

MEDICINA PREVENTIVA

VOL. XVI Nº 3 2010



Sociedad Española
de Medicina Preventiva,
Salud Pública e Higiene

▶ Editorial

V. Pastor, J. Aranaz (Pág. 3)

▶ *Originales:*

▶ Pacientes por la Seguridad de los Pacientes. El papel del paciente en la Seguridad de los Pacientes

J. J. Mira (Pág. 5)

▶ El paciente, elemento clave en la mejora de la seguridad de los servicios sanitarios

Y. Agra, M. M. Fernández (Pág. 12)

▶ Factores asociados a las infecciones evitables relacionadas con la atención sanitaria identificados en el Estudio EPIDEA

M. J. Corrales¹, R. Limón¹, J. J. Miralles¹, M. T. Gea¹, J. Requena¹, J. M. Aranaz¹, Grupo de trabajo del proyecto EPIDEA (Pág. 18)

▶ Vigilancia y control de la bacteriemia asociada a catéter venoso central

V. Valls y P. García (Pág. 25)

▶ ¿Podemos influir de forma efectiva sobre la conducta de clínicos y directivos?

C. Aibar, T. Giménez, P. Pérez (Pág. 29)

▶ *Noticias de la Sociedad* (Pág. 33)

Incluida en las bases de datos I.M.E. (Índice Médico Español),
Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS),
Elsevier Bibliographic Databases, Medes, Latindex y Scopus

Empresa Editorial**EDIMSA**

Editores Médicos, S.A.
C/ Alsasua, 16
Teléfono: 91 - 376 81 40
Fax: 91 - 373 99 07
E-mail: edimsa@edimsa.es
28023 Madrid
Rafael de Casanovas, 1
Teléfono: 93 - 473 99 88
Fax: 93 - 473 95 05
E-mail: edimcat@edimsa.es
08950 Esplugues de Llobregat
(Barcelona)

Director General:

Carlos Giménez Antolín

Director Publicaciones:

Adolfo Berzosa Blanco

Directora Comercial:

Raquel Morán Borjabad

© 2010 Editores Médicos, S.A.
Reservados todos los derechos
de textos e iconografía.

Se prohíbe la reproducción
total o parcial, incluyendo
fotocopias, grabaciones,
etcétera, sin autorización
escrita del editor.
Las opiniones editoriales
o científicas que se emitan
con firma, comprometen
exclusivamente la
responsabilidad del autor.

SV 13-R-CM

Fotocomposición:

S.G.I., S.L.

Depósito Legal: M-18903-1995

ISSN: 1135-2841

Director:

V. Pastor y Aldeguer (H. U. La Princesa-Madrid)

Comité Redacción:

Dra. C. Bischofberger Valdés (N. H. S. Londres)
Dr. S. Fernández Redondo (H. U. La Princesa-Madrid)
Dra. A. Figuerola Tejerina (H. U. La Princesa-Madrid)
Dra. C. Sanz Sebastián (H. U. La Princesa-Madrid) (Directora adjunta)
Dr. J. R. Villagrasa Ferrer (H. U. La Princesa-Madrid) (Director adjunto)

Comité Editorial:

Dr. J. L. Arribas Llorente (H. U. Miguel Servet-Zaragoza)
Dr. A. Chicharro Papiri (Edimsa-Madrid)
Dr. V. Domínguez Hernández (H. U. Juan Canalejo-A Coruña)
Dr. J. Fernández-Crehuet (H. U. Virgen de la Victoria-Málaga)
Dr. V. Pastor y Aldeguer (H. U. La Princesa-Madrid)
Dr. J. Rosselló Urgell (H. U. Marqués de Valdecilla-Santander)
Dr. J. Vaqué Rafart (H. U. Vall d'Hebrón-Barcelona)

Comité Científico:

D^a. I. Albero Andrés
(H. U. Vall d'Hebrón-Barcelona)
Dr. J. M. Arévalo Alonso
(H. de Tagorritxu-Vitoria)
Dr. J. L. Arribas Llorente
(H. U. Miguel Servet-Zaragoza)
Dr. A. Asensio
(H. U. Puerta de Hierro Majadahonda-Madrid)
Dr. J. R. Banegas
(Facultad de Medicina U. Autónoma-Madrid)
Dr. J. M. Bayas Rodríguez
(H. Clínic i Provincial-Barcelona)
Dr. P. Blasco Huelva
(Sevilla)
Dr. F. Bolumar Montrull
(Facultad de Medicina-Alcalá de Henares)
Dr. F. Calbo Torrecillas
(H. Regional U. Carlos Haya-Málaga)
Dr. A. Cerrillo Cruz
(H. de Mérida-Badajoz)
Dr. M. Conde Herrera
(H. U. Virgen del Rocío-Sevilla)
Dr. A. Cueto Espinar
(Facultad de Medicina-Oviedo)
Dr. M. Delgado Rodríguez
(Facultad de Medicina-Jaén)
Dr. V. Domínguez Hernández
(H. U. Juan Canalejo-A Coruña)
Dr. V. Domínguez Rojas
(Universidad Complutense-Madrid)
Dr. J. Fereres Castiel
(H. Clínic San Carlos-Madrid)
Dr. J. Fernández-Crehuet Navajas
(H. U. Virgen de la Victoria-Málaga)
Dr. R. Fernández-Crehuet Navajas
(H. U. Reina Sofía-Córdoba)
Dr. R. Gálvez Vargas
(Granada)
Dr. J. García Caballero
(H. U. La Paz-Madrid)
Dr. J. J. Gestal Otero
(H. Clínic Universitario-S. Compostela)
Dr. A. Gil Miguel
(Universidad Rey Juan Carlos-Madrid)
Dr. J. I. Gómez López
(Zaragoza)

Dr. R. Herruzo
(H. U. La Paz-Madrid)
Dr. J. R. de Juanes Pardo
(H. U. 12 de Octubre-Madrid)
Dr. J. de la Lama López-Areal
(Valladolid)
Dr. P. López Encinar
(Hospital Clínico-Valladolid)
Dr. F. J. López Fernández
(H. U. Puerta del Mar-Cádiz)
Dr. J. M. Martín Moreno
(Facultad de Medicina-Valencia)
Dr. V. Monge Jodra
(H. U. Ramón y Cajal-Madrid)
Dr. J. Mozota Ortiz
(H. U. Marqués de Valdecilla-Santander)
Dr. V. Pastor y Aldeguer
(H. U. La Princesa-Madrid)
Dr. J. del Rey Calero (Madrid)
Dr. F. Rodríguez Artalejo
(Fac. Medicina U. Autónoma-Madrid)
Dr. J. R. Sáenz Domínguez (San Sebastián)
Dra. M^a C. Sáenz González
(Fac. Medicina U. Salamanca)
Dra. M. Sáinz Martín
(H. Clínic San Carlos-Madrid)
Dr. L. Salleras Sanmartí
(Facultad de Medicina-Barcelona)
Dr. J. Sánchez Payá
(H. General Universitario-Alicante)
Dr. Ll. Serra Majem
(H. U. de Las Palmas de Gran Canaria)
Dr. A. Sierra López
(H. U. de Canarias-Santa Cruz de Tenerife)
Dr. J. Vaqué Rafart
(H. U. Vall d'Hebrón-Barcelona)
Dr. J. L. Vaquero Puerta
(H. U. Río Hortega-Valladolid)
Dr. A. Vicente
(H. de Móstoles-Madrid)
Dr. J. J. Viñes Rueda (Pamplona)
Dr. J. Yuste Grijalba (Madrid)
Dr. J. Zafra Mezcuca
(H. U. Puerta del Mar-Cádiz)
Dr. V. Zanón Viguer
(H. U. Doctor Peset-Valencia)

Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene

EDITORIAL

“La Seguridad del Paciente: una responsabilidad de los Servicios de Medicina Preventiva” *“Ningún problema es demasiado pequeño o demasiado trivial si realmente podemos hacer algo con él”* **Richard Feynman** (Premio Nobel de Física)

Este número 3 (2010) adopta la forma de Monográfico sobre “Seguridad del Paciente”, con el objetivo de recoger algunas de las más interesantes aportaciones realizadas –a propósito de la Jornada Intercongresos de la SEMSPH– que tuvo lugar en Alicante en Septiembre de este año.

La fórmula no es nueva. Ya la empleamos para publicar tres números consecutivos, en esta misma revista, con el Consenso de 2009 sobre: “Calendario de vacunaciones sistemáticas del adulto y recomendaciones de vacunación –para los adultos– que presentan determinadas condiciones médicas, exposiciones, conductas de riesgo o situaciones especiales”.

Este Consenso 2009, como saben nuestros lectores, fue realizado por el Comité de Vacunas de la SEMSPH y coordinado por el Prof. Luis Salleras.

Ahora, con el título general: “La Seguridad del Paciente: una responsabilidad de los Servicios de Medicina Preventiva”, hemos realizado una selección de los trabajos presentados en la Jornada de Septiembre.

En esta ocasión la coordinación ha corrido a cargo del Dr. Jesús Aranaz, como lo fue la propia reunión de Alicante, y esperamos que con el mismo éxito.

La seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial, que puede definirse como la ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidas como consecuencia de la atención sanitaria. Se alcanzará en la medida que se logre la interacción y equilibrio de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales en áreas como la prevención de infecciones, el uso seguro de medicamentos, el desarrollo de procedimientos y prácticas clínicas seguras o la mejora de la comunicación entre niveles asistenciales y profesionales y pacientes.

El reverso de esa moneda lo constituye los eventos adversos (asociados a los cuidados sanitarios), y en sí mismos suponen un problema importante para la salud pública, porque son frecuentes, tienen consecuencias graves, su tendencia es creciente, tienen un gran impacto sanitario, económico, social e incluso mediático, y además, muchos de ellos son potencialmente evitables. Evitarlos y/o minimizarlos es más que un grial inalcanzable, un camino constante, caracterizado por el desarrollo de sistemas y procesos dirigidos a reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos tempranamente cuando ocurren y mitigar sus consecuencias. Mejorar la seguridad del paciente depende, fundamentalmente, de un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema.

El sistema sanitario, cada vez más complejo, requiere profesionales en cantidad adecuada, competentes técnicamente, motivados, preparados para trabajar en equipo, capaces de aplicar el mejor conocimiento disponible, creativos, cumplidores, preocupados por la calidad asistencial, comprometidos en la mejora de la salud de los pacientes y de la población, con sentido común y, ...con tiempo para desarrollar las cualidades mencionadas de forma eficiente.

Los principales problemas de los sistemas de salud (nótese que el sistema de salud es un nivel más elevado que el de los servicios sanitarios, que el hospital o el centro de salud) en materia de seguridad del paciente radican en la cada vez más compleja asistencia sanitaria por un lado, en la mayor vulnerabilidad de los pacientes por otro y en las dificultades para lograr la mejor comunicación que una organización compleja hace que sea difícil.

La Organización Mundial de la Salud, consciente de esa realidad, firmó en 2005 una Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente en todo el mundo. Además, instó a los gobiernos, a las organizaciones sanitarias y a los profesionales a que trabajaran en pro de ese objetivo, porque cuando se toma conciencia de una realidad es cuando es posible mejorarla. Desde entonces ha desarrollado las llamadas “estrategias de práctica clínica segura” para una cantidad considerable de procesos asistenciales (información accesible en website de WHO).

Los Servicios de Medicina Preventiva que iniciaron su andadura mejorando la higiene del medio (hospitalario), rápidamente pasaron a una mayor amplitud de miras centrando la atención en la vigilancia de la infección nosocomial y la garantía de la calidad. En estos momentos, y siguiendo las recomendaciones de los CDC, habida cuenta que la infección nosocomial es tan sólo (que no poco) un tercio de los eventos adversos (EA) relacionados con la atención sanitaria, deben orientarse a la prevención de todos los EA (desde la infección a la caída de los enfermos pasando por las úlceras por presión y los resultados adversos del uso del medicamento); sin olvidar el papel esencial que pueden tener en la prevención de las resistencias bacterianas, que en sí mismas son ya un fallo del sistema. En definitiva, creemos que tienen que seguir aportando el método epidemiológico para la mejora de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la mejora de la seguridad del paciente.

La seguridad clínica, que como hemos dicho es una dimensión clave de la calidad asistencial, es el resultado de un conjunto de valores, actitudes, competencias y actuaciones de todos los profesionales y del propio sistema sanitario. Conscientes de su importancia y de que la atención a la salud conlleva, inevitablemente, riesgos, la seguridad clínica ha entrado a formar parte de la agenda de trabajo de los principales organismos internacionales y nacionales relacionados con la organización de la actividad asistencial, tales como la OMS, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare* o la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, así como en la de un número creciente de Servicios de Medicina Preventiva. Con este monográfico, que recoge buena parte de las aportaciones realizadas en la Jornada Intercongresos de nuestra Sociedad Científica, pretendemos animar a todos los servicios para que la seguridad del paciente esté en nuestra agenda, forme parte de nuestra cartera de servicios y sea una línea cotidiana de trabajo.

Por último, dada nuestra triple función: asistencial, investigadora y docente, no queremos pasar por alto nuevos retos que tenemos ante nosotros para los próximos años. Éstos exigen que nuestros servicios contribuyan a promocionar la formación de los profesionales para que incorporen a su práctica clínica los avances en materia de calidad y seguridad del paciente, por ser vehículos para la implantación de las prácticas seguras que la evidencia científica disponible nos aporte, y, sobre todo, por ser agentes activos para facilitar los cambios culturales que transformen la cultura de la culpa por la del aprendizaje como garantía de la seguridad del paciente.

Es evidente que en materia de seguridad de pacientes tenemos historia que revisar, presente que describir y analizar, y sin duda, futuro para normalizar buenas prácticas, para cambiar conductas, para mejorar hacia esa cultura generativa de ideas en la que la seguridad sea un estilo de ejercicio de la práctica clínica con implantación transversal en las organizaciones sanitarias.

El mensaje final, recordando la cita del Premio Nobel Richard Feynman, sería que –efectivamente– “ningún problema es demasiado pequeño o demasiado trivial” si realmente podemos hacer algo con él...para mejorar.

Atentamente.

Dr. Vicente Pastor
Director

Dr. Jesús Aranaz
Coordinador

Originales

Pacientes por la Seguridad de los Pacientes. El papel del paciente en la Seguridad de los Pacientes

J. J. Mira

Universidad Miguel Hernández. Departamento de Salud 17. Consellería de Sanitat.

Ponencia presentada en las Jornadas de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) celebradas en Alicante, Septiembre de 2010.

RESUMEN

Existen indicios de que una participación más activa por parte del paciente en la interacción con los profesionales favorece la identificación de riesgos para la seguridad de los pacientes. Los pacientes informan sufrir un número de eventos adversos EA similar al que se identifica mediante estudios de cribado de historias clínicas y con cierta fiabilidad en sus reportes. Cuando el paciente que ha sufrido un EA es informado con honestidad, la probabilidad de que presente una demanda se aminora, al tiempo que se incrementa la probabilidad de que juzgue como satisfactoria la atención sanitaria recibida. Los pacientes pueden actuar como segundo control para reducir EA. Hay que considerar que los pacientes también cometen errores en el curso de los tratamientos. La identificación de estas fuentes de error contribuye de forma clara y evidente a la seguridad de los pacientes.

Palabras clave: Seguridad de los pacientes. Eventos adversos. Errores de los pacientes.

ABSTRACT

There are some indications that a more active patient participation in the relationship with professionals helps to identify risks to patient safety. Patients report are having a similar number of EA that identified by screening medical records. There are some indications that they are reliability in these reports. When the patient who has suffered an EA is honestly informed the likelihood that be followed by a litigious is minimized, while increasing the likelihood that a satisfactory evaluation of care. The role of patients as a second control to reduce EA may be explored. Patients make also mistakes in the course of treatment. This fact cannot be rejected. The identification of all these sources of patients' error contributes to patient safety.

Key Words: Patient Safety. Adverse Events. Patients Mistakes.

INTRODUCCIÓN

La publicación de "To Err is Human" (1) supuso un decisivo revulsivo y contribuyó de forma muy especial a despertar el interés por la seguridad de los pacientes. La afirmación de que en EEUU se producían anualmente más muertes por errores médicos que por accidentes de tráfico, cáncer de mama o SIDA capturó, dentro y fuera de Norteamérica, la atención de epidemiólogos, clínicos, investigadores, gestores y administradores de los sistemas y servicios de salud. A partir de esta fecha, el número de estudios publicados, o el número de foros, no ha dejado de crecer. Como ejemplo, si analizamos la base de datos PubMed, entre Enero y Septiembre de este año (2010) se recogen 4.200 estudios publicados en revistas científicas indexadas en esta base.

En 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) acordó impulsar la conocida como Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (2) que incluía, en ese primer momento, seis programas esenciales. Uno de ellos, "pacientes por la seguridad de los pacientes" tenía la intención de sensibilizar e involucrar a los pacientes en la seguridad clínica como estrategia para reducir la frecuencia de eventos adversos (EA). La idea era muy simple: sin la participación de los pacientes en la prevención de los EA los resultados serán más pobres o, incluso, imposibles de lograr. No se trata sólo de respetar derechos básicos de los pacientes, sino también de reconocer que al adoptar un rol más activo el paciente se beneficia clínicamente y también, de paso, beneficia a la organización sanitaria (3).

El concepto actual de paciente competente (4) (en inglés se emplea el término "expert patient") alude a que el paciente no es un mero receptor, sino que actúa, toma decisiones y puede y debe responsabilizarse de su cuidado y de su salud (5). Este tipo de programas buscan que el paciente: a) conozca su enfermedad y sobre todo sea capaz de familiarizarse con ella y conocer cómo y en qué le afecta en las esferas personal, familiar y profesional, en definitiva, a su calidad de vida presente y futura; b) sea capaz de poner en práctica medidas efectivas para su autocuidado,

ajustando el tratamiento a sus propias necesidades y siendo consciente de los límites de las transgresiones a dicho tratamiento; c) ejerza su capacidad de decisión y consuma los recursos sanitarios de una forma responsable, para lo que es determinante su satisfacción con los profesionales y el tratamiento que sigue; d) cuenta con la información suficiente para evitar riesgos y complicaciones frecuentes del tratamiento(s) que sigue y sepa cómo actuar para reducir esos riesgos; c) asuma un rol activo e interactúe con los profesionales sanitarios para aprender más de su enfermedad y tratamiento y contribuya a la calidad de la atención de la que es objeto.

Este enfoque está a la base de un a parte importante de las actuaciones que se están llevando a cabo dentro del programa de pacientes por la seguridad de los pacientes. Cuatro hitos históricos cabe citar como antecedentes inmediatos. Los derechos de los consumidores a ser informados, a elegir y a ser escuchados promovidos durante su presidencia por JF Kennedy y cuya traslación al ámbito sanitario abrieron la puerta para un papel más activo de los pacientes. Los estudios de Ph Ley y M Spelman (6) en la década de los 60 promoviendo que el paciente conociera su enfermedad y tratamiento. La propuesta de Di Matteo y Di Nicolas (7) para buscar una implicación más activa del paciente con el fin de producir un mejor resultado terapéutico. Y los arriba citados programas de autocuidado de la Universidad de Stanford liderados por K Lorig y HR Holman (8).

ESTUDIOS SOBRE EL PAPEL DE LOS PACIENTES EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Si comparamos la investigación realizada en torno a las líneas propulsadas por la OMS, la conclusión es clara. Aunque el número de estudios sobre seguridad de los pacientes haya crecido exponencialmente, no ha sucedido lo mismo con respecto a los estudios sobre Papel de los Pacientes en la Seguridad de los pacientes publicados. En este último caso, las cifras cambian espectacularmente. Desde 1995 y hasta 2008, se habían publicado en revistas científicas en inglés, francés o alemán un total de 21 estudios sobre el papel del paciente en la prevención de errores clínicos, atendiendo a la reciente revisión efectuada por DL Schwappach (9). Y de 1989 a 2006, 18 estudios sobre la percepción de los pacientes sobre la frecuencia de EA (10).

De este modo, podemos resumir que las temáticas que se han estudiado o que se han planteado como aspectos a desarrollar e indagar sobre ellos, se pueden agrupar de la siguiente forma:

- Estudios sobre la frecuencia con la que los pacientes informan sufrir un error clínico en ingresos hospitalarios previos o a raíz de acudir a consultas ambulatorias.
- Análisis de la percepción de seguridad que poseen los pacientes.
- Indagar acerca de si el paciente puede informar de forma fiable sobre incidentes para la seguridad de los pacientes.
- Qué papel puede jugar el paciente como segundo control para evitar EA. Por ejemplo, qué ocurre cuando el paciente participa en protocolos: lavado de manos o lista de verificación quirúrgica.
- Análisis de las relaciones entre autocuidado y seguridad del paciente. Por ejemplo, si se logra prevenir EA cuando el paciente asume un rol activo en su interacción con los profesionales.
- Describir la reacción del paciente cuando es víctima de un EA.

- Analizar la frecuencia y tipo de errores que cometen los propios pacientes en el curso de los tratamientos.

En esta conferencia se revisan uno a uno estos puntos, presentando estudios de referencia en cada caso y actualizando qué sabemos con cierta seguridad, sobre qué necesitamos seguir investigando y, en definitiva, con qué información contrastada contamos con respecto a la participación de los pacientes en la seguridad de los pacientes.

CON QUÉ FRECUENCIA CREEN LOS PACIENTES QUE SE PRODUCEN ERRORES CLÍNICOS

Una de las primeras cuestiones que podemos plantearnos es en qué medida la frecuencia de EA es considerada como un problema relevante por parte de los pacientes.

Conforme a los datos del Barómetro Sanitario de 2008 (11), algo más de la mitad de los españoles creían que en la práctica clínica apenas se producen errores clínicos (Figura 1).

Cuando hemos estudiado la percepción de seguridad que los pacientes tienen, encontramos que una mayoría minimizan la probabilidad de sufrir un EA. Los datos de un estudio realizado en España hace dos años confirman que una mayoría de pacientes tras el alta hospitalaria considera improbable ser víctima de un error, aunque esa percepción de riesgo se incrementa si han sufrido previamente un EA (12).

La falta de tiempo, la fatiga de los profesionales y los fallos organizativos son, en opinión de los pacientes en España, las causas fundamentales de los errores clínicos, en línea con las causas identificadas en otros estudios (13).

Este hecho puede explicar por qué muchos pacientes no saben que con su actitud ante los tratamientos pueden también ayudar a reducir el riesgo de un error clínico. Este resultado es relevante cuando en muchas comunidades autónomas los servicios de salud programan campañas informativas/formativas para sensibilizar a los ciudadanos en aras de la seguridad de los pacientes.

CON QUÉ FRECUENCIA INFORMAN LOS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN EA

Entre los primeros estudios que se han llevado a cabo como parte de la línea de pacientes por la seguridad de los pacientes se ha preguntado a los pacientes, y a otros ciudadanos, si habían experimentado alguna complicación, error o EA en el curso de tratamientos que les hubieran sido prescritos (14).

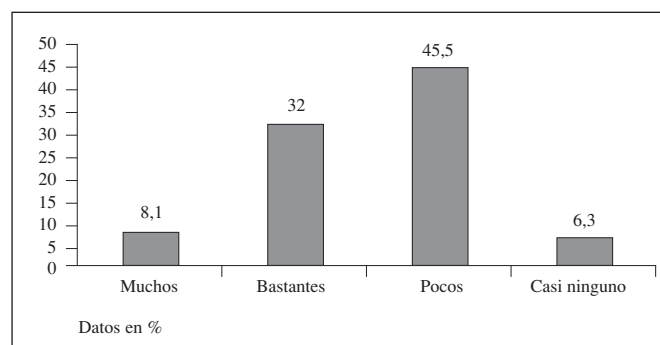


Figura 1. Porcentaje de españoles que consideran que en la práctica clínica se producen errores con frecuencia (Barómetro Sanitario, 2008).

Existe una importante variabilidad en estos estudios realizados que hacen difíciles las comparaciones de los resultados alcanzados (10, 15). Si bien una parte de estos estudios se ha realizado con pacientes dados de alta en hospitales o atendidos en consultas de atención primaria, otros han preguntado a sujetos sanos acerca de sus experiencias previas con los dispositivos asistenciales. Mientras que en el primer caso es más frecuente preguntar la experiencia respecto a la última hospitalización/tratamiento en consulta, en el segundo se pregunta si recuerda haber sido víctima de algún error en algún momento.

En los distintos estudios publicados podemos observar que en algunas ocasiones se pregunta por la experiencia del paciente y, en otras, tanto por la experiencia propia como por la de los familiares directos. Obviamente, las cifras son bien distintas si el encuestado responde acerca de la experiencia más reciente o lo que recuerda a lo largo de su vida, considerando además a otros familiares directos.

Por último, hay que considerar las dificultades intrínsecas que los estudios de este tipo tienen, dado que una amplia mayoría de pacientes no está familiarizada con el concepto de EA, lo que complica la forma en que debe hacerse la pregunta. En algunos estudios se ha utilizado el término EA acompañando una breve definición, en otros casos se ha recurrido a preguntar por intervención/tratamiento incorrecto, dificultades, efectos o complicaciones inesperadas, pero la mayoría opta por utilizar el término error médico que parece que es mejor entendido (12, 16, 17).

En la Figura 2 se recogen los resultados de diferentes estudios, junto a los datos de los estudios realizados en España por nuestro grupo (18, 19). En el caso de los pacientes dados de alta en servicios hospitalarios se les preguntó: *Durante su última hospitalización ¿ha sufrido molestias o complicaciones por una medicación o una intervención quirúrgica incorrectas?* En el caso de los pacientes atendidos en atención primaria se les preguntaba: *¿Ha tenido que volver al médico porque el tratamiento le ha causado alguna reacción muy negativa e inesperada?*

EN QUÉ MEDIDA ES FIABLE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONAN LOS PACIENTES SOBRE LOS INCIDENTES PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Una de las limitaciones comunes a todos los estudios publicados hasta la fecha en los que los pacientes informan de si han sufrido algún tipo de EA, es el hecho de que la información que proporcionan no se contrasta y, por tanto, no podemos saber en qué medida se trata realmente de EA (10).

Aunque es necesario disponer de mayor número de estudios y contrastar los resultados, los estudios realizados hasta la fecha nos indican que los pacientes que informan haber sufrido un EA son, conforme a los datos contrastados de la historia clínica u otras fuentes, relativamente fiables, con un porcentaje de correctas clasificaciones oscilando entre el 55% y el 77% (20, 21).

En un estudio que estamos llevando a cabo en España contrastando la información de los pacientes con el criterio profesional tras revisar su historia clínica, obtuvimos los siguientes resultados (28 casos): 71% de correctas clasificaciones, sensibilidad del 50% y especificidad del 83%.

Aunque no se trata de un dato comparable, sí que conviene recordar que por ejemplo en el estudio ENEAS (22), el número de correctas clasificaciones (acuerdo entre profesionales al revisar la historia clínica en busca de EA) osciló entre 65-80%.

La tendencia de los datos sugiere que conforme transcurre más tiempo desde que se produce el alta médica disminuye la fiabilidad del paciente como informador. Las preguntas abiertas, conforme a la tónica en otros ámbitos del recuerdo, tienen más fiabilidad que las preguntas cerradas que se emplean en cuestionarios con opciones de respuesta. Por regla general, quienes han sufrido un EA tienen mayor fiabilidad. Se ha encontrado también mayor fiabilidad cuando se informa acerca de: infección nosocomial, úlceras por presión o errores de medicación. En general, es mayor la fiabilidad de la información cuando las consecuencias del EA son más graves y conforme las consecuencias son menores, la fiabilidad va disminuyendo. Cuando se pregunta por errores médicos, la fiabilidad del reporte del paciente es mayor que cuando se

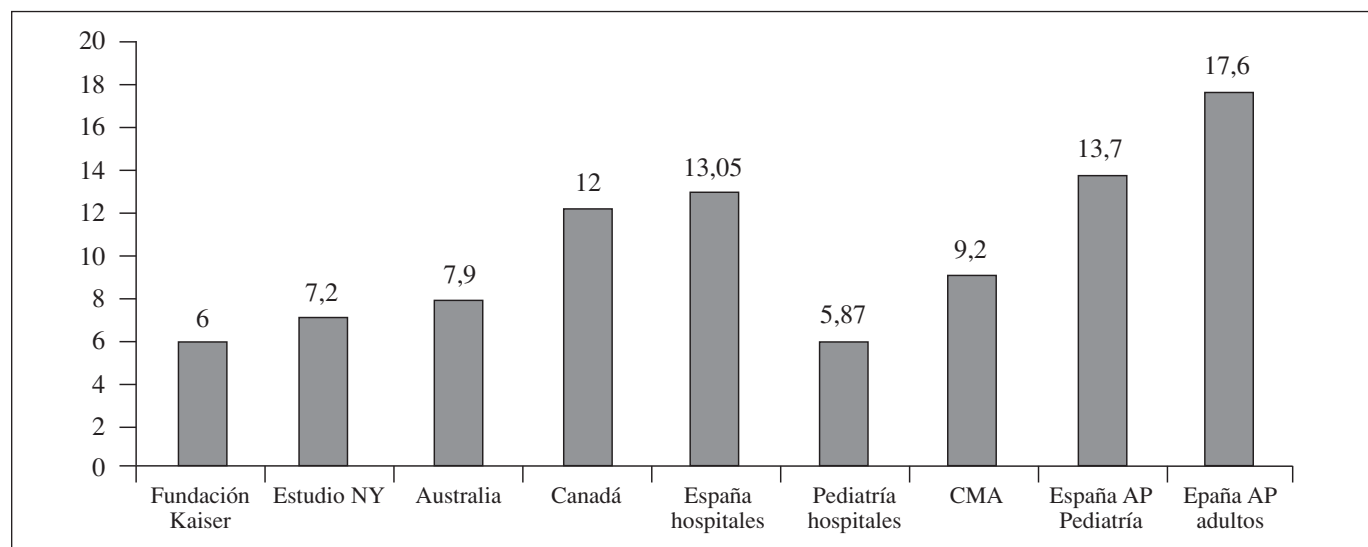


Figura 2. Estudios sobre frecuencia con la que los pacientes informan haber sido víctimas de un error clínico (datos en porcentajes).

pregunta por EA, en línea con las dificultades comentadas para comprender el significado de EA. Curiosamente, un aspecto que no debemos descartar es que existen indicios de que la información que proporciona el paciente es, al menos, tan o más útil como la proporcionada por los sistemas de notificación de EA e incidentes (21). Ahora bien, el número de estudios es insuficiente como para poder extraer conclusiones sobre el grado de fiabilidad de los pacientes como informadores.

PUEDEN JUGAR ALGÚN PAPEL EL PACIENTE COMO SEGUNDO CONTROL PARA EVITAR EA

Una duda planteada es si los pacientes pueden contribuir en alguna medida a evitar la ocurrencia de EA. De este modo se ha hipotetizado que podrían actuar como segundo control para reducir la incidencia de EA (23).

En algunos estudios, se ha podido contrastar que los pacientes cuando son correctamente informados pueden actuar como segundo control en los programas de cirugía correcta en el sitio apropiado (9). También existen indicios de que los pacientes pueden contribuir de forma efectiva a notificar errores clínicos y de este modo evitar en el futuro que se repitan EA evitables (24).

En varios estudios, insuficientes hasta la fecha para poder generalizar los resultados, se ha indagado qué ocurre cuando el paciente participa activamente en los protocolos de lavado de manos o en el de lista de verificación quirúrgica.

En estos casos, se ha comprobado que muchos pacientes no se sienten cómodos preguntando al médico si se ha lavado las manos. Aproximadamente algo más de la mitad de los pacientes quirúrgicos preguntan si se han lavado las manos, pero normalmente mucho más a enfermeros que a médicos (91% a un enfermero y 33% a un médico). Este programa, o más bien el anuncio de que se llevaba a cabo, tuvo como resultado un incremento del 53% en el uso de solución jabonosa conforme a la información proporcionada por los investigadores (25).

Existe cierta evidencia de que las mujeres, los jóvenes y quienes han sufrido un EA estarían más dispuestos a participar en estos programas para prevenir EA, pero no sucede lo mismo con otros pacientes (12).

En resumen, no disponemos de suficiente evidencia sobre la efectividad de estas intervenciones, si bien parece que los profesionales no siempre aceptan estas prácticas, sienten una presión innecesaria y no las consideran justificadas.

SE REDUCEN LOS RIESGOS DE SUFRIR UN EA SI EL PACIENTE JUEGA UN ROL ACTIVO

Se ha argumentado que podrían evitarse EA si los pacientes asumieran un rol activo en su interacción con los profesionales (3). La idea básica es aprovechar los exitosos resultados de los programas de autocuidado en el caso de enfermedades crónicas, siguiendo sus pautas y contribuyendo a informar y formar a los pacientes para que puedan participar de las decisiones clínicas e involucrarse activamente en el cuidado de su salud.

Existe cierta evidencia de que el paciente puede interceptar incidentes para su seguridad o mitigar su daño. Dado que la confianza y una comunicación positiva con el médico están estrechamente relacionadas y contribuyen a evitar, en caso de

EA, la pérdida de confianza en los profesionales (26, 27), parece razonable pensar, de acuerdo con NK Arora y C McHorney (28), que una mayor implicación para lograr una atención más segura ocurriría cuando coinciden una alta confianza en el médico y una alta sensación de autoeficacia por parte del paciente (Tabla I).

En nuestro caso, hemos comprobado que cabe esperar mayores dificultades en el curso del tratamiento, algunas de las cuales desembocarán en un EA, cuando el paciente no es adecuadamente informado, por ejemplo, por escasa disponibilidad de tiempo en la consulta de atención primaria (19) (Figura 3).

En resumen, existe evidencia contrastada de la efectividad de los programas de autocuidado y del efecto positivo, tanto para el paciente, como para el propio sistema sanitario, que tiene implicar a los pacientes en las decisiones y en los tratamientos. Ahora bien, que dichos programas tengan un beneficioso efecto en la seguridad de los pacientes requiere de una mayor investigación para contrastar sus efectos, no existiendo por el momento evidencia suficiente para afirmar que un rol activo por parte del paciente contribuya a reducir EA.

Por otro lado, hay que ser prudentes, ya que la información que se proporciona a los pacientes es elaborada habitualmente sin contar con su punto de vista. Una práctica habitual es que los profesionales decidan, sin contar con los pacientes, qué necesitan o qué les conviene. Por último, está claro que la actitud y papel de los profesionales resulta crucial para "permitir" ese rol activo en el paciente.

QUÉ REACCIÓN CABE ESPERAR DEL PACIENTE QUE SUFRE UN EA

Tabla I. Autoeficacia percibida por el paciente y confianza en el médico

	Baja autoeficacia	Alta autoeficacia
Alta confianza médico	Baja implicación seguridad	Alta implicación en tratamiento y satisfacción
Baja confianza médico	Bajo cumplimiento terapéutico	Alta implicación en tratamiento

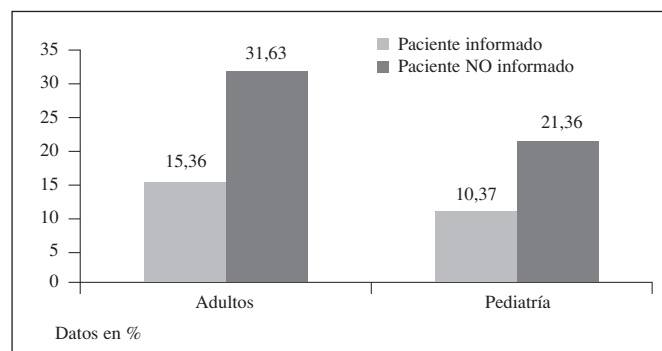


Figura 3. Porcentaje de pacientes que requieren una segunda consulta porque el tratamiento prescrito por el médico de atención primaria le ha causado alguna reacción muy negativa e inesperada en función de si se considera correctamente informado.

Según algunas estimaciones, sólo un 40% de los pacientes es informado de lo que ha sucedido cuando es víctima de un EA (14). Por lo que sabemos, es más probable que el paciente sea informado cuando requiere un tratamiento adicional (OR 1,64) o cuando parte de un buen estado de salud y se produce el EA (24) (OR 2.04).

En nuestro caso, hemos comprobado que existe una clara relación entre ser víctima de un EA y la alarma que siente el paciente de sufrir un posible error clínico. Entre los pacientes que informan haber sufrido un EA es más probable (hasta casi 3 veces más) que consideren que pueden intervenir para reducir el riesgo en el futuro (18).

Por otro lado, cuando el paciente recibe información veraz de las condiciones en torno al EA, se reduce de forma significativa la probabilidad de que presente una demanda judicial y es más probable que valore positivamente la calidad de la atención recibida (24) (OR 2,2).

QUÉ ERRORES COMETEN LOS PACIENTES EN EL CURSO DE LOS TRATAMIENTOS

Uno de los temas menos estudiados pero que reviste especial interés es si los pacientes comenten errores en el curso de los tratamientos que afectan a la seguridad (29).

Si bien se ha llegado a afirmar que una parte relativamente importante de los ingresos hospitalarios es consecuencia de errores con la medicación por parte de los pacientes (30), la realidad es que el número de estudios sobre los errores que los pacientes pueden cometer en el curso de los tratamientos se ha limitado a personas de edad o en situación de dependencia (31, 32).

En un estudio que nuestro grupo está ultimando con financiación del FIS (referencia PI08-90118), encontramos que un 16% de los pacientes con insuficiencia renal y un 43% de los pacientes diabéticos afirmaron que cometían errores (omisiones, olvidos, confusiones, etc.) en el curso del tratamiento. Por citar un ejemplo, los errores más frecuentes de los que los propios pacientes diabéticos informan haber cometido en los años precedentes eran: hipoglucemias por error de medicación o alimentación y equívocos a la hora de tomar la medicación (Figura 4).

En este estudio se pone de relieve que los pacientes tienen olvidos, confusiones o fallos con la administración de medicamentos, pruebas de control o interpretación y recuerdo de instrucciones médicas o de enfermería que afectan también a

la seguridad de los tratamientos. En el caso de los diabéticos, los errores en la autoadministración de insulina (33) eran conocidos, pero el abanico de posibles riesgos debe ampliarse a la hora de informar a los pacientes de qué medidas y precauciones deben adoptar una vez en casa.

Conforme a lo que hemos ido averiguando sobre los errores de los pacientes, los fallos en la comunicación están en la base de una parte importante de los errores de los propios pacientes. Todo apunta a que estos fallos pueden atajarse fácilmente, ya que dependen de que se instauren medidas sencillas de control, aunque es necesario que alguien les advierta de las mismas.

DISCUSIÓN

La participación del paciente en la seguridad de los pacientes constituye una de las líneas de trabajo abiertas por la OMS y seguidas por la práctica totalidad de los sistemas de salud de los países, si bien la información contrastada sobre qué, cómo, cuándo y con qué resultados, precisa de un mayor número de investigaciones.

Existen numerosos obstáculos para una participación activa de los pacientes, tanto por el lado de los profesionales, como de los propios pacientes. No obstante, existen indicios de que esa participación no sólo beneficia al paciente, sino que también resulta beneficiosa en términos de efectividad de las intervenciones médicas y de enfermería y para el propio sistema de salud (3).

No está tan claro que los pacientes deseen participar de forma activa en las decisiones que les afectan, sobre todo si padecen una enfermedad grave, pero sí está claro que desean tener mayor información y ser puntualmente informados de cualquier aspecto que les afecta (34, 35).

La sustitución de un modelo paternalista por otro en el que el paciente ejerce un rol más activo invita a propiciar que los pacientes se involucren más activamente en la seguridad de los pacientes. En la actualidad, una de las estrategias a la que se recurre de forma sistemática es animar a los pacientes a que pregunten todas sus dudas. Otras de las estrategias abiertas buscan:

- Desarrollar guías para pacientes con información/formación para que puedan interpretar correctamente información clínica.
- Fomentar que los pacientes aprendan a afrontar eficazmente la enfermedad para incrementar su nivel de calidad de vida y mantenerlo durante más tiempo y enseñar a otros pacientes, a su vez, a hacerlo.

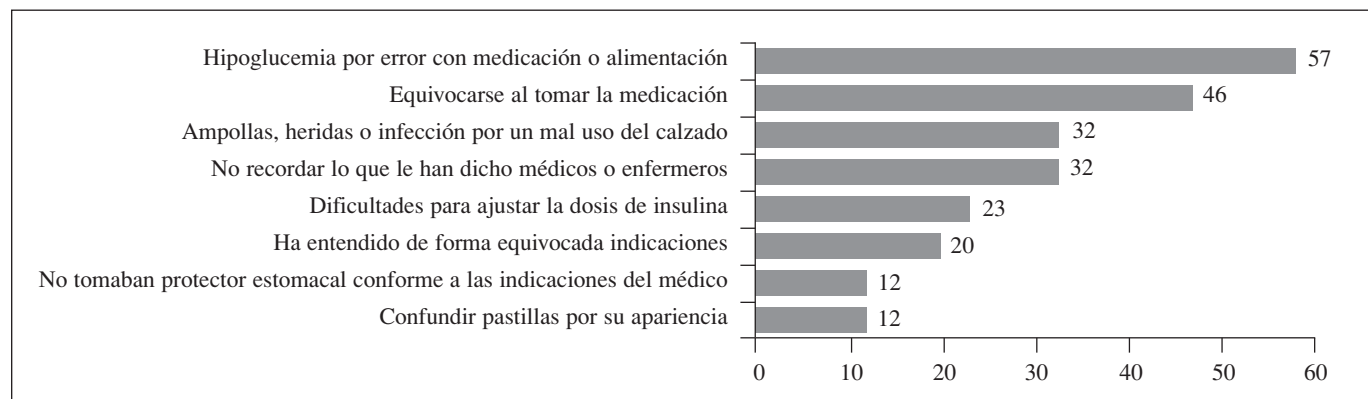


Figura 4. Errores más frecuentes en el curso del tratamiento de los que informan los pacientes diabéticos (datos en porcentajes).

c) Fomentar un papel más activo y responsable por parte del paciente en la toma de decisiones clínicas y como segundo control.

d) Incidir en los fallos/omisiones y olvidos de los pacientes y que repercuten en la efectividad terapéutica.

Las líneas de investigación abiertas abordan, entre otras cuestiones, la capacidad de los pacientes como informadores fiables para detectar riesgos para la seguridad de los pacientes o la viabilidad de programas que involucren a los pacientes como segundo control para reducir EA. En ambos casos, es necesario ampliar el número y alcance de los estudios para confirmar las tendencias observadas.

Otra de las líneas que muy recientemente se ha empezado a analizar es la frecuencia, naturaleza y consecuencias de los errores que los pacientes cometen en el curso de los tratamientos. Esta información puede ser de gran ayuda a la hora de elaborar protocolos de información para pacientes, al tiempo que podría hacer modificar las actuaciones que las asociaciones de pacientes llevan a cabo en aras de reducir riesgos para la seguridad de los pacientes.

No obstante, para lograr que prevalezca un enfoque preventivo, es necesario pensar en términos distintos a los de error, culpa y búsqueda de culpable (Figura 5), por otro enfoque en el que admitimos la existencia de fallos de sistema como parte sustancial de la tarea asistencial, y en el que producido un fallo, debemos analizar sus causas para prevenirlo en el futuro, aprendiendo de la propia experiencia. Es obvio que los profesionales tienen mucho que decir y que aportar para incrementar la seguridad de los pacientes, pero no debemos desechar la idea de que los pacientes también tienen algo que decir y que aportar en la seguridad de los pacientes.

CONCLUSIONES

La seguridad de los pacientes compete tanto a profesionales, como a pacientes, por lo que los sistemas de salud deben comprometerse a buscar cauces para la participación de ambos en la identificación y reducción de riesgos.

La línea impulsada por la OMS de pacientes por la seguridad de los pacientes requiere de una mayor dedicación y esfuerzo investigador para sentar las bases de qué, cómo y cuándo actuar.

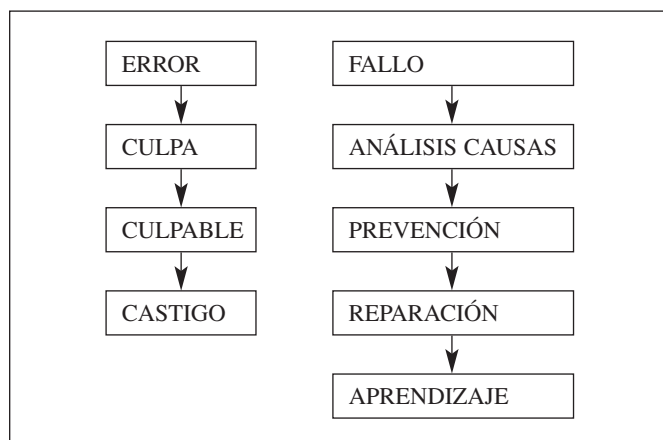


Figura 5. Modelos opuestos de entender la cadena de acontecimientos que ocurren cuando se produce un EA.

Existen indicios de que una participación más activa por parte de los pacientes en la interacción con los profesionales favorece la identificación de posibles riesgos para la seguridad de los pacientes.

Los pacientes informan sufrir un número de EA similar al que se identifica mediante estudios de cribado de historias clínicas y, de forma tentativa, parece que con cierta fiabilidad en sus reportes.

Los programas que otorgan a los pacientes la responsabilidad de asumir una actitud y conducta activa preguntando directamente a los profesionales por prácticas preventivas de EA (p. ej. lavado de manos) generan inquietud, tanto en pacientes, como en profesionales. No obstante, el papel de los pacientes como segundo control para evitar EA resulta prometedor cuando se consideran otros enfoques a la hora de fomentar su participación.

Cuando el paciente que ha sufrido un EA es informado con veracidad y honestidad, la probabilidad de que presente una demanda judicial se aminora, al tiempo que se incrementa la probabilidad de que juzgue como satisfactoria la atención sanitaria recibida.

Los pacientes también cometen errores en el curso de los tratamientos que afectan a la seguridad y que, en algunos casos, requieren de hospitalización, un nuevo tratamiento o, sencillamente, nuevas consultas. La identificación de estas fuentes de error contribuye de forma clara y evidente a la seguridad de los pacientes.

Correspondencia:

José Joaquín Mira
 Universidad Miguel Hernández.
 Departamento de Salud 17
 Avda. Universidad s/n. 03202 Elche.
 Teléfono de contacto: 966 65 89 84

Agradecimientos: Los estudios del grupo Calité citados en esta conferencia han sido financiados por el Fondo de Investigaciones Sanitarias dentro de una línea de trabajo en seguridad de los pacientes. El estudio acerca de los errores de los pacientes corresponde a la subvención de este organismo de referencia PI08-90118.

BIBLIOGRAFÍA

1. IOM. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press 2000. <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/> (consultado en agosto 2010).
2. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme. Octubre 2004. http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. (consultado en agosto 2010).
3. Longtin Y, Sax H, Leape L, Sheridan S, Donalson L, Pittet D. *Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety*. Mayo Clin Proc. 2010; 85: 53-62.
4. Mira JJ. *El paciente competente, una alternativa al paternalismo*. Monogr. humanit. 2004;8,111-23 (<http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo8.pdf>).
5. Holman H, Lorig K. *Patients as partners in managing chronic disease*. BMJ 2000;320:526-7.
6. Ley P, Spelman MS. *Communicating with the patient*. St Louis: Staples Press, 1967.
7. Di Matteo M, Di Nicolas D. *Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role*. NY: Pergamon Press, 1982.
8. Lorig K, Holman HR. *Long-term outcomes of an arthritis self-management study: effects of reinforcement efforts*. Social Science and Medicine 1989;29:221-4.

9. Schwappach DL. *Review: engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review*. *Med Care Res Rev*. 2010;67:119-48.
10. Massó P, Aranaz J, Mira JJ, Perdiguero E, Aibar C. *Adverse Events in hospitals: The patient's point of view*. *Qual Saf Health Care* 2010;19:144-7.
11. Ministerio Sanidad y Consumo. *Barómetro Sanitario*. 2008. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>. [consultado 19 septiembre de 2010].
12. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Ziadi M, Ortíz L, Ignacio E, Aranaz J. *El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales. Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad*. *Revista Médica de Chile*. 2009; 137:1441-8.
13. Northcott H, Vanderheyden L, Northcott J, Adair C, McBrien-Morrison Ch, Norton P, Cowell J. *Perceptions of preventable medical errors in Alberta, Canada*. *Int J Qual Health Care*. 2008;20:115-22.
14. Mira JJ, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S. *Patients' Perception of Hospital Safety*. En: Øvretveit J, Sousa P (Eds). *Quality and Safety Improvement Research: methods and research practice from the international quality improvement research network (QIRN)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública and MMC Karolinska Institutet, 2008.
15. King A, Daniels J, Lim J, Cochrane DD, Taylor A, Ansermino JM. *Time to listen: a review of methods to solicit patient reports of adverse events*. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:148-57.
16. Agoritsas T, Bovier PA, Perneger TV. *Patient Reports of Undesirable Events During Hospitalization*. *J Gen Intern Med*. 2005;20:922-8.
17. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E et al. *Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors*. *N Engl J Med*. 2002;347:1933-40.
18. 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.
19. Mira JJ, Nebot C, Lorenzo S, Pérez-Jover V. *Patient report on information given, consultation time and safety in primary care*. *Quality and Safety in Health Care*. doi:10.1136/qshc.2009.037978.
20. Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Epstein AM, David-Kasdan J, Feilbelman S, Annas CL, Ridley N, Kirtle L, Gatsonis C. *Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: Do patients know something that hospitals do not?* *Ann Intern Med*. 2008; 149:100-8.
21. Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB, Bates DW, Phillips RS. *What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents*. *J Gen Intern Med*. 2005;20:830-6.
22. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Gea-Velazquez de Castro MT, Requena-Puche J, Terol-García E and the ENEAS work group. *Impact and Preventability of adverse events in Spanish public hospitals*. Results of the ENEAS study. *JECH* 2008;62:1022-9.
23. Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. *Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica*. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:21-5.
24. 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.
25. Waterman AD, Gallagher TH, Garbutt J, Waterman BM, Fraser V, Burroughs TE. *Brief report: hospitalized patients' attitudes about and participation in error prevention*. *J Gen Intern Med*. 2006;21:367-70.
26. Vanderheyden LC, Northcott HC, Adair CE, Brien-Morrison C, Meadows LM, Norton P et al. *Reports of preventable medical errors from the Alberta Patient Safety Survey 2004*. *Healthc Q*. 2005;8 Spec No:107-14.
27. Mira JJ, Aranaz J, Vitaller J, Gea MT. *Percepción de seguridad de los pacientes de cirugía ambulatoria*. *Cir Esp*. 2009;85:179-80.
28. Arora NK, McHorney C. *Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate?* *Med Care*. 2000;38:335-41.
29. Britten N. *Medication errors: the role of the patient*. *Br J Clin Pharmacol*. 2009; 67: 646-50.
30. Einarson TR. *Drug-related hospital admissions*. *Ann. Pharmacother*. 1993. 27:832-40.
31. Al Mahdy H, Seymour DG. *How much can elderly patients tell us about their medications?* *Postgrad Med J*. 1990;66: 116- 121.
32. Metlay JP, Cohen A, Polsky D, Kimmel SE, Koppel R, Hennessy S. *Medication Safety in Older Adults: Home-Based Practice Patterns*. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53:976-82.
33. Grissinger M, Lease M. *Misadventures insulin therapy are you at risk?* *J National Medical Association*. 2003; 95 (SUPPL 1).
34. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. *Patients' preferences for participation in clinical decision making: A review of published surveys*. *Behavioral Medicine*. 1998;24:81-8.
35. Mira JJ, Rodríguez-Marín J. *Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables*. *Med Clin* 2001;116(3) 104-10.

Originales

El paciente, elemento clave en la mejora de la seguridad de los servicios sanitarios

Y. Agra, M. M. Fernández

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

RESUMEN

La participación de los pacientes en su seguridad parece jugar un papel esencial en la prevención de los eventos adversos. Sin embargo, las organizaciones sanitarias aún no han adquirido la madurez necesaria para facilitar que esto ocurra.

En este trabajo se hace una reflexión sobre el estado de situación de la participación de los pacientes en su seguridad, barreras identificadas y propuestas de mejora.

La falta de formación de los pacientes y la escasa cultura de la organización sanitaria destacan como barreras principales en la participación de los pacientes. La formación de los profesionales es un elemento esencial para mejorar la cultura en seguridad y un paso previo para la implantación de estrategias dirigidas a los pacientes. Dichas estrategias deberían basarse en un análisis previo de las necesidades y expectativas de los pacientes sobre su papel en la mejora de la seguridad.

Las barreras y recomendaciones identificadas alertan sobre los retos que las organizaciones sanitarias deben afrontar para fomentar la participación de los pacientes en su seguridad.

Palabras clave: Seguridad del paciente, participación del paciente, errores médicos.

ABSTRACT

Patient's participation in patient safety seems to play an essential role in the prevention of adverse events. Nevertheless, the healthcare organizations have not acquired the maturity to facilitate that this happens.

In this paper a reflection is done on the state of situation of patient's participation, identified barriers and proposals for improvement.

Patient's low health literacy and the scanty on patient safety culture of the healthcare organization are the main barriers identified. Professional's education is an essential element to improve patient safety culture and a previous step for the implantation of strategies directed to patients.

These strategies should be based on a previous analysis of the needs and expectations of the patients about their role on patient safety.

The barriers and identified recommendations alert on the challenges that the healthcare organizations must confront to promote the patients participation in patient safety

Key words: Patient's participation, safety, medical errors.

INTRODUCCIÓN

La participación de los pacientes y sus familiares en la mejora de la calidad asistencial y específicamente en la mejora de su propia seguridad ha sido objeto de especial interés en la última década. Sin embargo, sigue siendo frecuente que la atención sanitaria se realice sin contar con la participación activa de los pacientes, en el marco de un modelo paternalista donde el profesional sanitario parece acumular todos los conocimientos sanitarios y actúa como guardián de los intereses del paciente, al que le indica lo que se debe hacer mientras permanece como un mero receptor pasivo de cuidados (1).

La atención centrada en el paciente y la seguridad se consideran dos dimensiones claves y transversales de la calidad asistencial (2). Esto significa que, en el marco de un modelo de participación compartida, el empoderamiento del paciente debe ser favorecido por la organización y los profesionales para que pueda participar e implicarse en su proceso de atención. Esta participación se ha impulsado de forma prioritaria en el cuidado de pacientes con patologías crónicas, ante la evidencia de que una mayor implicación muestra mejor utilización de los recursos, mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados clínicos (3).

En el campo de la seguridad del paciente algunos autores consideran que los pacientes pueden jugar un papel importante en su propia seguridad participando en su proceso de atención para prevenir eventos adversos (4). Sin embargo, la realidad es que la participación activa de los pacientes es baja y las organizaciones sanitarias y sus profesionales no han adquirido los elementos culturales necesarios para enfrentarse a este reto (5).

En este trabajo se presentan una reflexión sobre el estado de situación de la participación de los pacientes en su seguridad y las principales estrategias desarrolladas a nivel internacional en este campo, así como las barreras identificadas que impiden dicha participación y algunas propuestas para mejorar esta situación.

DEFINIENDO TÉRMINOS. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES?

A pesar de la abundante literatura sobre el tema, el concepto de participación de los pacientes no está claramente definido y se utiliza alternativamente con otros términos como son: colaboración, implicación, cuidados centrados en el paciente o empoderamiento. La participación tiene que ver con aspectos como la escucha de las necesidades de los pacientes, la información y la educación sanitaria y la toma de decisiones compartida (6).

Sin embargo, estos términos ofrecen algunas diferencias en sus significados que convendría tener en cuenta a la hora de homogeneizar el lenguaje cuando hablamos de participación del paciente:

1. La *atención centrada en el paciente* significa situar al paciente en el centro de la provisión de servicios, de forma que su evaluación se haga en función de las necesidades y expectativas de los pacientes, sus familiares y cuidadores. Esto incluye orientación al paciente (atención temprana, acceso a redes de apoyo, comunicación) así como respeto a la autonomía del paciente, confidencialidad y dignidad (7).
2. Se entiende por *empoderamiento* del paciente la situación en la que los ciudadanos son motivados a tomar parte activa en la gestión de su salud haciendo especial énfasis en la toma de decisiones. Este concepto, que viene siendo objeto de discusión e investigación en salud en los últimos 30 años, es una filosofía que asume la voluntad de los pacientes de estar bien informados para controlar el proceso de sus cuidados por los potenciales beneficios que les reportaría (8).
3. La *participación de los pacientes en seguridad* se concibe como las acciones que los pacientes llevan a cabo para reducir la probabilidad de ocurrencia de errores en el sistema y la mitigación de los mismos cuando ocurren. Aunque esta definición es más específica para el propósito de este trabajo, no contempla de forma explícita la orientación de la atención a las necesidades y expectativas de los pacientes con respecto a la asistencia sanitaria.

ESTRATEGIAS DESARROLLADAS PARA MEJORAR LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN SU PROPIA SEGURIDAD

El informe *To err is human* (9) señala en el capítulo 8 la necesidad de incluir al paciente en el diseño de un sistema seguro y en el proceso de su cuidado como parte esencial de unos equipos efectivos. Los pacientes deben tener información clara sobre su proceso asistencial y capacidad de elegir sus cuidados en función de sus preferencias, valores, conocimiento y condiciones. Desde entonces han sido diversos los autores que han apostado por una participación activa de los pacientes y sus familiares en la prevención y minimización de los eventos adversos (EA) (10). Aunque las principales estrategias para reducir los EA siguen estando orientadas hacia

el cambio de sistemas y del comportamiento de los profesionales, en los últimos años ha existido un interés creciente en el desarrollo de intervenciones complementarias a las anteriores, para promover la participación de los pacientes y sus familias en pro de una atención más segura. Según diferentes estudios cualitativos, fundamentalmente realizados en EE.UU., las intervenciones orientadas a informar a los consumidores que mejor resultados dan para reducir errores son aquellas que (11): recomiendan aspectos específicos de colaboración entre médico y paciente, señalan acciones concretas a realizar por los pacientes e indican claramente cómo se deben realizar dichas acciones.

En el marco de estas recomendaciones se han venido desarrollando diversas iniciativas, sobre todo en países anglosajones, para desarrollar guías y consejos para que los pacientes puedan prevenir los incidentes relacionados con la atención sanitaria. La Tabla I muestra un resumen de las principales acciones desarrolladas por diversas agencias internacionales, para mejorar la participación de los pacientes en su seguridad y la dirección de su página Web para una información más completa.

Sin embargo, el liderazgo en la implicación de los pacientes por su seguridad lo ha tomado la OMS con el programa "Los pacientes por la seguridad del paciente", iniciado en el año 2005 en el marco de la entonces llamada Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. Este programa tiene como objetivo mejorar la calidad y la seguridad de la atención sanitaria a nivel mundial a través de la implicación activa de los pacientes y consumidores. Se basa en una red de trabajo global en la que participan organizaciones de pacientes, cuidadores y consumidores para facilitar su participación en programas de seguridad del paciente a nivel nacional e internacional (1, 2).

La participación de los pacientes constituye un elemento central de las estrategias en salud de la Unión Europea, mencionándose de forma explícita en diversos documentos, entre los que destacan:

1. El Segundo Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de la Salud (2008-2013) (13), que persigue tres grandes objetivos: mejorar la seguridad sanitaria de los ciudadanos; promover la salud y la reducción de desigualdades en salud; y generar y difundir información y conocimientos sobre salud. Para lograr este último objetivo se propone desarrollar diversos instrumentos, entre los que destacarían: los informes comunitarios sobre salud, el portal de la salud y conferencias; informar a los ciudadanos, las partes interesadas y los responsables políticos; desarrollar mecanismos de consulta y procesos de participación; elaborar informes periódicos sobre la situación de la salud en la Unión Europea, sobre la base de todos los datos e indicadores y aportando análisis cualitativos y cuantitativos.
2. El Consejo de la Unión Europea en sus recomendaciones sobre la seguridad de los pacientes (SP) y en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) (14) señala la necesidad de: capacitar e informar a los ciudadanos y a los pacientes en el desarrollo de políticas y programas de SP, transmitir a los pacientes competencias básicas en lo que se refiere a su propia seguridad y mejorar la información que las instituciones sanitarias proporcionan a los pacientes sobre las IRAS.

Tabla I. Recomendaciones de diversas agencias internacionales para facilitar la participación del paciente en su seguridad

Agencias	Acciones	Web
National Patient Safety Foundation (NPSF)	Recursos, información y publicaciones, semana anual de concienciación.	http://npsf.org/paf/
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	Campañas y materiales específicos para prevenir errores, implicarse en la mejora de la calidad asistencial y en la seguridad de los centros sanitarios.	http://www.ahrq.gov/consumer/safety.html
Institute for Safe Medication Practice (ISMP)	Web especialmente dirigida a los consumidores con información y alertas.	http://www.consumermedsafety.org/
The Joint Comisión (JC)	Material educativo y para campañas específicas (<i>Speak up</i>). Objetivos nacionales de seguridad del paciente.	http://www.jointcommission.org/topics/patient_safety.aspx http://www.jointcommission.org/speakup.aspx
National Patient Safety Agency (NPSA)	Espacio web específico para los pacientes (<i>Please ask</i>) con información, recursos y posibilidad de notificar eventos adversos.	http://www.npsa.nhs.uk/pleaseask/
Australian Commission on Safety & Quality in Health Care	Marco estratégico específico que incluye a pacientes y consumidores en la calidad y seguridad de la atención sanitaria.	http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/home

En España, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha situado la seguridad del paciente como una de sus estrategias prioritarias incluidas en Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (15). Dicha estrategia contempla como uno de sus objetivos fundamentales promover la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas que se desarrollen en SP. En este marco, la Agencia de Calidad impulsó en el año 2006 un estudio con representantes de asociaciones de pacientes y consumidores, para conocer sus opiniones y expectativas sobre la seguridad de los servicios sanitarios. Este trabajo sirvió como base para elaborar la "Declaración de los pacientes españoles por la Seguridad del Paciente" suscrita por 22 asociaciones de pacientes y consumidores. Como consecuencia de estas acciones, en el año 2008 se creó la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad de Pacientes, que tiene como objetivo dotar a los ciudadanos de recursos y herramientas con los que contribuir a su seguridad y a la de su entorno (16). Para ello se utiliza una metodología formativa en cascada que va alcanzando a pacientes en diferentes CCAA para constituir una red de trabajo orientada a la mejora de la calidad y la seguridad de los servicios sanitarios del SNS.

Diversos estudios ponen de relieve que a pesar de la proliferación de acciones para promover la participación de los pacientes en su seguridad, existe todavía poca evidencia sobre la efectividad de las mismas y sobre la voluntad y la habilidad de los pacientes para adoptar las acciones recomendadas (17). Aunque los pacientes muestran en general una actitud positiva en la adhesión a acciones para mejorar su participación, su aceptación y su intención de participar varía según el tipo de acciones propuestas (18). Por eso se señala la necesidad de diseñar intervenciones dirigidas a implicar a los pacientes contando con sus perspectivas sobre la provisión de cuidados. Una reciente revisión sistemática mostró que las únicas

intervenciones efectivas evaluadas eran las dirigidas a la implicación del paciente en el uso seguro de los medicamentos. En cambio no se encontraron estudios robustos sobre la participación de los pacientes en otras áreas de cuidados en seguridad del paciente, que deberían ser objeto de futuras investigaciones (19).

¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES?

La implicación de los pacientes en su seguridad dista mucho de ser una realidad en las organizaciones sanitarias. Como reconocen algunos autores "Si ya es difícil implicar a los profesionales en el desarrollo de planes de calidad y seguridad, involucrar a los pacientes resulta todavía más complicado" (20).

Hacer efectiva la participación de los pacientes implica superar una serie de retos que tienen que ver con las características de los pacientes, la percepción de los profesionales y la madurez de la organización. Diversos estudios (6, 21, 22, 23) han revisado la influencia de determinados factores que actúan como barreras para la participación del paciente, señalando como más importantes los señalados en la Tabla II, de los que podríamos destacar:

1. Por parte de los pacientes:

- El mayor obstáculo reconocido para la participación de los pacientes es la falta de formación sobre salud en general y en concreto en el aspecto de los cuidados, para el que se requiere su implicación activa.
- El tipo de decisión a tomar puede dificultar la participación del paciente si supone requerir un cambio de comportamiento del profesional, como por ejemplo solicitarle que se lave las manos durante el proceso de atención.

Tabla II. Barreras para la participación de los pacientes en su seguridad

De los pacientes	De los profesionales	De la organización
Conocimiento y creencias Nivel de educación Características demográficas Tipo de patología Gravedad de la enfermedad Experiencias previas Tipo de participación	Conocimiento y creencias Formación Especialidad Tipo de patología del paciente Relación con el paciente	Cultura de seguridad Liderazgo Nivel asistencial

- Un nivel socioeconómico o educativo bajo o el uso de una lengua diferente a la utilizada por los proveedores de salud parece influir negativamente en la participación de los pacientes.
 - Los pacientes más jóvenes y las mujeres tienden a mostrar un papel más activo en su cuidado. No obstante, algunos estudios sugieren que algunos de estos efectos se deberían más a diferencias en el nivel de formación que a diferencias demográficas.
 - La experiencia previa de haber sufrido algún incidente hace que el paciente se implique más en su seguridad.
2. Por parte de los profesionales
- Los datos de las investigaciones efectuadas indican que los profesionales consideran que los pacientes tienen un papel importante en la prevención de incidentes. Sin embargo, uno de los mayores obstáculos por parte de los profesionales sanitarios es la dificultad para delegar poder en los pacientes.
 - La falta de tiempo para informar adecuadamente a los pacientes es un impedimento importante señalado por los profesionales.
 - Si se tiene en cuenta la especialidad, los médicos de atención primaria parecen facilitar más la participación de los pacientes que los médicos de otras especialidades.
 - Siendo la comunicación profesional-paciente una de las causas más frecuentes en la producción de incidentes parece que fomentar las habilidades en comunicación de los profesionales podría promover la participación de los pacientes y mejorar su seguridad.
3. Por parte de la organización
- El ámbito en que tiene lugar la atención parece ser un factor importante, de forma que los pacientes expresan mayor dificultad para comunicarse con los profesionales del hospital, especialmente en el servicio de urgencias, que con los profesionales de atención primaria.
 - La cultura de la organización es un elemento fundamental para la implicación de los pacientes en su seguridad.

PROPUESTAS PARA PROMOVER LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES EN SU SEGURIDAD

Diversos autores han hecho propuestas específicas para mejorar la participación de los pacientes y sus familias en la seguridad (25, 26). Estas propuestas enfatizan la necesidad de:

1. Apoyar a los profesionales, promoviendo su formación en seguridad del paciente como paso previo para iniciar acciones exclusivamente dirigidas a pacientes y disminuir así la posibilidad de conflictos en la relación profesional-paciente.
2. Diseñar acciones basadas en los resultados de estudios bien diseñados que evalúen las experiencias y opiniones de los pacientes sobre su seguridad.
3. Promover estrategias para informar y formar a los pacientes y ciudadanos en la seguridad de sus cuidados.
4. Favorecer la participación de los pacientes y ciudadanos en las políticas de seguridad.
5. Tener en cuenta la diversidad social, cultural y lingüística a la hora de desarrollar acciones que promuevan la participación de los pacientes.

CONCLUSIONES

La implicación de los pacientes y sus familiares en su propia seguridad se considera hoy en día de gran interés por los potenciales beneficios que puede tener en la prevención de eventos adversos en base a los positivos resultados que dicha implicación ha mostrado en la toma de decisiones compartidas en pacientes con patologías crónicas.

En este trabajo hemos visto que existe un considerable número de experiencias desarrolladas para facilitar y promover la participación de los pacientes en su seguridad, aunque pocas de ellas han sido evaluadas desde el punto de vista de su efectividad. La evidencia disponible muestra el beneficio de la implicación de los pacientes en su propia seguridad cuando utilizan los servicios sanitarios, especialmente en lo relacionado con el uso seguro de los medicamentos, pero existe escasa evidencia en otros aspectos que deberían de ser objeto de futuras investigaciones.

Las barreras descritas para la participación efectiva de los pacientes y las recomendaciones identificadas alertan sobre los retos que las organizaciones sanitarias deben afrontar para fomentar una cultura de seguridad que facilite las condiciones necesarias para que los pacientes puedan contribuir a su seguridad contando con el apoyo de los profesionales en los distintos niveles de la atención sanitaria.

Por último y a la vista de los trabajos revisados, varias consideraciones deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar estrategias que fomenten la participación de los pacientes en su seguridad. La primera es que dichas estrategias deberían basarse en un análisis previo de las necesidades, expectativas y experiencias de los pacientes sobre la calidad de los servicios

sanitarios y de su papel en la mejora de la seguridad. La segunda, recordar que en la génesis de los eventos adversos se implican múltiples factores que deben abordarse desde un punto de vista sistémico fomentando prioritariamente la cultura de seguridad en la organización y en los profesionales responsables últimos de la calidad de la atención dispensada. La tercera y última señalar que si bien el paciente puede tener un papel importante en la prevención de los eventos adversos, no puede hacerse responsable último de su seguridad y su participación debe ser facilitada por la organización sanitaria que debe respetar su voluntad de implicación en la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cahill J. *Patient participation-a review of the literature*. J Clin Nurs 1998;7(2):119128
2. WHO Regional Office for Europe. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals. Copenhagen, 2007
3. Coulter A, Ellins J. *Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients*. BMJ2007; 335: 24-7.
4. Vincent C, Coulter A. *Patient safety: what about the patient?* Qual Saf Health Care 2002;11:76-80
5. Holme A. *Exploring the role of patients in promoting safety: policy to practice*. British Journal of Nursing 2009; 18:1392-1395
6. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. *Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety*. Mayo Clin Proc. January 2010;85(1):53-62
7. (WHO Regional Office for Europe. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals. Copenhagen, 2007).
8. e-health for patients empowerment in Europe: http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/publications/eh_era-patient-empower.pdf
9. IOM. To err is human. Building a safer health system. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington, 2000. Capitulo 8. Creating Safer Systems in Health Care Organizations, pagina 174.
10. Vincent C, Coulter A. *Patient safety: what about the patient?* Qual Saf Health Care 2002;11:76-80
11. IOM. Patient Safety. Achieving a new standard for care. Quality Chasm Series. Aspden P, Carrigan JM, Wolcott J, Erickson SM, editors. Washington, 2004.
12. http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/index.html [Accedido el 10 de diciembre de 2010]
13. Decisión nº 1350/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de octubre de 2007 por la que se establece el segundo Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de la Salud (2008-2013). http://europa.eu/legislation_summaries/consumers/consumer_safety/c11503c_es.htm
14. RECOMENDACIÓN DEL CONSEJO de 9 de junio de 2009 sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (2009/C 151/01) [acceso 10 de diciembre de 2010] http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf
15. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [sede Web]. [acceso 8 de diciembre de 2010]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
16. Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente [sede web]. [acceso 1 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://formacion.seguridadelpaciente.es/>
17. Peat M, Entwistle V, Hall J, Birks Y, Golder S. *Scoping review and approach to appraisal of interventions intended to involve patients in patient safety*. J Health Serv Res Policy 2010;(15):17-25
18. David L, Schwappach B. *Engaging Patients as Vigilant Partners in Safety. A systematic review*. Medical Care Research and Review; 2010 (67):119-148
19. Hall J, Peat M, Birks Y et al. *Effectiveness of interventions designed to promote patient involvement to enhance safety: a systematic review*. Qual Saf Health Care (2010) DOI:10.1136/QSHC.2009.032748
20. Aibar C. *¿Nos creemos de verdad la necesidad de la participación del paciente?* Rev Calid ASist 2009;24(5):183-184.
21. Davis RE; Jacklin R; Sevdalis N; Vincent CA. *Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement?* Health Expect.2007; 10:259-267.
22. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. *Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety*. Mayo Clin Proc. January 2010;85(1):53-62.
23. Saturno P. *Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica*. Rev Calid Asist. 2009;24(3):124-130.
24. Hibbard JH, Peters E, Slovic P, Tusler M. *Can patients be part of the solution? Views on their role in preventing medical errors*. Med Care Res Rev.2005;62(5):601-616
25. Sheridan, Jorm CM, Dunbar N, Sudano L, Travaglia J. *Should patients safety be more patient centred?* Australian Health Review; 2009(33):390-399.
26. Schwappach D. *Engaging Patients as Vigilant Partners in safety*. Medical Care.

Originales

Factores asociados a las infecciones evitables relacionadas con la atención sanitaria identificados en el Estudio EPIDEA.

M. J. Corrales¹, R. Limón¹, J. J. Miralles¹, M. T. Gea¹, J. Requena¹, J. M. Aranaz¹,
Grupo de trabajo del proyecto EPIDEA*

¹Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández d'Elx.

* GRUPO TRABAJO EPIDEA: A. Hernández, J. Mollar (H. La fe); J. L. Alfonso (H. General Valencia); R. Ortí (H. Clínico Valencia); F. Gómez (H. Malvarrosa); L. Segarra, A. Duch (H. Arnau Vilanova); J. M. Tenias, C. Mayordomo, M. L. Benavent, T. Cortell (H. Játiva); R. Bou, D. González, T. Quirós (H. La Ribera); A. Guasch (H. Francesc de Borja); N. Tolosa (H. Doctor Moliner); M. Pérez, C. González, N. Saurí, M. Pinazo, E. Gil (H. Sagunto); C. Adell (H. Vinaroz); A. González, D. Galicia, R. Casas, J. Barrenengoa (H. General Alicante); J. Navarro, M. Arencibia, I. García, R. Almela (H. General Elche); V. Valls, M. Rey (H. Elda); J. M. López, A. Cabrera (H. Vega Baja); C. Oltra (H. Virgen Lirios); E. Leutscher, C. Donate (H. La Vila); R. R. Manrique, Y. Vicens (H. Denia); J. Beltrán (H. General Castellón); V. Rodrigo (H. La Plana); B. Vila, P. Montesinos (H. Torreveja-Salud); R. Ferrandiz (H. San Jaime); I. Bermúdez (H. San Vicente); V. Agulló, J. A. Gómez, F. Pérez-Chacón, A. Ricci, D. Gallardo, M. J. Corrales, M. A. Montesinos, S. Muñoz, M.T. Holgado (H. San Juan); V. Aranaz, N. Álvarez, R. García, V. Ramírez, M. Vitaller (Universidad Miguel Hernández)

RESUMEN

Objetivo

Explorar las características de los pacientes y de la asistencia asociadas con la infección relacionada con la atención sanitaria que puede ser evitable (IRASE).

Método

Estudio transversal en 14 hospitales de la Comunidad Valenciana, en el que se estudiaron todos los pacientes ingresados en un día dado durante la segunda semana de Mayo de 2008. Para la identificación de las IRASE y sus factores asociados se revisó la historia clínica del paciente pidiendo al revisor un juicio de valor sobre en qué medida la asistencia era la causante de la infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS) y si había indicios de que pudiera haberse evitado.

Resultados

En el 2,2% de los pacientes se pudo identificar una IRAS evitable (supusieron el 63% de las IRAS). Las localizaciones más frecuentes de la IRASE fueron: herida quirúrgica (41,6%); sangre (20,2%); tracto respiratorio (15,7%) y tracto urinario (7,9%). Los factores que se vieron asociados a la

presencia de IRASE fueron que el paciente tuviese insuficiencia renal, obesidad, desnutrición, hipertensión o el hecho de ser prematuro; y que durante su asistencia se le hubiera insertado un catéter central de inserción periférica, un catéter venoso central o se le hubiera practicado una traqueostomía.

Conclusión

Los pacientes con IRAS evitables presentan características diferenciadas de los que no las presentan. Tener en cuenta estos factores permitirá diseñar estrategias específicas para favorecer su control.

ABSTRACT

Objective

To explore the patients and care characteristics that are related to health care-associated infections (HCAI) that can be avoidable.

Method

Cross sectional study in 14 hospitals in the Comunidad Valenciana region, in which all patients admitted on a given

day were studied during the second week of May in 2008. To identify the HCAI and associated factors the medical records were reviewed asking the reviewer a value judgment about how likely the health care was the cause of the infections and whether there was evidence that could have been avoided.

Results

A total of 2.2% of patients were identified presenting avoidable HCAI (63% of the HCAI). The most common locations of the HCAI were surgical (41.6%), blood (20.2%) respiratory tract (15.7%) and urinary tract (7.9%). The factors that were associated with the presence of HCAI were the patient's renal insufficiency, obesity, malnutrition, hypertension or being premature, and that during their stay having been used a peripherally inserted central catheter, central venous catheter or performed a tracheostomy.

Conclusions

Patients with preventable HCAI have identifiable characteristics. Consider these factors will enable specific strategies to facilitate their control.

INTRODUCCIÓN

La infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS) es un problema que puede tener un importante impacto en cuanto a morbilidad, mortalidad y costes económicos. Su magnitud es reflejada en innumerables publicaciones, destacando algunos datos aportados por sistemas de vigilancia de infección hospitalaria de distintos países (1, 2, 3, 4, 5, 6). Además, la posibilidad de su prevención a través de la instauración de programas de vigilancia y control se puso de manifiesto hace más de 2 décadas por diferentes estudios, entre los que subrayamos el proyecto SENIC realizado en hospitales de los EEUU (7), logrando una reducción de hasta un 30%. Estos programas han incluido el diseño de estrategias de efectividad probada para su minimización, culminando en los últimos años en la elaboración de paquetes de medidas (*bundles*) específicas para determinadas localizaciones y en la formulación de su primer reto por parte de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS: "Una atención limpia es una atención más segura", en el que se promueve universalmente la higiene de manos como medida más importante en la lucha contra las IRAS.

Algunos sistemas de vigilancia incluyen el estudio de determinados factores de riesgo asociándolos tanto a la incidencia de IRAS (8) como a su prevalencia (9). Sin embargo, este abordaje, pese a considerar una proporción de IRAS como irreducible, no focaliza en aquellas IRAS que podrían ser evitables, sino que estudia todo el fenómeno en su conjunto.

Recogiendo esta necesidad, el estudio ENEAS (10) (Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización) realizado en 2005, explora las características tanto de los pacientes como de la asistencia relacionadas con la incidencia de Efectos Adversos (EA), aportando información sobre cuáles de ellos se asocian a la misma, así como la fracción evitable de los mismos. Del mismo modo, usando el diseño del estudio EPINE, en la Comunidad Valenciana se

realiza desde hace 6 años el estudio EPIDEA (11) (Estudio de Prevalencia de Efectos Adversos en la Asistencia Hospitalaria) que adapta la metodología utilizada en el estudio ENEAS para realizar un estudio de prevalencia.

El estudio EPIDEA, además de servir como un sistema de vigilancia tanto de las IRAS como de otros EA, permite identificar los factores de riesgo asociados a la presencia de aquellas que son consideradas evitables. La investigación de estos factores de riesgo permitirá el diseño de estrategias específicamente dirigidas a minimizar las infecciones que pueden ser controladas.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio transversal de prevalencia un día dado de hospitalización durante la segunda semana del mes de Mayo de 2008.

Ambito del estudio: 14 hospitales de la Comunidad Valenciana que se han involucrado en el proyecto.

Sujetos de estudio: todos los pacientes ingresados en el momento del estudio.

Instrumentalización: para la identificación del EA se utilizó en una primera etapa la Guía de Cribado del Proyecto IDEA (12), cuestionario adaptado de los utilizados en los estudios de Nueva York (13), Utah y Colorado (14). Posteriormente se utilizó el Formulario Modular de revisión (MRF2) (15) para la caracterización precisa del evento, su relación con la asistencia, su impacto en el paciente y si se podría haber evitado.

Definición de caso: infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS) con moderada a alta probabilidad de deberse a la asistencia: es aquella en la que, según el criterio del revisor, pesa más en su origen la asistencia recibida que la susceptibilidad del propio paciente. Para determinar este juicio de valor el revisor puntuó en una escala de 6 puntos (1 –no evidencia– y 6 evidencia segura), considerando como IRAS una puntuación igual o mayor de 4.

Infección relacionada con la atención sanitaria evitable (IRASE): es aquella en la que, según criterio del revisor, y aplicando una escala de 1 a 6 (1 –no evidencia– y 6 –total evidencia), se podría haber evitado, considerando evitable una puntuación igual o mayor de 4.

Variables Explicativas: ligadas al sujeto: edad, sexo, factores de riesgo intrínsecos (coma, insuficiencia renal, diabetes, neoplasia, EPOC, inmunodeficiencia, neutropenia, cirrosis hepática, drogadicción, obesidad, desnutrición, úlcera por presión, malformaciones, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria o hipertensión arterial).

Ligadas a la asistencia: servicio de hospitalización, estancia en días y factores de riesgo extrínsecos (sonda urinaria, catéter venoso periférico, catéter arterial, catéter venoso central, catéter venoso central de inserción periférica, nutrición parenteral, nutrición enteral, sonda nasogástrica, traqueostomía, ventilación mecánica, o terapia inmunosupresora).

Análisis de los datos: se realizó un análisis bivalente para establecer relaciones entre las variables (X^2 para comparar proporciones, asociación lineal por lineal para detectar tendencias y t-Student para comparar medias). Para controlar los posibles factores de confusión y/o interacción y ajustar por el resto de variables, se realizó un análisis multivariante

mediante una regresión logística por pasos hacia adelante por razón de verosimilitud. Para el tratamiento y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

RESULTADOS

De los 3.745 pacientes incluidos en el estudio, fueron cribados como positivos por el criterio 19, que hace referencia a cualquier infección relacionada con la atención sanitaria, 187 pacientes, de los que el 47% (88) presentó además algún otro criterio. En 158 pacientes (4,2% del total; IC 95% 3,6%-4,9%) la infección se relacionó en algún grado con la asistencia, en 136 (3,6%; IC95% 3%-4,2%) esta relación se consideró de moderada a muy alta probabilidad y en 84 pacientes (2,2% IC95% 1,8% - 2,7%) se estableció que la infección podía ser evitable (IRASE) (Figura 1).

Al explorar el impacto que tuvieron las IRASE, se observó que el 94,3% de los pacientes que las presentaban necesitaron pruebas diagnósticas adicionales y en un 94,3% se precisó tratamiento adicional. Las 89 IRASE identificadas provocaron un aumento de la estancia adicional de 8,5 (9,6) días de media y fueron causa del ingreso 14 (15,7%), en 8 (9%) casos el paciente murió. El error más frecuentemente identificado por el revisor fue de omisión de las medidas de prevención en el 83,1% de los casos (74 IRASE).

La prevalencia de pacientes con IRASE no presentó diferencias significativas por sexo, aunque sí se observó que su frecuencia aumentaba conforme lo hacía la edad del paciente (p -valor= 0,02). No se encontraron diferencias en la prevalencia de pacientes con IRASE por tamaño (número camas) del hospital (p -valor = 0,763).

La prevalencia de pacientes con IRASE en presencia de algún factor de riesgo intrínseco (comorbilidades) fue de 2,6% (66) frente a un 1,5% (18) en los pacientes que no los presentaban (p -valor=0,036). También fue significativa la diferencia entre la prevalencia de IRASE en los pacientes que presentaban algún factor de riesgo extrínseco (dispositivos) 79 (2,7%) y los que no los presentaban 5 (0,6%) con un p -valor de 0,001.

Las localizaciones más frecuentes de la IRASE fueron: herida quirúrgica 37 (41,6%); sangre 18 (20,2%); tracto respiratorio 14 (15,7%) y tracto urinario 7 (7,9%). Los diferentes factores de riesgo extrínsecos estudiados se relacionaron con diferentes localizaciones tal y como muestra la Tabla I.

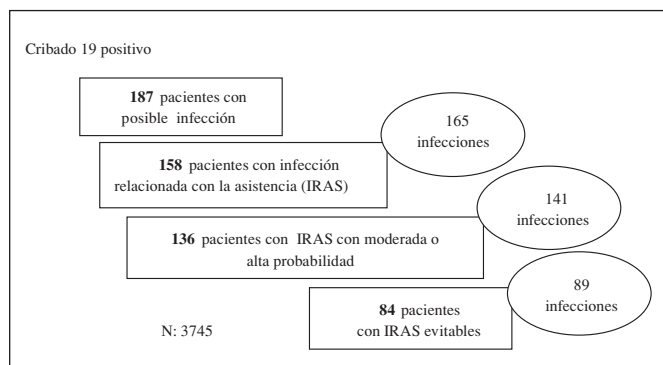


Figura 1. Pacientes a estudio y definición de caso.

En el análisis multivariante (Tabla II), se observó que los pacientes que presentaban insuficiencia renal, obesidad, desnutrición, hipertensión o que eran prematuros, tenían más riesgo de presentar IRASE, del mismo modo que si su asistencia requería el uso de dispositivos como catéter central de inserción periférica, catéter venoso central o si presentaban un traqueostomía. El hecho de estar ingresado en un servicio quirúrgico suponía 4 veces el riesgo que en los médicos, mientras que estar en una unidad de cuidados intensivos triplicaba el riesgo. En el análisis ajustado, el hecho de ser hombre representó significativamente menos riesgo que el de ser mujer. Por cada día de estancia el riesgo también se incrementaba.

DISCUSIÓN

La prevalencia de pacientes que presentan infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) se sitúa en un 3,6%, porcentaje menor a la prevalencia que aporta el estudio EPINE (9), ya que en éste no se valora en qué medida la atención sanitaria es la causante de este EA.

El diseño que hemos utilizado en este estudio es transversal (al igual que el que se utiliza en el estudio EPINE) y por lo tanto tiene una serie de limitaciones, como es una posible sobrerrepresentación de infecciones de larga duración o la infraestimación de las de duración corta o letales. Al mismo tiempo, los datos son recogidos de la historia clínica de los pacientes, por lo que éstos van a depender de la calidad de las mismas, lo que puede suponer una infraestimación de la prevalencia real. Sin embargo, esta limitación se ha podido minimizar, ya que en el momento de la recogida de los datos tanto el paciente, como el personal que lo atiende están presentes y el revisor puede recabar información de datos incompletos en la historia. En cuanto al juicio de causalidad y evitabilidad, se realiza aplicando una escala de 1-6 por parte de los revisores que pueden ser motivo de un sesgo de clasificación. Para tratar de aunar criterios se realizaron en un primer momento cursos de formación que periódicamente se repiten, al igual que el hecho de que, al llevar varios años realizándose, el entrenamiento es mayor. Aun así, estudios (16) con similar metodología presentan índices de concordancia interobservadores para la causalidad (Kappa) entre 0,8 y 0,5 y algo menores 0,6 y 0,4 para el juicio de evitabilidad, lo que supone una limitación.

No obstante, el objetivo de nuestro estudio era explorar las posibles relaciones entre los pacientes que presentan IRASE y las circunstancias que los acompañan, tanto propias como de la asistencia que reciben, con lo que las limitaciones en la estimación de la frecuencia tienen un impacto menor. En última instancia, lo que se pretende es dar claves en el diseño de estrategias que permitan prevenir y disminuir la frecuencia de estas infecciones.

Se observa que en el análisis bivariado no se encuentran diferencias por sexo en la prevalencia de IRASE y al ajustar por el resto variables sí aparecen, de manera que el hecho de ser hombre ($OR = 0,49$) se presenta como factor protector. Esto puede ser explicado porque ciertas infecciones como la ITU sean más prevalentes en mujeres. Algo parecido ocurre con la variable edad, puesto que en el análisis bivariado la prevalencia de IRASE muestra una tendencia creciente conforme aumenta la edad, y esta relación desaparece al ajustar por otras variables, hallazgo que no coincide con otros

Tabla 1. Prevalencia de infección relacionada con la atención sanitaria según presencia de determinados factores de riesgo extrínsecos (FRE).

Factores riesgo extrínsecos	Prevalencia de IRAS según presencia de FRE				
		Infección herida quirúrgica	Infección tracto urinario	Neumonía	Bacteriemia
Sonda urinaria abierta	Sí	1,3	0	0,3	0,4
	No	0,8	1	0	2,6
Sonda urinaria cerrada	Sí	1	0,4	1,0	1,0
	No	0,7	0,1	0,2	0,4
Catéter venoso periférico	Sí	0,5	0,1	0,3	0,4
	No	0,9	0,2	0,2	0,6
Catéter arterial	Sí	1,2	0,0	3,5	5,8
	No	0,8	0,1	0,2	0,4
Catéter central de inserción periférica	Sí	1,0	1,0	1,0	3,1
	No	0,8	0,1	0,2	0,4
Catéter venoso central	Sí	1,2	0,4	1,2	3,8
	No	0,7	0,1	0,2	0,3
Nutrición parenteral	Sí	0,8	0,8	0,8	5,6
	No	0	0,1	0,2	0,3
Nutrición enteral	Sí	2,9	0	1,4	1,4
	No	0,7	0,1	0,2	0,5
Sonda nasogástrica	Sí	1,2	0	1,2	4,7
	No	0,8	0,1	0,2	0,3
Traqueostomía	Sí	4,8	1,6	4,8	6,3
	No	0,7	0,1	0,2	0,4
Ventilación mecánica	Sí	1,2	0	5,0	6,2
	No	0,8	0,1	0,2	0,4
Terapia inmunosupresora	Sí	0,4	0,4	0	0
	No	0,8	0,1	0,3	0,5
Bomba de infusión	Sí	0	0,6	0,6	2,9
	No	0,8	0,1	0,3	0,4
Hemodiálisis	Sí	0	0	0	25,0
	No	0,8	0,1	0,3	0,4
Diálisis peritoneal	Sí	0,8	0	0	0
	No	0	0,1	0,3	0,5

P<0.05

estudios como el ENEAS, en el que sí persiste esta relación. Esto puede deberse a una confusión motivada porque la IRASE se relacione más con el número de factores de riesgo extrínsecos y comorbilidades del paciente que con el efecto de la edad de forma intrínseca.

Nos parece interesante el resultado que, coincidiendo con estudios previos (10), hace referencia a que los pacientes que presentan factores de riesgo intrínseco y/o extrínseco muestran una prevalencia mayor de IRASE que los que no los presentan,

lo que tiene plausibilidad biológica, aumentando su prevalencia conforme lo hace la vulnerabilidad del paciente, ya sea por las características propias o por la mayor instrumentalización de la asistencia. Este artículo, además, aporta cuáles son los factores intrínsecos que se relacionan más con la IRASE según la localización de la infección, siendo los que podemos modificar más fácilmente, lo que nos puede ayudar a desarrollar estrategias concretas en la prevención de cada tipo de localización.

Tabla II. Regresión Logística

				I.C. 95%	
		p-valor	OR	Inferior	Superior
Factores de riesgo intrínsecos	Insuficiencia renal	0,03	2,25	1,10	4,58
	Obesidad	0,00	2,62	1,41	4,88
	Hipoalbuminemia	0,03	2,60	1,09	6,22
	Hipertensión	0,03	1,89	1,08	3,32
	Prematuridad	0,01	8,03	1,81	35,68
Factores de riesgo extrínsecos	Catéter central de inserción periférica	0,04	2,81	1,04	7,57
	Catéter venoso central	0,00	3,29	1,58	6,83
	Traqueostomía	0,00	17,76	6,78	46,51
Servicios	Especialidades quirúrgicas	0,00	3,97	2,07	7,59
	Obstetricia	1,00	1,00	0,12	8,02
	Pediatría	0,17	2,71	0,66	11,17
	Unidad de terapia intensiva y afines	0,04	3,34	1,08	10,26
Sexo	Hombre	0,01	0,49	0,28	0,84
Estancia previa	Estancia previa	0,01	1,01	1,00	1,01

Hay que advertir que el diseño no permite establecer relaciones de causa-efecto, al estudiar simultáneamente tanto el problema como los factores implicados, del mismo modo que se podría cometer el sesgo de Neyman si un determinado factor de riesgo determina también el pronóstico o la duración de la IRASE (lo que ocurriría ante una inmunodepresión, por ejemplo).

En cuanto a la frecuencia de las IRASE según la localización, los resultados son comparables con otros estudios (9), ya que coinciden en las localizaciones más frecuentes (herida quirúrgica, bacteriemias, neumonía e ITU) pero el porcentaje varía y esto se puede explicar porque la prevalencia calculada en este estudio es de infecciones evitables y parece razonable que las heridas en el sitio quirúrgico, por ejemplo, sean más evitables que las neumonías o las bacteriemias.

Es de destacar que el error referido con más frecuencia es de omisión, y se relaciona con el hecho de no tomar las medidas de precaución adecuadas. Este resultado es posiblemente el que más interés tenga de los obtenidos y más invite a la reflexión, ya que aunque pueda haber una clasificación errónea por parte de los evaluadores, hace referencia a medidas que en principio pueden tomarse si se aplican las recomendaciones de eficacia probada publicadas (17). En particular, parece necesario aplicar sistemas que faciliten la implantación de las mejores prácticas en la utilización, inserción y mantenimiento de los dispositivos que colocamos a los pacientes durante la asistencia (18, 19, 20). La posibilidad de modificar este resultado es, *a priori*, alta. Para ello, las organizaciones deberían rediseñar el sistema teniendo en cuenta los fallos que pueda tener que favorecen este tipo de errores o incluir barreras para identificar riesgos antes de que impacten en los pacientes.

Para correspondencia:

M^º José Corrales Fernández
Dpto. Salud Pública. Universidad Miguel Hernández (Campus de San Juan)
Carretera Alicante-Valencia s/n
03550 San Juan de Alicante
E-Mail: mjosecorrales@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Pittet D, Allegranzi B, Sax H, et al. Considerations for WHO European Strategy on health-care-associated infection, surveillance and control. *Lancet Infect Dis.* 2005; 5:242-50.
2. Kanerva et al. Estimating the annual burden of health care-associated infections in Finnish adult acute care hospitals. *Am J Infect Control.* 2009;37:227-230.
3. Horan TC, Alonso-Echanove J, Fridkin S, Lawton R, Peavy G, Tolson J. Special Issue: Feeding Back Surveillance Data to Prevent Hospital-Acquired Infections. And the National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Hospitals. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA.
4. SHEA estimates preventable HAIs: Preview (includes abstract); *Healthcare Benchmarks & Quality Improvement*, 2008 Jun; 15 (6): 55-6 (journal article) ISSN: 1541-1052 PMID:-: 18678181 CINAHL AN: 2009924069.
5. Pratt RJ, O'Malley B. Supporting evidence-based infection prevention and control practice in the National Health Service in England. *The NHS/TVU/Intuition Approach.* *J Hosp Infect.* 2007; 65. Suppl 2:142-7.
6. McKibben L, Horan T, Tokars JL, Fowler G, Cardo DM, Pearson ML, Brennan PJ. Healthcare infection Control Practices Advisory Committee. Guidance on public reporting of health-care associated infection: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *Am J Infect Control.* 2005; 33:217-26.
7. Haley RW, Culver DH, Morgan W, Emori TG. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infection in U.S. hospitals. *Am J Epidemiol.* 1985; 121:182-205.

8. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias: Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva. Informe 2009. Disponible en: <http://hws.vhebron.net-en-vin-helics-Help-Informe ENVIN-UCI 2009.pdf>. [acceso 08/12/2010].
9. Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene: Estudio de prevalencia de infección nosocomial en España 2006. Disponible en: http://www.mpsp.org/mpsp/EPINE06/epine_2006-htm. [acceso 05/12/2010].
10. **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.
11. Proyecto EPIDEA. Disponible en: www.dsp.umh.es/proyectos/idea/menu_1_e.htm - 13k -. [acceso 05/12/2010].
12. **Aranaz JM** por el grupo del estudio del proyecto IDEA: identificación d efectos. *Rev Calidad Asistencial*. 2004; 19:14-8.
13. **Brenan TA**, et al. *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of de Harvard Medical Practice Study I*. *N Engl J Med*. 1991; 324:370-6.
14. **Thomas EJ**, et al. *Incidence and Types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado*. *Med Care*. 2000; 38:261-71.
15. **Woloshynowych M, Neale G, Vicent C.** *Case record review od adverse events: a new approach*. *Qual Saf Health Care* 2003; 12:411-415.
16. **Vries, M A Ramrattan, S M Smorenburg, D J Gouma and M A Boermeester.** *The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review*. *Quality and Safety in Health Care* 2008;17:216-223.
17. **Larson EL, Quirós D Lin SX.** *Dissemination of the CDC's hand Hygiene Guideline on infection rates*. *Am J Infect Control*.2007;35:666-75.
18. **Warye KL, Murphy DM.** *Targeting zero health care-associated infections*. *Am J Infect Control*. 2008; 36:683-4.
19. **Ducel G, Fabry J, Nicolle L.** *Prevención de las infecciones nosocomiales*. Guía práctica 2ª edición. WHO/CDC/CSR/EPH/2002.
20. **Deborah S. Yokoe, David Classen.** *Supplement Article: Executive Sumamry. A Compendium of Strategies to Prevent Healthcare Associated Infections in Acute Care Hospitals* *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008;29:S12-S21.

Originales

Vigilancia y control de la bacteriemia asociada a catéter venoso central

V. Valls y P. García

Servicio de Medicina Preventiva, Calidad Asistencial y Seguridad de Pacientes. Departamento de Salud de Elda. Carretera de Elda-Sax s/n. 03600 Elda (Alicante. España).

RESUMEN

La bacteriemia asociada a catéter es un evento adverso grave prevenible que implica un daño inaceptable para los pacientes y para las organizaciones sanitarias. Cinco medidas –la barrera estéril máxima, el lavado de manos, la limpieza del sitio de inserción con clorhexidina, evitar la utilización de la vena femoral para la inserción, así como la retirada precoz de los catéteres innecesarios– han disminuido significativamente la incidencia de BRC en pacientes críticos y constituyen el paquete de mejores prácticas recomendadas por el CDC, el IHI y la AHQR, como componente principal de cualquier enfoque de prevención. En 2006, una intervención desarrollada en más de cien unidades de cuidados intensivos de Michigan (EE.UU.) logró tasas de 0 BRC por 1.000 días de uso de catéter. Los componentes de esta intervención fueron: implementación de las mejores prácticas y la mejora de la cultura y el trabajo en equipo. Un programa, llamado “*En la cúspide: Detener la BRC*”, formulado a partir del proyecto de Michigan, se está aplicando en España e Inglaterra. En nuestro país, el proyecto denominado “*Bacteriemia zero*” es coordinado por el grupo ENVIN-HELICS y está financiado por el Ministerio de Sanidad y Política Social. Este artículo revisa las evidencias y los defectos de las estrategias de prevención que se proponen actualmente.

ABSTRACT

Catheter-related bacteremia (CRB) are frequent and costly life-threatening but preventable infections. Five measures – maximal sterile barrier precautions, hand washing, and cleaning of the skin insertion site with chlorhexidine as well as the avoidance of femoral vein insertion sites and the removal of unnecessary catheters– significantly reduced the incidence of CRB in critically patients and, integrate the bundle of best practices recommended by the CDC, the IHI and the AHQR as a main component of any prevention approach. More recently, an intervention developed in more than a hundred Michigan (USA) intensive care units achieved rates of 0 CRB per a 1000 catheterization-days. The components of this intervention included translating evidence into practice and improving

culture and teamwork. A program, called “*On the CUSP: Stop BSI*”, formulated from the Michigan project, is being implemented in Spain. In our country, the project named “*Bacteremia zero*” is coordinated by the group ENVIN-HELICS and is funded by the Ministry of Health and Social Policy. This paper reviews evidences and flaws of the prevention strategies currently proposed.

INTRODUCCIÓN

Identificar y priorizar áreas y acciones de intervención son los primeros pasos de todo ciclo de mejora. Los aspectos a considerar incluyen la relevancia de los sucesos en términos de magnitud y gravedad, y la eficacia, efectividad y eficiencia de las medidas a implementar. No obstante, serán las expectativas de mejora con respecto al problema y los beneficios que se prevean para los pacientes, lo que más influirá en la planificación de actividades. En el caso de la vigilancia de la bacteriemia asociada a catéter, las preguntas clave son: ¿Cuál es la importancia del problema?, ¿cuáles son las evidencias que avalan las posibles intervenciones?, ¿está justificado priorizar la prevención de la bacteriemia asociada a catéter vascular frente a otras posibles intervenciones?

La bacteriemia asociada a catéter vascular aumenta la mortalidad, prolonga la estancia, incrementa considerablemente el consumo de antimicrobianos y el coste del proceso asistencial. En los hospitales de Estados Unidos se ha estimado que anualmente se producen 80.000 bacteriemias asociadas a catéter venoso central, responsables de 10.000 a 20.000 fallecimientos, con un coste que oscila entre 3.700 y 28.000 dólares por infección (2.300 millones de dólares al año) (1). En España, se ha estimado en 5.000 a 8.000 el número de bacteriemias que se producen anualmente en las unidades de cuidados intensivos, con una mortalidad directamente relacionada de 10%, un incremento de la estancia hospitalaria de 19 días y un coste por caso prevenido de más de 3.000 euros (2).

Sin embargo, las bacteriemias asociadas a catéter vascular son infecciones totalmente prevenibles. Cinco medidas –la higiene de manos, la barrera estéril máxima, la asepsia del punto

de inserción con clorhexidina gluconato, priorizar la utilización de la vena subclavia y valorar la indicación diariamente—demostraron durante la primera mitad de la pasada década ser estrategias altamente eficaces en la prevención de la bacteriemia asociada a catéter vascular y componen el paquete (*bundle*) de mejores prácticas recomendado por reconocidas organizaciones de expertos (3). La implementación de estas prácticas requiere, no obstante, de intervenciones educativas para alcanzar su máxima eficacia (4, 5) y, posiblemente, de intervenciones combinadas que incorporen, además, verificación de las actividades, trabajo en equipo y compromiso de los profesionales con la seguridad del paciente.

En 2006, Pronovost y cols (6) comunicaron tasas de 0 bacteriemias asociadas a catéter tras la puesta en marcha de un programa multi-intervención que combinaba las mejores prácticas con verificación del cumplimiento, y la formación técnica y en seguridad de pacientes del personal de las unidades de cuidados intensivos. Esta estrategia constituye la base del programa “*On the CUSP: Stop BSI*” (En la cúspide: *Stop bacteriemia*), que la “*Agency for Healthcare Research and Quality*” propone implementar en todos los hospitales de EE.UU. (3). En España, esta intervención multimodal se ha empezado a evaluar en el marco del proyecto “*Bacteriemia zero*” dirigido por el grupo ENVIN-HELICS (7). No obstante, el estudio de Pronovost y cols (6) presentaba deficiencias metodológicas que dificultan extrapolar sus resultados y estimar el impacto potencial que esta estrategia alcanzará nuestro medio.

En su estudio, Pronovost y cols (6) evaluaron la frecuencia de bacteriemias asociadas a catéteres en 108 unidades de cuidados intensivos del estado de Michigan (EE.UU.). Se trataba de un estudio observacional longitudinal prospectivo, con una población dinámica de unidades de cuidados intensivos que entran y salen del estudio comunicando datos durante periodos limitados. En el estudio, 55 unidades aportaron datos basales con una tasa de incidencia de 2,7 (IC95%: 0,6-4,8) bacteriemias por 1.000 días de uso de catéteres. En el periodo final del estudio, 16-18 meses de seguimiento, participaron 70 unidades que comunicaron 0 bacteriemias por 1.000 días de uso de catéteres (IC95%: 0-2,4). Sin embargo, el estudio no refiere cuál fue la diferencia de tasas o la fracción prevenida gracias al programa en las unidades que aportaron datos tanto al inicio como al final del estudio. Por otra parte, el estudio carecía de grupo control, lo que impide estimar qué proporción de la mejora fue debida al programa y qué proporción pudo ser debida al interés en el problema y al sistema de vigilancia que se implementó. No obstante, en la editorial que acompañó a la publicación del estudio, R. Wenzel y M. Edmon (8) estimaron que una vez corregido el efecto Hawthorne, la intervención evaluada por Pronovost y cols (6) pudo haber sido capaz de prevenir un 50% de las bacteriemias asociadas a catéter. El estudio de Pronovost y cols (6) ha sido también criticado por la falta de datos sobre las pérdidas, por tener un seguimiento muy irregular y por no aportar información sobre la existencia previa y durante el estudio, de posibles co-intervenciones que podrían haber influido en los resultados (9, 10). En una publicación reciente, el grupo de Pronovost y cols (11) comunicó la continuación de su estudio con un seguimiento de 34-36 meses. En esta ocasión, 90 unidades de cuidados intensivos aportaron datos para la evaluación final, mostrando tasas de incidencia de 0 (IC95%: 0-1,2) bacteriemias por 1.000 días de uso de catéter, si bien el estudio está sujeto a la mismas críticas que el trabajo original.

El programa “*Bacteriemia zero*” empezó a evaluarse en unidades de cuidados intensivos en España en el último trimestre de 2007. Se trata de una intervención muy estructurada con dos objetivos de intervención: 1) Mejora de la adherencia a las mejores prácticas en la inserción y en el mantenimiento del catéter, y 2) Compromiso con la seguridad del paciente, mediante la evaluación de la cultura de seguridad, la formación del personal, el estudio de los errores y la búsqueda de alianzas. El programa oferta a las unidades de cuidados intensivos que se adhieren todos los recursos necesarios para su puesta en marcha (7). Aunque los responsables del programa todavía no han publicado resultados, el informe ENVIN-HELICS 2009 muestra con respecto a 2008 una significativa reducción de las tasas de bacteriemia asociada a catéter (Tabla I) que ha sido interpretada por los autores como secundaria al efecto de la implementación del programa *Bacteriemia zero* en parte de las unidades de cuidados intensivos que aportan datos al registro (12).

Las evidencias científicas de que disponemos sobre la eficacia de los programas multi-intervención son todavía escasas. Una búsqueda bibliográfica en Pubmed con los términos (“*infection control*” [mesh] OR “*cross infection/prevention and control*” [mesh]) AND (“*bacteremia*” [ti] OR “*bloodstream*” [ti]) AND “*catheter*” AND “*journal article*” [PT]) ha detectado 97 publicaciones relativas a la prevención de la bacteriemia asociada a catéter, de las cuales 48 procedían de unidades de cuidados intensivos. De éstas, sólo 4 —una vez excluido el grupo de Pronovost— investigaron el efecto de intervenciones multimodales en unidades de cuidados intensivos de adultos (13-16). En todos los casos, la intervención disminuyó la frecuencia de bacteriemia asociada a catéter, aunque no se consiguió la eliminación. Ninguno de estos estudios ha investigado la ventaja en la fracción prevenida por la intervención multimodal con respecto a intervenciones clásicas o los costes y recursos necesarios para su ejecución.

Así pues, la bacteriemia asociada a catéter es un evento adverso grave prevenible que implica un daño inaceptable para los pacientes y para las organizaciones sanitarias, por lo que su prevención debe ser un objetivo irrenunciable. Sin embargo, de momento no hay evidencias suficientes para afirmar que la prevención de la bacteriemia asociada a catéter requiera necesariamente intervenciones multimodales.

La tercera pregunta que nos planteábamos: ¿Está justificado priorizar la prevención de la bacteriemia asociada a catéter vascular frente a otras posibles intervenciones?, requiere que consideremos los beneficios previsibles para los pacientes mediante la prevención de éste u otro evento adverso. Las bacteriemias nosocomiales afectan al 1% de los pacientes ingresados en nuestros hospitales y representan un 14% del total de las infecciones nosocomiales detectadas en los estudios de prevalencia nacionales (17). Sin embargo, sólo un tercio de las bacteriemias corresponden a bacteriemias primarias o asociadas a catéter (5% de todas las infecciones nosocomiales). Por el contrario, la prevalencia de infecciones de tracto urinario, tracto respiratorio o sitio quirúrgico es 70, 60 y 50% superior, respectivamente. En las unidades de cuidados intensivos, las bacteriemias nosocomiales se observan en aproximadamente un 5% de los pacientes ingresados, mientras que las infecciones de tracto urinario y las neumonías nosocomiales afectan al 3,5% y al 12,7% de los pacientes ingresados, siendo la prevalencia de

Tabla I. Resultados de los estudios nacionales de vigilancia de infección nosocomial (ENVIN-HELICS)

	2006	2007	2008	2009
NÚMERO DE UCIs PARTICIPANTES	105	112	121	147
BACTERIEMIA PRIMARIA + ASOCIADA CATÉTER				
Número de episodios	393	393	436	346
Días de uso de dispositivos	123.000	134.694	142.824	160.079
Episodios por 1.000 días-dispositivo	3,20	2,92	3,05	2,16
% cambio respecto a año previo		-8,68	4,63	-29,20
NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA				
Número de episodios	717	781	845	740
Días de uso de dispositivos	48.918	53.772	56.527	64.689
Episodios por 1.000 días-dispositivo	14,66	14,52	14,95	11,44
INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDAJE VESICAL				
Número de episodios	401	403	438	451
Días de uso de dispositivos	78.046	85.941	92.098	105.389
Episodios por 1.000 días-dispositivo	5,14	4,69	4,76	4,28
% de cambio respecto a año previo		-8,73	1,42	-10,02

neumonía nosocomial 144% superior a la de la bacteriemia nosocomial. La mayor frecuencia de otras localizaciones de infección nosocomial en los pacientes atendidos en las unidades de cuidados intensivos es también evidente en los estudios de incidencia (12) (Tabla I), en los que del total de infecciones comunicadas, la bacteriemia primaria o asociada a catéter supuso entre un 22% y 24%, mientras que la neumonía asociada a ventilación mecánica y la infección de tracto urinario asociada a sondaje vesical representaron un 42%-45% y un 23%-25% del total de infecciones respectivamente. Estas otras localizaciones de infección nosocomial producen también daño a los pacientes y a la organización sanitaria. En un estudio reciente, Rosenthal y cols (18) confirmaron que la neumonía asociada a ventilación mecánica produce un exceso de mortalidad de 29,3% y prolonga la estancia hospitalaria 11 días, mientras que la infección urinaria asociada a sondaje vesical produce un exceso de mortalidad de 18,5% y prolonga la estancia hospitalaria 9,5 días, cifras que para la bacteriemia asociada a catéter se sitúan en 23,6% y 12 días en este estudio.

Por lo tanto, además de bacteriemia asociada a catéter, nuestros pacientes en las unidades de cuidados intensivos sufren otros eventos adversos que pueden ser más frecuentes y más graves. Estos eventos son también prevenibles mediante intervenciones que combinan prácticas de eficacia probada (19-21). Consecuentemente, centrarnos en la bacteriemia asociada a catéter puede no ser lo más beneficioso para nuestros pacientes si este objetivo nos impide o dificulta abordar los otros problemas. Contrario a lo que hemos pensado hasta la fecha, pudiera ser más beneficioso para nuestros pacientes implementar acciones generales, menos eficaces pero con mayor alcance, que implementar acciones

con objetivos concretos que benefician sólo a un grupo de pacientes. Este planteamiento fue defendido por R. Wenzel (22) en una publicación reciente en la que explicaba las ventajas y desventajas de implementar intervenciones verticales y horizontales. Una intervención vertical es aquella que está focalizada en un subgrupo de pacientes con un objetivo concreto; por el contrario, una intervención horizontal es una medida aplicable a la globalidad de los pacientes. R. Wenzel utilizaba en su ejemplo dos estudios publicados en el mismo número de la revista, el primero –intervención vertical– evaluaba la eficacia de la aplicación de mupirocina nasal prequirúrgica en la prevención de las infecciones quirúrgicas producidas por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) (23). El segundo estudio –intervención horizontal– evaluaba la eficacia de la preparación prequirúrgica con clorhexidina alcohólica versus povidona yodada en la prevención de las infecciones quirúrgicas en general (24). Mientras que el primer programa fue capaz de reducir un 58% las infecciones quirúrgicas producidas por SARM, el segundo programa previno un 40% del total de infecciones quirúrgicas. Ambos programas combinados habrían reducido un 47% el total de las infecciones quirúrgicas.

La medida más básica en la prevención de las infecciones nosocomiales hasta la fecha es la higiene de manos. La higiene de manos ha demostrado ser capaz por sí misma de reducir un 41% las infecciones nosocomiales cuando se alcanza una adherencia del 65% (25). Un programa cuyo objetivo fuese la reducción de las infecciones nosocomiales mediante la mejora de la adherencia a las recomendaciones de higiene de manos, tendría la consideración de programa horizontal. Por el contrario, el programa *Bacteriemia zero* tendría la consideración de intervención vertical, ya que está dirigida a un

problema y subgrupo de pacientes específico. Este programa, con un 50% de eficacia estimada (8), podría reducir la bacteriemia asociada a catéter de forma notable. Sin embargo, un programa de mejora de higiene de manos, con una menor eficacia, redundaría en mayores beneficios para el conjunto de pacientes.

En conclusión, la bacteriemia asociada a catéter es un evento adverso indeseable, grave y prevenible, como también lo son otras infecciones nosocomiales que afectan a los pacientes en las unidades de cuidados intensivos. El programa *Bacteriemia zero* puede ser una magnífica estrategia para minimizar el problema, no obstante, las evidencias científicas que lo avalan son todavía escasas. En la prevención de la infección nosocomial, la adherencia a las mejores prácticas debe ser un objetivo esencial, y entre éstas, la higiene de manos debe ocupar el lugar preferente, ya que beneficia a todos los pacientes con independencia de los riesgos a los que estén expuestos o el área de asistencia en que se encuentren.

Domicilio para la correspondencia:

Victoria Valls Jiménez
Servicio de Medicina Preventiva, Calidad Asistencial
y Seguridad de Pacientes
Departamento de Salud de Elda
Carretera de Elda-Sax s/n
03600-Elda, Alicante. España
Valls_vic@gva.es
Teléfono de contacto: +34 966989078

BIBLIOGRAFÍA

- Wenzel RP, Edmond MB. *Team-based prevention of catheter-related infections*. N Engl J Med 2006;355(26):2781-3.
- Rello J, Ochagavía A, Sabanes E, Roque M, Mariscal D, Reynaga E, Valles J. Evaluation of outcome of intravenous catheter-related infections in critically ill patients. Am J Resp Crit Care 2000;162(3):1027-0.
- Sawyer M, Weeks K, Goeschel CA, Thompson DA, Berenholtz SM, Marsteller JA, Lubomski LH, Cosgrove SE, Winters BD, Murphy DJ, Bauer LC, Duval-Arnould J, Pham JC, Colantuoni E, Pronovost PJ. *Using evidence, rigorous measurement, and collaboration to eliminate central catheter-associated bloodstream infections*. Crit Care Med 2010;38(8 Suppl):S292-8.
- Warren DK, Zack JE, Mayfield JL, Chen A, Prentice D, Fraser VJ, Kollef MH. *The effect of an education program on the incidence of central venous catheter-associated bloodstream infection in a medical ICU*. Chest 2004;126(5):1612-8.
- Lobo RD, Levin AS, Gomes LM, Cursino R, Park M, Figueiredo VB, Taniguchi L, Polido CG, Costa SF. *Impact of an educational program and policy changes on decreasing catheter-associated bloodstream infections in a medical intensive care unit in Brazil*. Am J Infect Control 2005;33(2):83-7.
- Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, Sexton B, Hyzy R, Welsh R, Roth G, Bander J, Kepros J, Goeschel C. *An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU*. N Engl J Med 2006;355(26):2725-32.
- Proyecto bacteriemia zero. Programa para reducir las bacteriemias por catéteres venosos centrales en las UCI del SNS. <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/bacteriemia.htm>
- Wenzel RP, Edmond MB. *Team-based prevention of catheter-related infections*. N Engl J Med 2006;355(26):2781-3.
- Daley MR. *Catheter-related bloodstream infections*. N Engl J Med 2007;356(12):1267-8.
- Jenny-Avital ER. *Catheter-related bloodstream infections*. N Engl J Med 2007;356(12):1267.
- Pronovost PJ, Goeschel CA, Colantuoni E, Watson S, Lubomski LH, Berenholtz SM, Thompson DA, Sinopoli DJ, Cosgrove S, Sexton JB, Marsteller JA, Hyzy RC, Welsh R, Posa P, Schumacher K, Needham D. *Sustaining reductions in catheter related bloodstream infections in Michigan intensive care units: observational study*. BMJ 2010;340:c309.
- Estudio Nacional de Vigilancia de Infecciones Nosocomiales en UCI. ENVIN-UCI. <http://hws.vhebron.net/envin-helics>.
- Marra AR, Cal RG, Durão MS, Correa L, Guastelli LR, Moura DF Jr, Edmond MB, Dos Santos OF. *Impact of a program to prevent central line-associated bloodstream infection in the zero tolerance era*. Am J Infect Control 2010;38(6):434-9.
- Zack J. *Zeroing in on zero tolerance for central line-associated bacteremia*. Am J Infect Control 2008;36(10):S176.
- Bonello RS, Fletcher CE, Becker WK, Clutter KL, Arjes SL, Cook JJ, Petzel RA. *An intensive care unit quality improvement collaborative in nine Department of Veterans Affairs hospitals: reducing ventilator-associated pneumonia and catheter-related bloodstream infection rates*. Jt Comm J Qual Patient Saf 2008;34(11):639-45.
- Peredo R, Sabatier C, Villagrà A, González J, Hernández C, Pérez F, Suárez D, Vallés J. *Reduction in catheter-related bloodstream infections in critically ill patients through a multiple system intervention*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2010;29(9):1173-7.
- Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España 2009. Informe global de España. [http://www.sempsp.com/sempsp/attachments/297_Informe EPINE-2009 ESPAÑA.pdf](http://www.sempsp.com/sempsp/attachments/297_Informe%20EPINE-2009%20ESPAÑA.pdf)
- Rosenthal VD, Maki DG, Jamulitrat S, Medeiros EA, Todi SK, Gomez DY, Leblebicioglu H, Abu Khader I, Miranda Novales MG, Berba R, Ramírez Wong FM, Barkat A, Pino OR, Dueñas L, Mitrev Z, Bijie H, Gurskis V, Kanj SS, Mapp T, Hidalgo RF, Ben Jaballah N, Raka L, Gikas A, Ahmed A, Thu le TA, Guzmán Sirtt ME. *INICC Members. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary for 2003-2008, issued June 2009*. Am J Infect Control. 2010;38(2):95-104.
- Bouadma L, Mourvillier B, Deiler V, Le Corre B, Lolom I, Régnier B, Wolff M, Lucet JC. *A multifaceted program to prevent ventilator-associated pneumonia: impact on compliance with preventive measures*. Crit Care Med 2010;38(3):789-96.
- Institute for Healthcare Improvement. Prevent Ventilator-Associated Pneumonia. 5 Million Lives Campaign. <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/VAP.htm>
- Institute for Healthcare Improvement. Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections. <http://www.ihl.org/IHI/Programs/ImprovementMap/PreventCatheterAssociatedUrinaryTractInfections.htm>
- Wenzel RP. *Minimizing surgical-site infections*. N Engl J Med 2010;362(1):75-7.
- Bode LG, Kluytmans JA, Wertheim HF, Bogaers D, Vandenbroucke-Grauls CM, Roosendaal R, Troelstra A, Box AT, Voss A, van der Tweel I, van Belkum A, Verbrugh HA, Vos MC. *Preventing surgical-site infections in nasal carriers of Staphylococcus aureus*. N Engl J Med 2010;362(1):9-17.
- Darouiche RO, Wall MJ Jr, Itani KM, Otterson MF, Webb AL, Carrick MM, Miller HJ, Awad SS, Crosby CT, Mosier MC, Alsharif A, Berger DH. *Chlorhexidine-Alcohol versus Povidone-Iodine for Surgical-Site Antisepsis*. N Engl J Med 2010;362(1):18-26.
- Rosenthal VD, Guzman S, Safdar N. *Reduction in nosocomial infection with improved hand hygiene in intensive care units of a tertiary care hospital in Argentina*. Am J Infect Control 2005;33(7):392-7.

Originales

¿Podemos influir de forma efectiva sobre la conducta de clínicos y directivos?

C. Aibar^{1,2}, T. Giménez², P. Pérez¹

¹ Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza.

² Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Unidad de Seguridad del Paciente. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Servicio Aragonés de Salud.

RESUMEN

El liderazgo, entendido como la capacidad de un profesional y/o un servicio para influir sobre otros profesionales y/o servicios para que trabajen y se involucren en el logro de objetivos comunes, es una función clave de los servicios de medicina preventiva y unidades de calidad asistencial para promover e implementar iniciativas e incentivar y motivar a grupos y equipos en relación con la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

Aspectos clave a considerar para lograr cambios en individuos y organizaciones son: evidencia de las intervenciones, conocimiento de las actitudes de los profesionales, perseverancia, participación y existencia de un plan de implementación.

Existen distintos planteamientos para abordar cambios de conductas entre los profesionales sin evidencia suficiente para recomendar uno u otro. A pesar de sus limitaciones, todos tienen elementos positivos para ser utilizados con mesura, en función de cada realidad asistencial.

ABSTRACT

Leadership, understood as the power of a professional and/or service to influence other professionals and/or services to work and engage in achieving common goals is a key function of Preventive and Quality of Care Departments to promote and implement initiatives and encourage and motivate teams and groups in relation to the quality of care and patient safety.

Key issues to consider for change in individuals and organizations are: evidence of the interventions, knowledge of professional attitudes, perseverance, participation and carry out an implementation plan.

There are different approaches to achieve behavior changes among professionals without sufficient evidence to recommend one or the other. Despite their limitations, they all have positive elements to be used sparingly, depending on each health care locations.

Convencer a un director de hospital de la oportunidad de un cambio organizativo para mejorar el cumplimiento de la quimioprofilaxis perioperatoria, persuadir a un clínico sobre la necesidad de implementar medidas de aislamiento percibidas por éste como exageradas, colaborar en el desarrollo de una iniciativa planteada por profesionales de enfermería para mejorar la desinfección de un dispositivo determinado o pretender una mejora en el cumplimiento de la higiene de manos en las diferentes áreas de hospitalización, son actividades que forman parte de unos servicios en los que, además de “hacer” actuaciones, tales como la vigilancia y control de los problemas relacionados con los riesgos asistenciales (infecciones,...), la elaboración de normativas y protocolos o la evaluación de la efectividad y seguridad de las actuaciones realizadas, tienen entre sus funciones favorecer y conseguir que otros profesionales “hagan” actuaciones que podemos considerar desde imprescindibles hasta convenientes, para mejorar la atención que se presta y la seguridad de la misma. Es en este contexto en el que la función del liderazgo aparece como clave del desarrollo efectivo de las actuaciones de cualquier profesional del campo de la medicina preventiva y la salud pública.

EL LIDERAZGO EN EL SISTEMA SANITARIO

El liderazgo, entendido como la capacidad de un profesional y/o un servicio para influir sobre otros profesionales y/o servicios para que trabajen y se involucren en el logro de objetivos comunes, precisa de capacidad para promover e implementar iniciativas e incentivar y motivar a grupos y equipos.

El liderazgo y el poder de decisión en el conjunto del sistema sanitario está determinado por múltiples factores: las prerrogativas que determinan el rol y el *status* del puesto de trabajo, el control de los recursos y las técnicas y el conocimiento, se equilibran con otros determinantes como el prestigio, la capacidad de seducción y otros factores emocionales.

Por otra parte, los cambios en sanidad son inevitables y permanentes. Los avances médicos y tecnológicos, el cambio en las necesidades de los pacientes debido al envejecimiento de la población y la cronicidad de las enfermedades y la presión económica han acelerado más si cabe la velocidad de los mismos, dando lugar a que las organizaciones sanitarias se vean obligadas continuamente a modificar sus prácticas.

EL LIDERAZGO EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

En el campo de la salud pública un liderazgo efectivo requiere, además de los conocimientos básicos necesarios para la práctica de la misma, habilidades y actitudes como las siguientes (1):

- Capacidad de definir y articular una visión clara de los fines.
- Capacidad de compartir la visión de otros profesionales e influir en la misma.
- Resiliencia y perseverancia hacia la visión a pesar de las dificultades.
- Mantenimiento de la integridad profesional.
- Combinación adecuada de autoestima y autocrítica.
- Humildad suficiente para reconocer que alguien más puede tener razón en sus razonamientos y percepciones, aunque sean diferentes de los propios.
- Entusiasmo por el trabajo a desarrollar.

ESTRATEGIAS PARA INFLUIR DE FORMA EFECTIVA EN LAS ORGANIZACIONES Y SUS PROFESIONALES

Persuadir, influir, convencer, inducir y abogar para que individuos y grupos cambien sus formas de pensar y actuar es

un proceso complejo sobre el que existe abundante literatura y no demasiada evidencia sobre su efectividad.

De todas las estrategias posibles no hay una que pueda considerarse como la más exitosa (2, 3, 4). Su impacto depende de las condiciones en las que se desarrolle y combinar distintos métodos suele ser mejor que utilizarlos aisladamente.

Sin embargo, aspectos clave para lograr los fines deseados son los siguientes:

- Evidencia suficiente de la adecuación de la intervención para lograr el cambio deseado.
- Conocimiento de actitudes y percepciones de los profesionales ante el cambio.
- Perseverancia.
- Énfasis en involucrar a los profesionales.
- Existencia de un plan de implementación.

Si bien todos los aspectos citados son importantes, debe destacarse la opinión de la actual presidenta del *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), M Bisognano, respecto a la necesidad de un plan de implementación, ya que un 90 por ciento de los proyectos de cambio fracasan por problemas o fallos en la estrategia de ejecución.

Aspectos clave a considerar en un plan de implementación son, entre otros, los siguientes: presupuestos, objetivos a corto y medio plazo, secuencia de actuaciones a desarrollar con el consiguiente cronograma, planes de contingencia ante eventualidades no deseadas, asignación de tareas y mecanismos permanentes de comunicación (5). La Figura 1, inspirada en el modelo de Kotter para promover cambios en las organizaciones (6), facilita una visión panorámica de las fases a considerar para promover e implementar cambios en las organizaciones.

En cualquier caso, lograr cambios organizativos y culturales implica conseguir cambios en las personas y trabajar

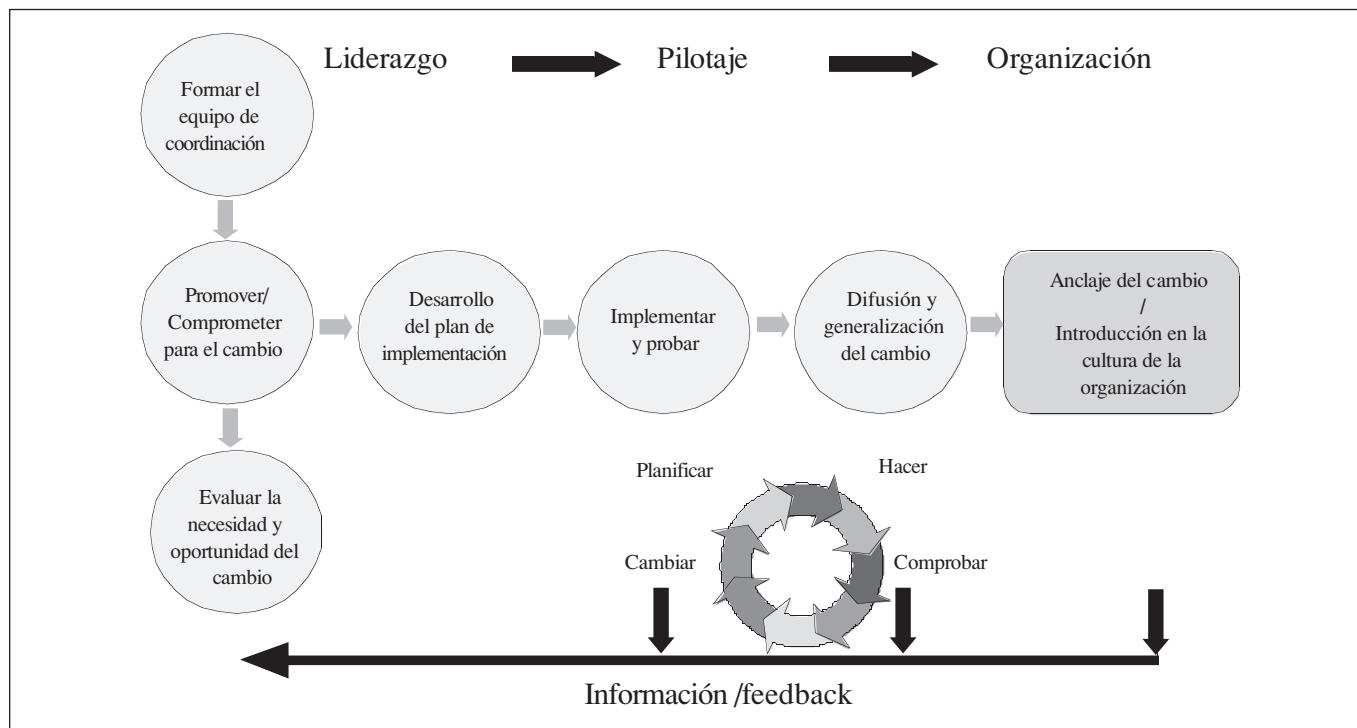


Figura 1. Fases a considerar para promover e implementar cambios en las organizaciones.

el llamado lado humano del cambio y para ello constituye una excelente guía la propuesta por Grol diferenciando distintos enfoques para trabajar cambios de conductas en la práctica clínica en función de la teoría en que se basan, el eje argumental de las acciones a desarrollar y el desarrollo de propuestas concretas de actuación (Tabla I).

Entre los centrados en procesos internos se encuentran el planteamiento educativo, el epidemiológico y el marketing. Los centrados en influencias externas serían sobre la conducta, la interacción social, los cambios en la organización y las medidas coercitivas.

Planteamiento educativo

El fundamento del planteamiento educativo asume que el cambio se produce por el deseo de aprender, mejorar y ser competente. El eje de las actuaciones sería el estímulo de dicho esfuerzo a través de la motivación, la incentivación y la facilitación, el *feedback* y la comparación con estándares externos.

Las posibles actuaciones a desarrollar serían a través de formación de grupos pequeños de trabajo, la búsqueda del consenso local y el aprendizaje interactivo basado en problemas.

Planteamiento epidemiológico

El planteamiento epidemiológico parte del principio de que los cambios de conducta se fundamentan en la utilización de la razón y del mejor conocimiento disponible. Por tanto, el eje argumental consistiría en facilitar a los profesionales información epidemiológica con suficiente rigor, validez y precisión.

Los instrumentos a utilizar serían, por tanto, la elaboración y difusión de normativas y otros productos basados en la evidencia (guías, protocolos...) y la lectura crítica de artículos. Sin embargo, trasladar el conocimiento a la práctica clínica es un arte que requiere destrezas no sólo clínicas, sino de comunicación entre gestores y los profesionales involucrados en su aplicación.

Planteamiento persuasivo

El fondo de este planteamiento asume que para que se produzca un cambio es necesaria la "venta" del mismo a través de la aplicación del marketing, entendiéndose como tal el conjunto de principios y prácticas que buscan el aumento de la demanda.

Tabla I. Planteamientos para el cambio de conducta en la atención a la salud*

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Centrados en procesos internos: <ul style="list-style-type: none"> – Educativo – Epidemiológico – Marketing • Centrados en influencias externas: <ul style="list-style-type: none"> – Sobre la conducta – Interacción social – Cambios en la organización – Medidas coercitivas |
|---|

* Fuente: Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. BMJ. 1997; 315:418-421

El eje argumental se basa en la venta del cambio y la percepción del mismo como necesario e imprescindible. Las actuaciones se basarían en investigar las necesidades de los profesionales, la adaptación a las mismas y la utilización de líderes de la opinión, medios y tecnología de la comunicación, y también el uso de incentivos.

Planteamiento conductista

En la base de este planteamiento está la opinión de que el cambio ocurre como consecuencia de las influencias externas, tanto antes, como durante y después del proceso de cambio.

El eje de las actuaciones estaría en la motivación continua y el control del cumplimiento del cambio. Bajo este supuesto, las acciones a desarrollar irían en la línea de la auditoría, la monitorización, y el uso de recordatorios, incentivos y sanciones.

Planteamiento basado en la influencia social

El fundamento de esta teoría es que factores como la cohesión del grupo social y el liderazgo determinan en gran manera la conducta de los individuos.

El eje argumental se basa en la existencia de "modelos" y ejemplos de buena práctica y aceptación social. Las actuaciones se basan en la búsqueda de líderes de opinión, la revisión por pares, el *benchmarking*, la presión de grupo, las recomendaciones de sociedades y grupos científicos, así como la utilización de personal y visitantes específicos dedicados a lograr el cambio (*outreach visits*).

Planteamiento organizativo

La base del mismo radica en que la conducta de los individuos está determinada por el sistema y no por las propias personas. Ante tal supuesto, el objetivo sería favorecer y crear condiciones estructurales y organizativas para el cambio.

En esta línea, las actuaciones a desarrollar serían el ejercicio del liderazgo, la gestión por procesos y la formación de equipos de trabajo.

Planteamiento coercitivo

El fundamento del planteamiento es la llamada teoría x de la personalidad, la cual asume que las personas sólo trabajan por obligación, eluden la responsabilidad, requieren supervisión y control externo y sólo cambian cuando se ven forzadas a ello (8).

Ante este supuesto, el eje sobre el que pivotarían las actuaciones a lograr el cambio sería el uso del poder a través de la presión, el control y la motivación.

Las actuaciones propias de este planteamiento irían en la línea del uso de prerrogativas de la organización, tales como: sanciones, castigos, procedimientos legales, contratos, acuerdos,...

Actitudes ante los cambios

La actitud es una predisposición del ánimo –a favor o en contra–, para actuar de un determinado modo, dotada de un triple componente: cognitivo, consistente en la opinión o creencia sobre cómo son las cosas o por qué ocurren; afectivo o emocional; y conductual o de intención de hacer las cosas de un determinado modo.

Se parte del planteamiento que se parte, su importancia es decisiva para lograr cambios duraderos del comportamiento y,

por ende, culturales de una organización. En esta línea, actitudes a fomentar entre los profesionales sanitarios, independientemente de su lugar en el organigrama, serían las siguientes (9):

- Involucramiento o implicación en la organización:
 - Identificación con la actividad a desarrollar.
 - Autonomía para la decisión.
 - Percepción de la relevancia de la actividad.
 - Autoestima, satisfacción y adaptación con el trabajo
- Compromiso con la organización:
 - Identificación con metas y objetivos
 - Sentimiento y conocimiento de las normas y procedimientos
 - Desarrollo de lazos emocionales con la organización: valores, función, trato con los trabajadores,...

Fomentar este tipo de actitudes entre los profesionales requiere considerar una serie de cuestiones de estilo personal que, si bien son difícilmente medibles desde el punto de vista cuantitativo, suelen ser fácilmente perceptibles, tales como las siguientes:

- Promover la persuasión racional.
- Facilitar el intercambio de ideas, opiniones y conocimientos.
- Utilizar un lenguaje positivo ya que favorece comportamientos positivos.
- No contaminar a los demás nuestras actitudes negativas y prejuicios.
- Aplicar la sensatez o prudencia, lo que no equivale a nihilismo ni a falta de decisión. Significa tomar decisiones, asumiendo la experiencia personal, considerando la evidencia disponible y sus limitaciones y evaluando el riesgo del error.
- Disponer de un plan alternativo para cuando nuestros objetivos de cambio no sean los esperados.

EL CAMBIO INDIVIDUAL Y EL CAMBIO CULTURAL

La cultura de una organización la determinan los valores, actitudes y comportamientos predominantes que caracterizan su funcionamiento (10) y los cambios individuales facilitan los cambios en la organización.

Los roles que juegan los profesionales sanitarios en la calidad y la seguridad van desde el de médico referente o con capacidad de liderazgo y organización, hasta el de jugador de equipo. En cualquier caso, la influencia interpersonal es esencial para los mecanismos de difusión de los cambios. Los médicos tienden a operar en redes informales y horizontales.

Adicionalmente, todos los planteamientos señalados por Grol, a pesar de sus limitaciones, tienen elementos positivos para ser utilizados con mesura, en función de cada realidad asistencial.

Dirección de contacto:

Carlos Aibar Remón
Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina, aula B. Universidad de Zaragoza
C/ Domingo Miral, s/n. 50009-Zaragoza
caibar@unizar.es

NOTA: Los contenidos de este artículo fueron trabajados en el contexto de un Taller que se realizó en la Jornada Intercongresos de la Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene celebrada el 17 de septiembre de 2010 en Alicante. Los autores agradecen la participación, aportaciones y comentarios de los asistentes al mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Sim F.** *Public health Leadership*. En Pencheon D, Guest C, Mlzer D, Muir Gray JA. Oxford Handbook of Public health practice. Oxford: Oxford University Press 2006: 520-527.
2. **Greco PJ, Eisenberg JM.** *Changing Physicians' Practices*. N Eng J Med. 1993; 329:1271-4.
3. **Ranji SR, Shetty K, Posley KA, Lewis R, Sundaram V, Galvin CM, Winston LG.** Prevention of Healthcare-Associated Infections. Vol 6 of: Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK, editors. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Technical Review 9. AHRQ Publication No. 04(07)-0051-6. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2007.
4. **Arnold SR, Straus SE.** *Intervenciones para mejorar las prácticas de prescripción de antibióticos en la atención ambulatoria (Revisión Cochrane traducida)*. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
5. **Varkey P, Antonio K.** *Change Management for Effective Quality Improvement: A Primer*. American Journal of Medical Quality. 2010; 268-273.
6. **Kotter JP, Cohen DS.** *The hearth of change: real-life stories of how the people change their organizations*. Boston: Harvard Business School Press; 2002.
7. **Grol R.** *Beliefs and evidence in changing clinical practice*. BMJ. 1997; 315:418-421.
8. **Errasti F.** *Principios de gestión sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos, 1997.
9. **Robbins SP, Judge TA.** *Comportamiento organizacional*. México: Pearson, 2009.
10. **Pronovost P, Sexton B.** *Assessing safety culture: guidelines and recommendations*. Qual Saf Health Care. 2005;14:231-233.

NOTICIAS DE LA SOCIEDAD

XVI Congreso Nacional y V Internacional de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene

25-27 de Mayo 2011. Gran Canaria

SECRETARÍA TÉCNICA

Viajes El Corte Inglés, S. A.

Avda. Juan XXIII, Nº 9

35004 Las Palmas de Gran Canaria

Teléfono: 928 29 13 53. Fax: 928 29 18 76

Correo: eventos_lpa@viajeseci.es

Contacto: Olivia Monroy

Para más información consultar la web del congreso:

www.sempsph2011.com





SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA E HIGIENE

Apdo. de Correos, 9.382 – 28080 MADRID – www.sempsph.com

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

D.

Profesión Puesto de trabajo

Centro

Dirección Ciudad

Domicilio Particular

Teléfono E-mail: Ciudad

Desea inscribirse como socio de número en la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, comprometiéndose al pago de las cuotas.

Banco o Caja de Ahorros Sucursal

Dirección Ciudad C.P.

Nº de Cuenta Corriente o Libreta de Ahorros

....., a de 2011

Fdo.:

.....

Sr. Director

ruego atienda los recibos que a cargo de mi c/c. o l/a. Nº
librará la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.

....., a de 2011

Fdo.:



La revista *Medicina Preventiva* es el órgano de expresión de la **Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene** y su publicación pretende ser trimestral.

Los artículos que se remitan deben tener relación con la Medicina Preventiva y, en general, con todos los temas que puedan ser de interés para los miembros de la S.E.M.S.P. e H. (Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene).

Se acusará recibo de los trabajos recibidos, pero ello no compromete a su publicación.

En principio no se mantendrá correspondencia sobre los trabajos, ni se devolverá ningún original recibido.

Los manuscritos serán revisados y evaluados por los Comités Científico y de Redacción.

Ambos se reservan el derecho de introducir modificaciones de estilo, así como de acortar el texto que lo precise, comprometiéndose a respetar el contenido del original.

Los trabajos aceptados son propiedad de la Revista y su reproducción, total o parcial, sólo podrá realizarse previa autorización escrita de la Dirección de la Revista.

Los conceptos expuestos en los trabajos publicados en esta Revista, representan exclusivamente la opinión personal de sus autores.

La Revista incluirá además de artículos científicos, secciones fijas en las cuales se reflejarán noticias de la propia Sociedad, otras noticias de interés, publicaciones, etc. Se incluirá también una sección de "Cartas al Director".

Todo trabajo o colaboración, se enviará por triplicado a la Dirección de la Revista *Medicina Preventiva*: EDIMSA. c/ Alsasua, 16. M-28023. Fax: (91) 373 99 07.

1. Originales

- 1.1. Los trabajos estarán redactados en español y no deben tener una extensión mayor de quince (15) folios de 36 líneas cada uno, mecanografiados a doble espacio y numerados correlativamente.
- 1.2. Los gráficos, dibujos y fotografías o anexos, que acompañan al artículo, no entran en el cómputo de los quince folios.
- 1.3. Siempre que sea posible se acompañará el texto escrito del correspondiente diskette con la copia en programa de tratamiento de texto compatible con Vancouver-97 [*New England Journal of Medicine* 1997; 336 (4); págs. 309-315] (*Medicina Clínica* 1997. Vol. 109; 756-763).

2. Título y Autores

En el primer folio deberá figurar, y por este orden, título del artículo, nombre y apellidos de los autores, nombre y dirección del centro de trabajo, domicilio para la correspondencia, teléfono de contacto y otras especificaciones que se consideren oportunas.

3. Resumen y Summary en inglés

Tendrán una extensión máxima de 150 palabras y deberán estar redactados de forma que den una idea general del artículo.

4. Texto

Estará dividido en las suficientes partes, y ordenado de tal forma, que facilite su lectura y comprensión, ajustándose en lo posible al siguiente esquema:

- 1) Introducción.
- 2) Material y Métodos.
- 3) Resultados.
- 4) Discusión.
- 5) Conclusiones.

5. Referencia bibliográfica

Al final de todo artículo podrá indicarse, si es el caso, la bibliografía o trabajos consultados, no superando las veinticinco (25) citas.

Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa.

Se utilizarán las abreviaturas recomendadas en el *Index Medicus*.

6. Ilustraciones y Tablas

Se utilizarán aquellas que mejor admitan su reproducción.

Las **gráficas** estarán agrupadas al final del texto principal, procurando que la información no se duplique entre sí.

Las **fotografías** se enviarán sobre papel blanco y brillante y con un buen contraste. El tamaño será de 9 x 12 cm.

Los gráficos y las fotografías irán numerados en *números arábigos*, de manera correlativa y conjunta, como **figuras**. Se presentarán por separado del texto, dentro de sendos sobres, y los pies de las figuras deben ir mecanografiados en folio aparte.

Las **tablas** se presentarán en folios aparte del texto, con la numeración en *números romanos* y el enunciado correspondiente; las siglas y abreviaturas se acompañarán de una nota explicativa a pie de página.

7. Cartas al Director

En esta sección se incluirán observaciones científicas que conciernen al contenido de la revista y trabajos que por su formato reducido no puedan ser publicados como originales. La extensión no deberá superar dos hojas DIN A4 mecanografiadas a doble espacio, admitiéndose 1-2 tablas o figuras y hasta cinco citas bibliográficas. ■