de evolución de la enfermedad es de dos años.

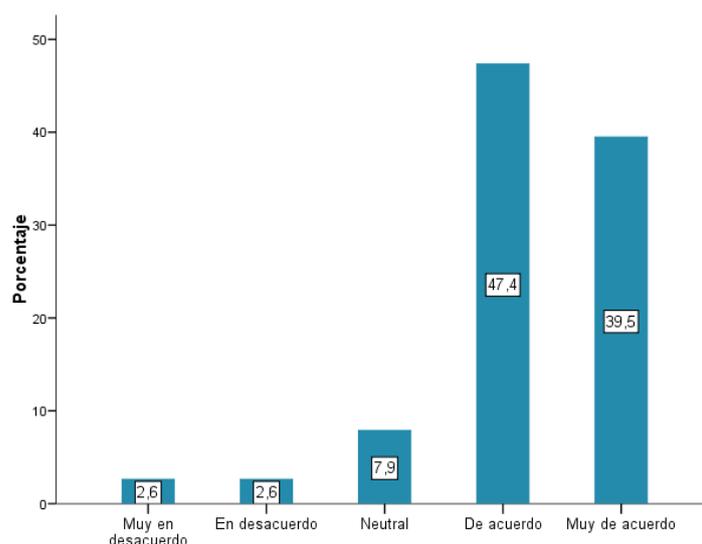
En la figura 4 casi la totalidad del los pacientes evalúan positivamente la explicación sobre su diagnóstico entre acuerdo y muy acuerdo. Al comparar esta pregunta con el tiempo de enfermedad hay un 5,3 % de pacientes (n = 2) que está en desacuerdo con la explicación sobre su diagnóstico, uno de ellos lleva más de dos años de enfermedad.

Figura 4. ¿Le explicaron su diagnóstico de forma clara?



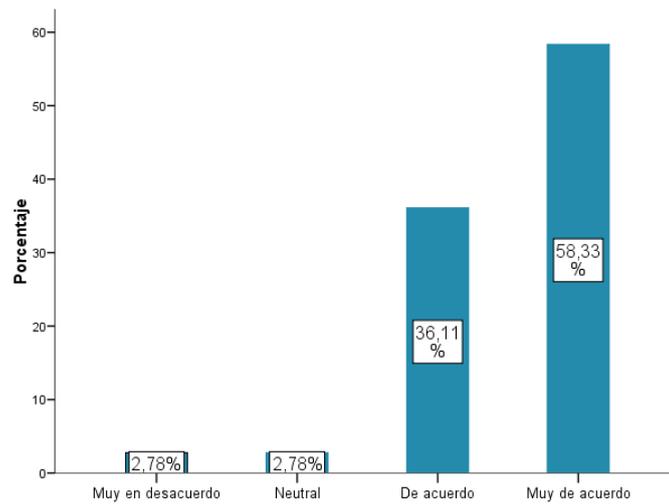
Al igual que en la pregunta anterior la mayoría de los pacientes están de acuerdo y muy de acuerdo con la información recibida, 33 de los 40 pacientes. Al comparar la información recibida con el tiempo de evolución de enfermedad, el 50 % de los pacientes que llevan meses de enfermedad y el 50 % de los pacientes que llevan más de dos años de enfermedad, creen que han recibido suficiente información.

Figura 5. ¿Recibió suficiente información?



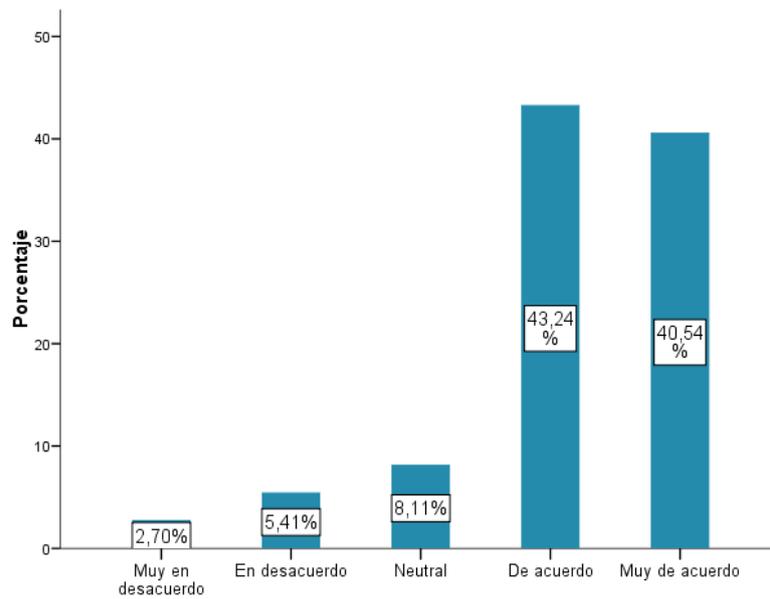
Respecto a si le han pedido el consentimiento, (figura 6) casi el 60 % afirma que le pidieron el consentimiento previo a la realización del cateterismo, es destacable como hay un 2,78 % que está en desacuerdo con la pregunta, esto corresponde a un sólo paciente.

Figura 6. ¿Le pidieron su consentimiento para realizar la prueba?



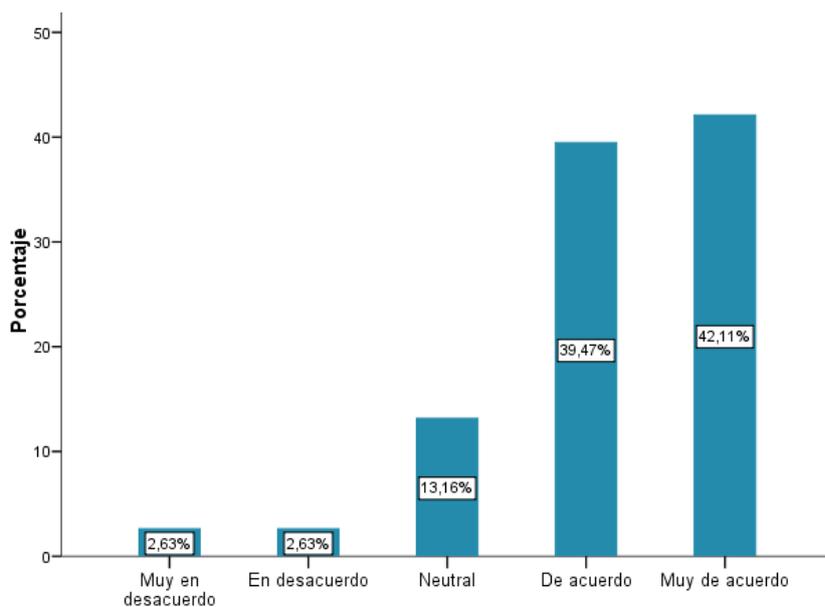
En la figura 7 se presenta la respuesta de los 37 pacientes que respondieron a esta pregunta. Más de la mitad, 31 de ellos valoraron positivamente el poder hablar con intimidad con los profesionales y sólo 3 de ellos lo valoran negativamente, es un dato importante teniendo en cuenta la estructura física del hospital de día y que en la unidad de hemodinámica las habitaciones son dobles.

Figura 7. ¿Ha podido hablar con intimidad y tranquilidad?



En esta pregunta (figura 8), el 13% lo valora neutralmente y el 2,8 % negativamente la posibilidad de preguntar al personal sanitario. Estos son 6 de los 38 pacientes que respondieron a esta pregunta, aun así la valoración sigue siendo buena, ya que cerca de un 70 % pudo preguntar sus dudas a los profesionales.

Figura 8. ¿Pudo preguntar sus dudas al médico o enfermera?



En la figura 9 los pacientes responden si entendieron la información, más del 80 % si entendió la información, y 4 de los 37 pacientes respondieron neutralmente. Comparado con el nivel de estudios el 50 % (n =2) de los pacientes sin estudios no saben si comprendieron o no la información recibida, y el resto de pacientes sin estudios si parece haber comprendido la información. Respecto al porcentaje de pacientes con estudios universitarios existe variedad de respuestas, aunque la mayoría, un 50 % parecen haber entendido la información. Todo ello se ve representado en la tabla número 4.

Figura 9. ¿Entendió la información que recibió?

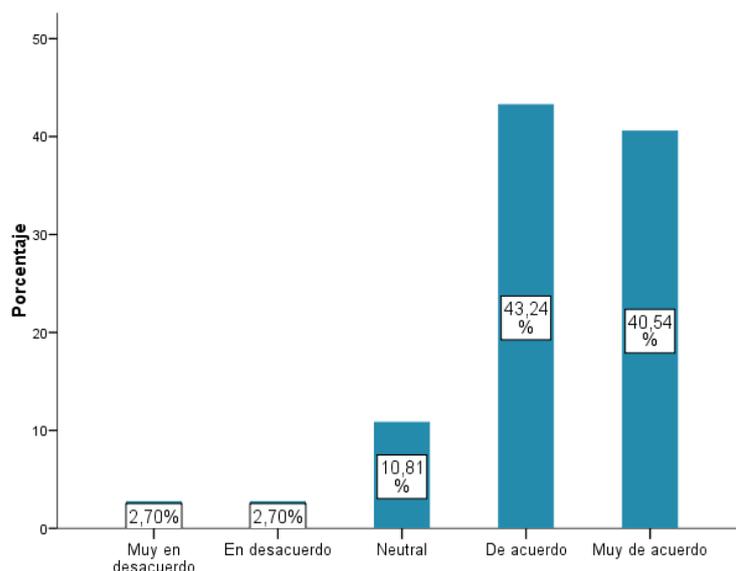
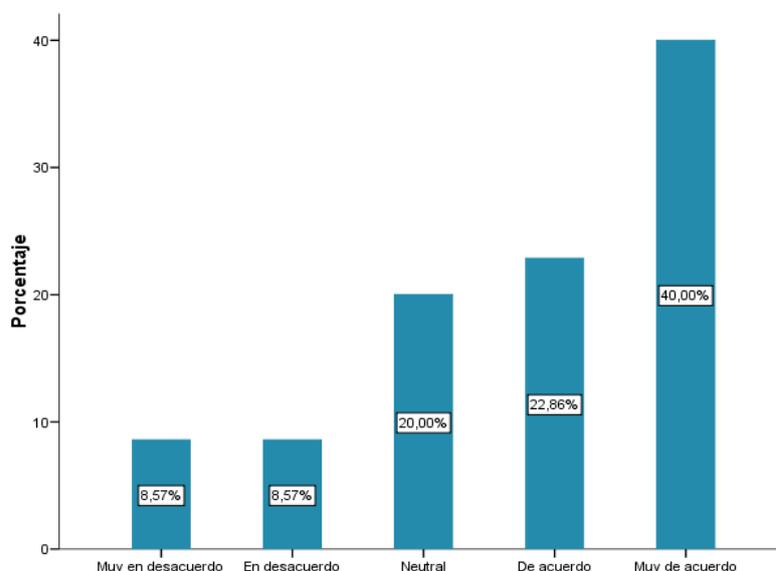


Tabla 4. Relación entre el nivel de estudios y la comprensión de la información

NIVEL DE ESTUDIOS	ENTENDIÓ LA INFORMACIÓN RECIBIDA					Total
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo	Muy en desacuerdo
Sin estudios	0%	0%	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
Primarios	5,3%	0%	5,3%	52,6%	36,8%	100,0%
Secundarios	0%	0%	0%	50,0%	50,0%	100,0%
Formación profesional	0%	0%	0%	50,0%	50,0%	100,0%
Universitarios	0%	16,7%	16,7%	16,7%	50,0%	100,0%
Total	2,7%	2,7%	10,8%	43,2%	40,5%	100,0%

Respecto a la información escrita recibida hay discrepancias ya que como muestra la figura 10 un 40 % afirma estar muy de acuerdo con haber recibido la misma, mientras el resto se reparten en un 20 % entre neutral y de acuerdo y 6 de los 35 pacientes que respondieron esta pregunta parecen no haber recibido, lo cual puede deberse a que no se les había entregado cuando habían respondido a la encuesta.

Figura 10. ¿Recibió información escrita?



En las siguientes figuras 11 y 12 se hace referencia a la información dada por los diferentes profesionales, en la primera figura (figura 11) respecto a haber recibido respuestas distintas, los porcentajes están muy repartidos ya que un 28 % está muy en desacuerdo con la afirmación planteada de no haber recibido información distinta, pero aproximadamente un 25 % está de acuerdo, con lo cual este porcentaje sí ha recibido respuestas distintas. Por su parte, en la segunda figura (figura 12) el 50 % afirma que coinciden las recomendaciones tanto en la unidad de hemodinámica como en la planta de hospitalización. El resultado de ser contradictorio entre las dos preguntas puede deberse a que hay falta de comprensión en la primera pregunta.

Figura 11. ¿Recibió respuestas distintas de diferentes profesionales?

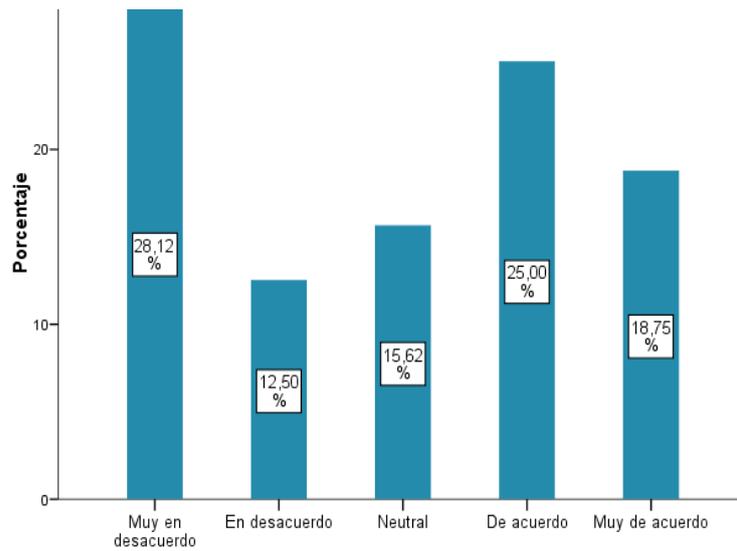
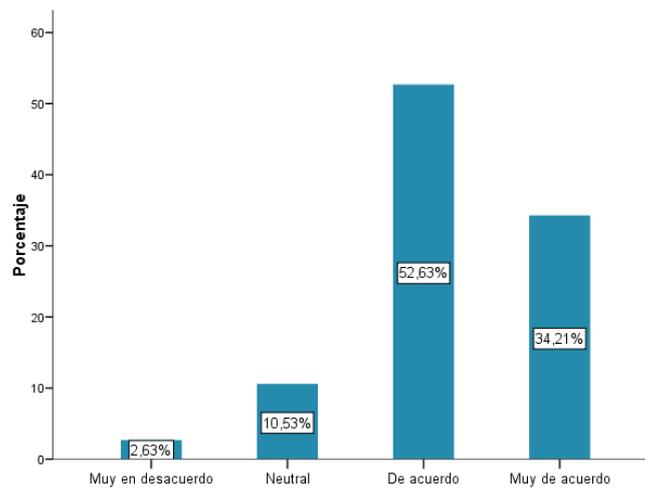


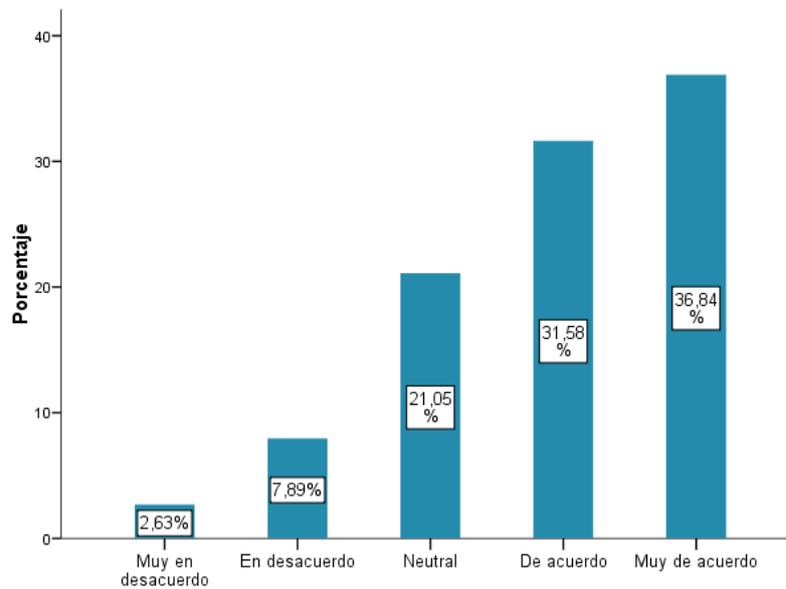
Figura 12. ¿Coincidían las recomendaciones dadas en la unidad de hemodinámica del Huca y la planta de hospitalización?



En esta última figura (figura 13) de la escala Likert en respuesta a quién tenían que dirigirse, la mayoría de los pacientes si sabe a quién dirigirse en un 37 %, sin embargo cerca de un 21 %, 8 de los pacientes no están seguros de si

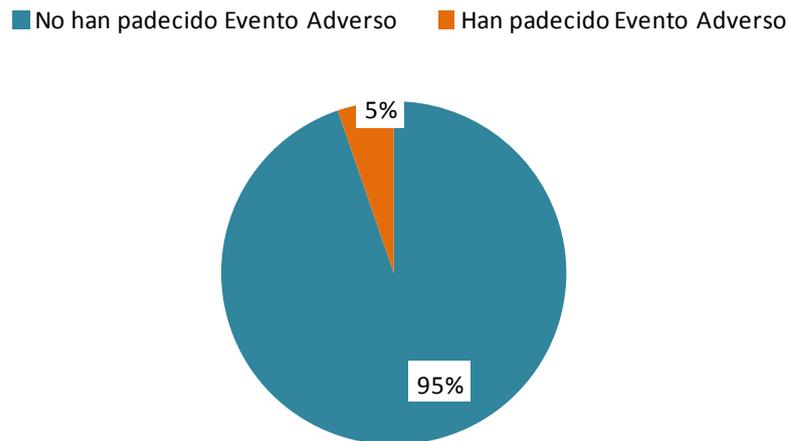
sabían a quién dirigirse y 4 de los 38 pacientes no sabían a quién debían acudir tras el alta hospitalaria.

Figura 13. ¿Sabía a quién dirigirse en caso de duda tras el alta hospitalaria?



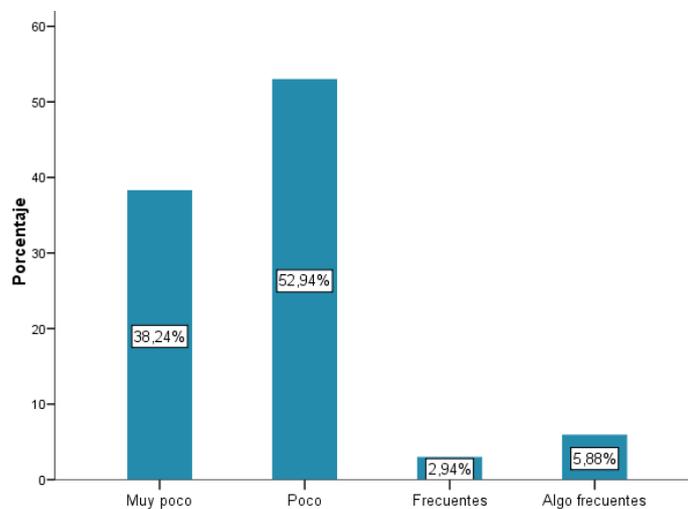
En esta figura número 14, representa la experiencia de los pacientes con los EA, en este caso de los 38 pacientes que han respondido el 95 % de ellos no han sufrido ningún EA, sólo 2 pacientes han sufrido un EA, que ha sido el de sangrado en la zona de punción.

Figura 14. ¿Sufrió algún EA durante la hospitalización?



Al preguntar la frecuencia con la que cree que se producen los errores casi la mitad consideran que son poco frecuentes y un 38 % los consideran muy pocos frecuentes, y dentro de estos al compararlo con el tiempo de enfermedad aquellos que llevan más de dos años de enfermedad los consideran poco frecuentes, respecto a los que llevan sólo meses, que para ellos son muy poco frecuentes.

Figura 15. Frecuencia con la que creen los pacientes que se producen los errores



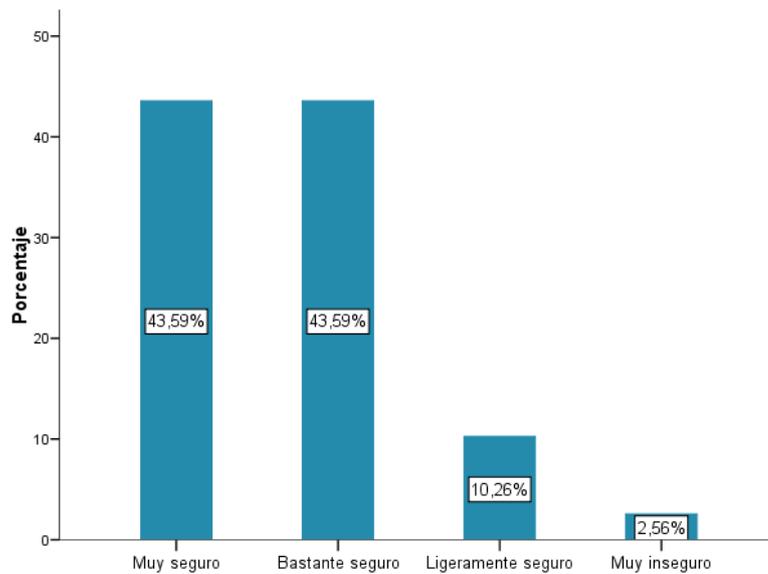
En la tabla 5, representa la percepción del trato recibido se valora positivamente, más de la mitad de los pacientes lo hacen muy positivamente y el resto lo valoran con bueno y bastante bueno. Al comparar estos datos con el tiempo de enfermedad, es valorado más positivamente por aquellos que llevan más de dos años de enfermedad que los pacientes que tan sólo llevan meses que se reparte la valoración en las tres opciones de respuestas. Aun así las diferencias no son significativas.

Tabla 5. Percepción del trato recibido

TRATO RECIBIDO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bueno	7	17,5%	17,9	17,9
Bastante bueno	11	27,5%	28,2	46,2
Muy bueno	21	52,5%	53,8	100,0
Total	39	97,5%	100,0	

En la figura 16 se representa la percepción de la seguridad, existe una buena percepción de seguridad, en este caso se reparte proporcionalmente entre muy seguro y bastante seguro, la mayoría un 87,2 % se sienten seguros durante el procedimiento. Sólo una persona tiene una percepción insegura, y al comparar esta pregunta con la escala Likert, el paciente que se siente inseguro no sabe si entendió o no la información recibida.

Figura 16. Percepción de seguridad



En la siguiente tabla, (tabla 6) se representan la relación entre el nivel de estudios y la percepción de seguridad, la mayoría un 52,4 % de los pacientes con estudios primarios se sienten muy seguros, y el 50 % de los pacientes con estudios universitarios se sienten bastantes seguros, sólo una persona se siente insegura y corresponde a un pacientes sin estudios.

En la siguiente tabla (tabla 7) se compara la percepción de la seguridad por sexos, y parece que las mujeres se sienten en un 58,3% muy seguros, mientras que los hombres en un 53,8 % se sienten bastantes seguros. Y sólo un 25 % (n = 1) se siente inseguro y corresponde a una mujer, hay que tener en cuenta que no es significativo.

Tabla 6. Relación entre el nivel de estudios y la percepción de la seguridad

NIVEL DE ESTUDIOS	PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD				Total
	Muy seguro	Bastante seguro	Ligeramente seguro	Muy inseguro	Muy seguro
Sin estudios	50,0%	25,0%	0%	25,0%	100,0%
Primarios	52,4%	33,3%	14,3%	0%	100,0%
Secundarios	50,0%	50,0%	,0%	0%	100,0%
Formación profesional	0%	100,0%	,0%	0%	100,0%
Universitarios	33,3%	50,0%	16,7%	0%	100,0%
Total	43,6%	43,6%	10,3%	2,6%	100,0%

Tabla 7. Percepción de la seguridad según sexos

SEXO	PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD				Total
	Muy seguro	Bastante seguro	Ligeramente seguro	Muy inseguro	
Hombre	34,6%	53,8%	11,5%	,0%	100,0%
Mujer	58,3%	25,0%	8,3%	8,3%	100,0%
Total	42,1%	44,7%	10,5%	2,6%	100,0%

En la tabla 8 vemos la relación entre la percepción de la seguridad y la edad, parece que los pacientes de mediana edad tiene una muy buena percepción de la seguridad y esta disminuye ligeramente con el incremento de la edad.

Tabla 8. Percepción de seguridad según edad.

EDAD	PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD				TOTAL
	Muy seguro	Bastante seguro	Ligeramente seguro	Muy inseguro	
18-45 años	0	3	1	0	4
46-65 años	7	5	2	0	14
66-80 años	7	6	0	0	13
>80 años	3	2	1	1	7
TOTAL	17	16	4	1	38

6. DISCUSIÓN

La satisfacción del paciente es considerada cada vez más, como un instrumento de medida de los resultados de los profesionales y como una herramienta de medida de la calidad.

Una buena satisfacción por parte de los pacientes, redundará en una mayor eficacia del servicio, ya que aquellos pacientes satisfechos suelen tender a una mayor adherencia al tratamiento lo que conlleva un tratamiento más eficaz y por tanto una resolución más temprana del problema. Y la única forma de averiguar cómo es el servicio prestado tanto en cantidad y calidad de la información, como en características del mismo, es evaluando la percepción de los pacientes sobre el servicio, lo que ayuda a proveer y mejorar el propio servicio.

Es por lo tanto importante saber la opinión que los usuarios tienen de su hospital y los servicios que éste presta. Es la medida más eficaz para garantizar unos servicios más eficientes y eficaces. Además parece fundamental que para evaluar al hospital globalmente, sea necesario conocer las características y necesidades de los diferentes servicios y así proporcionar una asistencia eficiente y de calidad en todas las áreas.

Hay diversos estudios que evalúan la seguridad en los hospitales, mediante revisión de EA recogidos en historias clínicas. Poco frecuentes aunque cada vez más numerosos los estudios, en diferentes países, que lo hacen a través de la pregunta al paciente.

Uno de ellos, es EEUU, donde se valorara la percepción integral del hospital, debido a que en los últimos años han detectado variación de respuestas en diferentes hospitales, tanto públicos (Medicare y Medicaid) como privados y se creó una asociación mixta Hospital Quality Alliance (HQA) entre entidades privadas y públicas. Esta entidad evalúa trimestralmente la percepción de los pacientes sobre los hospitales. Fue desarrollado por la Agencia de Investigación y Calidad. En los datos recogidos en este estudio del año 2006, en la encuesta se realizan 27 preguntas sobre la percepción que los pacientes tienen del hospital. En 14 de ellas los pacientes deben dar respuestas a aspectos como la comunicación médica y enfermera, planificación al alta, hasta la limpieza de la habitación y finalmente una puntuación sobre el hospital ⁸.

En otro estudio publicado en 2006, donde preguntaba sobre los EA sufridos en hospitales del sur de Australia, se realizó encuesta telefónica a pacientes ingresados en hospitales en los últimos 5 años, preguntándoles tanto por su propia experiencia como por la de un familiar ⁹.

Respecto a nuestro país, La Escuela Valenciana de Estudios de Salud (EVES) en el año 2008, realiza un estudio sobre el punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica. En él evalúan si han padecido EA durante su última hospitalización, así como la información recibida por parte de los profesionales y la frecuencia de los EA, entre otros. Las encuestas se realizaban a los 20 días del alta hospitalaria. Se preguntaba sobre la confianza en el médico y enfermera, percepción de la seguridad ante determinados riesgos entre otras preguntas ¹⁰.

En otro estudio, realizado por el Ministerio de Sanidad dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, realizado en 5 centros hospitalarios españoles (4 de ellos de la comunidad autónomas de Cataluña, provincia de Tarragona y uno de ellos de la comunidad Cántabra), se pretendía conocer la percepción de la seguridad de los pacientes durante la hospitalización, mediante un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico ¹¹.

En estos estudios las encuestas empeladas eran generalmente diseñadas por los propios investigadores, sirviéndose de encuestas o modelos previos. En el caso Estadounidense se trata de la HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems), El desarrollo de la encuesta realizado por la Agencia de la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ), implementada a través de la HQA. Por su parte en el estudio de EVES, se trata de una encuesta a través de una revisión de la literatura teniendo como referencia el Eurobarómetro entre otros. Esta misma técnica, de revisión de la literatura fue realizada por la encuesta del Plan de Calidad ⁸.

Lo ítems tenidos en cuenta en la mayoría, son sobre la confianza en los profesionales médicos y enfermeros, su experiencia respecto a los EA y como esa puede influir en su percepción de la seguridad. Tanto en el estudio Australiano, como en el realizado en España por el ministerio emplean escalas Likert. En el primer caso evaluar la gravedad del EA, en caso del cuestionario del estudio español para valorar la percepción de la información.

La mayoría de los estudios se trata de estudios descriptivos, realizados en diferentes centros de ámbito nacional de los respectivos países. Las encuestas eran realizadas en días posteriores al alta del paciente a su domicilio. Excepto en el estudio Australiano, donde se realizaba una encuesta telefónica en pacientes escogidos aleatoriamente que hubiesen estado ingresados en los últimos 5 años.

Aunque todos emplean el mismo tipo de estudio los tamaños de muestra no son similares. El estudio valenciano y el del sur de Australia tienen tamaños de muestra similares, de unos 400 a 500 pacientes. El presenta un tamaño de muestra mayor, teniendo en cuenta que se trata de un plan estatal, es el HQA, que incluía a más de 4000 hospitales. Las tasas de respuestas son muy dispares, según los estudios. El norteamericano tienen un promedio de respuesta por paciente de un 36 %, y en el caso del estudio de EVES, una tasa de respuesta entorno al 30 %. Por su parte el estudio del Plan Nacional y el australiano tuvieron una tasa de respuesta alta de un 87,2% y un 78,4 % respectivamente. La edad media de los pacientes en los estudios es avanzado ya que es cercana a los 60 años, por ejemplo en el estudio EVES, más del 50 % presenta más de 60 años. En el estudio del estatal español presenta una media de edad de 64 años, datos semejantes a este estudio donde presenta una media de 63 años ⁸⁻¹¹.

Al comparar la respuesta de los EA referidos por los pacientes, los datos obtenidos son similares, tanto en el estudio australiano como el del Plan Nacional hablan de un 7 % de errores clínicos, declarados por los pacientes. En el caso del estudio valenciano el dato es ligeramente superior, un 13% frente al 5 % que presenta este estudio. La pequeña diferencia, puede deberse a que las encuestas

de los otros estudios hacen referencia a procedimientos mucho más invasivos y a tiempos de hospitalización más prolongados, que pueden conllevar a que haya más probabilidad de sufrir un EA ⁹⁻¹⁰.

Respecto a la opinión que los pacientes tienen de la frecuencia con la que se producen los EA en el estudio de la escuela valenciana, consideran con un 11,9 % como frecuentes frente a este estudio donde sólo lo consideran frecuentes un 2,8 % ⁹.

Respecto a la valoración del trato recibido, en los estudios es positivo. El 63 % de los hospitales americanos recibieron calificaciones superiores a 9 y el 89 % fueron puntuados más de 7, comparado con este estudio, donde sólo evaluamos el trato recibido y no la valoración general del hospital, valoran como bastante bueno y muy bueno el trato recibido, un 80 % de los pacientes ⁸.

En referencia a la seguridad en todos los hospitales hay porcentajes altos, la mayoría de los pacientes se sienten muy seguros. Los pacientes de los hospitales del sur de Australia, se sienten bastante seguros o muy seguros, un 74,9 % frente al 19,8 % que se sienten poco seguros. Por su parte el estudio nacional la percepción de la seguridad es alta, ya que 91,7 % se sienten entre muy seguros y bastante seguros no hay diferencia con en este estudio donde el 90 % de los pacientes se sienten muy seguros y bastante seguros ^{9,11}.

Donde existen pequeñas diferencias es en las características que conforman a los pacientes más inseguros. En los estudios reflejan como las

mujeres tienden a tener una peor percepción de la seguridad. El estudio australiano habla de que el sexo femenino, la edad alta y el residir en área metropolitana, como predictores de falta de seguridad. Estos datos se ven reforzados por los obtenidos en el estudio del Plan Nacional donde hay ligera diferencia por sexos, siendo el 55,8 % de los hombres los que se sienten seguros frente al 42, 5 % y en el estudio valenciano refleja una mayor tendencia a de las mujeres a declarar sufrir un EA. Sin embargo en este estudio los datos obtenidos muestran como las mujeres con un 58, 3% se sienten muy seguras, mientras que sólo el 34, 6 % de los hombres se sienten muy seguros. Otro dato que muestra diferencias es respecto al nivel de estudios, ya que según el estudio del Plan Nacional, de los pacientes sin estudios, sólo se sienten seguros el 26, 7 %, frente al 50 % de aquellos con estudios superiores. Sin embargo en este estudio los datos son contrarios ya que el 50 % de los pacientes sin estudios se sienten muy seguros y sólo el 33 % de los pacientes con estudios universitarios se sentían muy seguros.

A pesar de estas pequeñas diferencias otros parámetros que influyen en la percepción de la seguridad coinciden como es el caso de la edad ya que en todos los estudios se reflejan como pacientes mayores de 40 años tienden a perder cierta sensación de seguridad, dato que coincide con el de este estudio. Otra coincidencia, en este caso con el estudio australiano, es que en este estudio, la única paciente que se sintió insegura cumple los requisitos del estudio australiano; mujer, mayor de 40 años y residente en área urbana ⁸⁻¹¹.

Está claro que este estudio presenta numerosas limitaciones y sesgos respecto a los otros estudios con los que puede ser comparado, la principal limitación puede deberse al tamaño muestral ya que no pudo ser recogida la opinión de todos los pacientes intervenidos de cateterismos durante el tiempo del estudio. La solución para aumentar el tamaño muestral sería dar la encuesta al alta y que fuese remitida por correo por los pacientes o bien como en los otros estudios una entrevista telefónica en días posteriores.

Lo que a su vez nos permitiría evitar un sesgo que ha podido producirse en este estudio, sesgo de complacencia. Debido a que es entregado en la misma unidad de hospitalización, pueden tender a contestar con una valoración positiva de la unidad temiendo que su anonimato se vea roto al entregarlo a las mismas personas a quienes valoran. Lo que puede hacer que los pacientes respondan a lo que crean que sea la mejor respuesta.

Otra limitación existente puede ser debida a la falta de respuesta de algunas preguntas debido a falta de comprensión de las mismas. Esta limitación podría haberse solventado con el pilotaje de cuestionario. Y también para favorecer la comprensión podría ser redactado en primera persona en la evaluación de la información en la pregunta número 10 en la escala Likert.

A pesar de las limitaciones encontradas los resultados obtenidos no tienen la significación esperada debido al pequeño tamaño muestral. A pesar de ello, los resultados son muy positivos y en general en la mayoría de los casos, valoran

positivamente tanto la información recibida, como el trato recibido y tienen además una buena sensación de seguridad.

Debido a lo fundamental de la seguridad y la frecuencia de EA, y dado que muchos estudios en los últimos años se han centrado en frecuencia de estos y cómo prevenirlos parece fundamental contar también con la opinión del paciente sobre el servicio prestado. Y más cuando se tiende a la especificidad de los servicios, no sólo ya en autonomías, si no entre hospitales dentro de una misma región. En este caso sería interesante hacer un estudio comparativo entre la unidad de hemodinámica del Hospital de Cabueñes y el HUCA. Lo que permitiría unificar criterios y saber en qué se puede mejorar y ser más eficiente.

Otro punto a tener en cuenta es el seguimiento a la atención hospitalaria durante el traslado de otras áreas sanitarias, así como la atención cuando retornan a sus hospitales de referencia.

También se podría valorar, el servicio de urgencias, el “Código Corazón”, aquellos que precisan cateterismos, ya que si bien la atención prestada es inmediata y eficaz. Puede en ocasiones al tratarse de una atención tan inmediata, se puede producir una mayor preocupación por los tiempos perdiendo la referencia de un punto clave en la asistencia, como es la información al propio paciente y la familia. O bien porque el hecho de intervenir diferentes profesionales pueda haber en ocasiones exceso de información o bien falta de ella. Por lo tanto parece interesante conocer la opinión del paciente sobre este servicio.

En general el trabajo ha permitido conocer la percepción de los pacientes sobre la seguridad, lo cual nos puede permitir ampliar esta valoración a otras unidades, donde puede ser importante conocer la opinión de los pacientes. Y todo ello redundará en una mejora en las actuaciones y por tanto en la seguridad en todo el servicio sanitario. Siendo esta parte fundamental en una asistencia de calidad, objetivo fundamental en cualquier sistema de salud.

7. CONCLUSIONES

La percepción de la seguridad de los pacientes de la unidad de hemodinámica del HUCA es muy buena.

Las características sociodemográficas de los pacientes no influyen en la percepción de la seguridad.

La mayoría de los pacientes no han sufrido ningún evento adverso durante la hospitalización

La mayoría de los pacientes valoran como buena la información recibida.

8. BIBLIOGRAFÍA

1.-Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Nota informativa .Ginebra 2011 .Ultimo acceso 12 de febrero de 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>.

2.- Palanca Sánchez I (Dir.), Castro Beiras A (Coord. Cient.), Macaya Miguel C (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidades asistenciales del área del corazón: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

3.- Álvarez Cosmea A, Barriales Álvarez V, (coordinador) Cabal García A, Fernández Benítez C, Fernández González B, García Solar F, Gómez Álvarez A, Martínez Acebal A, Martínez González P, Redondo Torres G, Sánchez Carrio A.Guía de Recomendaciones Clínicas Cardiopatía Isquémica. Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.2005

4.- Ministerio de sanidad y consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. ENEAS 2005.Madrid Febrero 2006.

- 5.- Mira J, Guilabert M, Ortíz L, Navarro I, Pérez-Jover M, Aranaz J. Noticias de prensa sobre errores clínicos y sensación de seguridad .Gaceta Sanitaria. 2010; 24:33-39
6. - Schwappach DL, Frank O, Hochreutener MA. New perspectives on well-known issues': patients' experiences and perceptions of safety in Swiss hospitals. Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2011;105(7):542-8.
7. - Chin GS, Warren N, Kornman L, Cameron P. Patients' perceptions of safety and quality of maternity clinical handover. BMC Pregnancy Childbirth. 2011 Aug 10;11:58
- 8.- Jha AK, Orav EJ, Zheng J, Epstein AM. Patients' perception of hospital care in the United States. N Engl J Med. 2008 Oct 30;359(18):1921-31
- 9.- Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman AJ. Consumer perceptions of safety in hospitals. BMC Public Health. 2006 Feb 22;6:41.
10. - Mira JJ, Aranaz JM, Vitaller J, Ziadi M, Lorenzo S, Rebas P, Aibar-Remón C. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. Med Clin Monogr (Barc). 2008;131(Supl 3):26-32
- 11.- Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

9. ANEXO I

"Percepción de la seguridad asistencial en los pacientes del servicio de Hemodinámica del Hospital Central de Asturias"

A continuación le pasamos un cuestionario, para que nos dé su opinión sobre el servicio de hemodinámica.

Con sus respuestas queremos saber su opinión sobre el servicio y la asistencia prestada.

Recuerde que la encuesta es anónima y que no hay ni buenas, ni malas respuestas, sólo queremos su opinión.

Muchas gracias.

Por favor rellene los datos que a continuación se presentan o marque con una X en la casilla que corresponda

FECHA: _____

1.-Fecha de nacimiento: _____

2.-SEXO : Hombre Mujer

3.-Nivel de estudios:

- Sin estudios
- Estudios primarios
- Estudios secundarios
- Formación profesional
- Estudios universitarios
- NS/NC

4.-Lugar de residencia

Rural

Ciudad

5.-¿Cuántas veces ha estado ingresado en los 2 últimos años?

Ninguna

Una

Dos

Más de dos

No recuerda

6.-¿Cuánto tiempo lleva con ésta enfermedad?

Meses

Un año

Dos años

Más de dos año

7.-¿Padece además alguna de estas otras enfermedades?

Diabetes

Hipertensión

Asma

Epoc

Otra:_____

8.-¿Es la primera vez que le hacen un cateterismo?

Si No

(si responde NO , pase a la pregunta nº10.)

9.-¿Cuántos cateterismos le han realizado en total?

2

3

Más de 3

10.-Marque con una X su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes:

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Le explicaron su diagnóstico de forma clara					
2	Ha recibido suficiente información sobre su problema de salud					
3	Le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar esta prueba o procedimiento.					
4	Ha podido hablar con el personal sanitario con suficiente intimidad y tranquilidad, respetando su confidencialidad					
5	Pudo preguntarle al médico o a la enfermera sus dudas o manifestarle sus preocupaciones					
6	Entendió la información que recibió					
7	Recibió información escrita sobre las recomendaciones que debe seguir en casa tras la realización del cateterismo					
8	Le ha pasado que medio o enfermera le dieran respuestas distintas a una misma pregunta.					
9	Coincidían las recomendaciones dadas en la unidad de hemodinámica con las que siguieron cuando llegó a la planta					
10	Fue suficientemente informado sobre a quién tenía que dirigirse en caso de que tuviera alguna duda ,cuestión o problema					

11.-A continuación queremos saber, si durante su estancia tuvo alguno de estos problemas

	SI	NO
Ha tenido reacción alérgica debido a la medicación , a la alimentación , al material sanitario usado mientras estaba hospitalizado		
Le dieron una medicación equivocada		
Le repitieron una prueba médica sin necesidad , por error		
Fue confundido con otro pacientes durante su hospitalización		
Se cayó o tuvo alguna herida durante su hospitalización		
Sangro mucho tras la intervención del cateterismo		

12.- ¿Con qué frecuencia cree usted que ocurren errores en los tratamientos o intervenciones realizadas en la asistencia sanitaria?

- Muy poco frecuentes
- Poco frecuentes
- Frecuentes
- Algo frecuentes
- Muy frecuentes

13.- ¿Cómo cree que fue el trato que recibió durante su estancia en el hospital?

- Malo
- Regular
- Bueno
- Bastante bueno
- Muy bueno

14.- Marque con una X la respuesta que mejor defina la sensación de seguridad que le ha producido la atención sanitaria recibida (preocupación, miedo o ansiedad por que se haya producido o se hubiera podido producir un incidente por algún fallo en el proceso de atención sanitaria)

Muy seguro/a	<input type="checkbox"/>
Bastante seguro/a	<input type="checkbox"/>
Ligeramente seguro/a	<input type="checkbox"/>
Ni seguro/a ni inseguro/a	<input type="checkbox"/>
Ligeramente inseguro/a	<input type="checkbox"/>
Bastante inseguro/a	<input type="checkbox"/>
Muy inseguro/a	<input type="checkbox"/>

Muchas gracias por su colaboración.

10. ANEXO II



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Área Sanitaria IV

D^a ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

Oviedo 20 de diciembre de 2011

Asunto: Respuesta a solicitud para trabajo fin de Máster

En contestación al escrito que firma D^a Ana Yesica Fernández Menéndez, solicitando autorización para la realización del trabajo Fin de Máster titulado "Percepción de la seguridad asistencial en los pacientes del Servicio de Hemodinámica del Hospital Central de Asturias", utilizando como herramienta de trabajo el cuestionario "Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios", esta Dirección de Enfermería da su conformidad a dicha solicitud, recordando a la solicitante que deberá de notificarlo a la Supervisora de la Unidad.

Un saludo.



Fdo.: Francisco López Marinas
Director de Enfermería del HUCA

D^a. NATALIA SÁNCHEZ CAYADO
FISIOTERAPEUTA
CENTRO DE REHABILITACIÓN