

3. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T, Grupo de Trabajo EVADUR - SEMES. EVADUR: Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22:415–28.
4. Saturno PJ, da Silva Gama ZA, de Oliveira-Sousa SL, Fonseca YA, de Souza-Oliveira AC. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Medi Clin (Barc)*. 2008;131:18–25.
5. Alcaraz-Martínez J, Aranaz-Andrés JM, Martínez-Ros C, Moreno-Reina S, Escobar-Álvaro L, Ortega-Liarte JV, grupo de trabajo ERIDA. Estudio Regional de Incidentes Derivados de la Atención (ERIDA) en Urgencias. *Rev Calid Asist*. 2016;31:285–92.
6. Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás MR. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*. 2011;23:356–64.
7. Burström L, Letterstål A, Engström ML, Berglund A, Enlund M. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean

principles: A repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:296 [consultado 10 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/296>.

J. Alcaraz Martínez*, P. Bosque Lorente, O. Ortiz González, E. Ramiro Tena, I. Reina Nicolás y J. Nicolás Gálvez

Servicio de Urgencias, Hospital Universitario José M. Morales Meseguer, Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: julian.alcaraz2@carm.es (J. Alcaraz Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.07.004>
1134-282X/

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Análisis de 51.996 opiniones online sobre profesionales sanitarios en una web comercial



An analysis of 51.996 online opinions in a commercial rating website

Sra. Directora:

La mejora de la accesibilidad a Internet y el interés sobre temas de salud ha posibilitado que la búsqueda de información sobre estos temas sea una actividad cotidiana para los ciudadanos¹. Asimismo, en estos últimos años, en países como Estados Unidos o Alemania la aparición de portales de opinión está permitiendo a los pacientes valorar y compartir *online* su experiencia sobre los profesionales sanitarios que los han atendido². En España, aunque limitado al ámbito de la atención privada o de mutuas, empezamos a disponer de webs que permiten recoger esta opinión.

En este estudio se ha realizado un análisis estadístico de todas las puntuaciones publicadas entre febrero de 2011 hasta mayo de 2013 en una web comercial en España, Doctoralia, utilizando las puntuaciones que en una escala de 1 a 5 (siendo 5 el máximo) han obtenido los profesionales en las variables puntualidad, instalaciones, atención y recomendable. Para el análisis de los resultados se han utilizado los programas SPSS y Excel.

Se han analizado 51.996 puntuaciones sobre 17.754 profesionales. El promedio de puntuaciones por profesional fue de 2,9 (rango 1-68). El 71,4% (37.137) de las puntuaciones estaban acompañadas de un comentario.

La puntualidad del profesional ha obtenido 4,4 puntos de promedio, siendo el 60% (31.263) de las puntuaciones superiores a 5 puntos. En la variable instalaciones este promedio ha sido de 4,5, siendo el 62% (32.285) de las puntuaciones

superiores a 5 puntos. La atención del profesional ha obtenido de promedio 4,9 puntos, obteniendo 5 puntos en el 92% (47.682) de las puntuaciones. Asimismo, en la pregunta de si recomendarían al profesional se obtuvo un promedio de 4,9, dado que el 93% (48.493) de las puntuaciones fue de 5 puntos. El promedio de las puntuaciones de las 4 variables fue de 4,7 (DE 0,5) siendo el 67% (35.006) de estas superiores a 4,5 (tabla 1).

Las tres especialidades que recibieron más opiniones han sido ginecología y obstetricia (16,7%), odontología y estomatología (11,2%) y traumatología y COT (9,6%), sobre todo por el alto número de profesionales evaluados y de opiniones por profesional.

Los profesionales no médicos (odontología, psicología, fisioterapia, homeopatía, logopedia, óptica, osteopatía, podología, enfermería, acupuntura y nutrición/dietética) han obtenido 8.198 (17%) puntuaciones, *versus* 39.993 (83%) de los profesionales médicos. Los profesionales médicos han obtenido de media puntuaciones inferiores que los profesionales no médicos (4,6 *versus* 4,7), básicamente a costa de inferiores puntuaciones en puntualidad (4,3 *versus* 4,6).

Han sido evaluados 17.754 profesionales: 74,2% (13.175) hombres y 25,8% (4.579) mujeres. Con relación a su distribución en la web, los hombres también han recibido, proporcionalmente, más puntuaciones (3 *versus* 2,6) que las mujeres. Asimismo, los hombres han recibido puntuaciones medias superiores (4,7 *versus* 4,6).

La correlación significativa más alta se ha dado entre la variable recomendable y atención (0,804; $p < 0,001$), seguida de la correlación entre la puntualidad e instalaciones (0,424; $p < 0,001$). En cambio, la correlación entre atención y puntualidad (0,372; $p < 0,001$) ha sido inferior. En nuestro estudio, la atención del profesional, la calidad del trato, las explicaciones ofrecidas, etc., impactan de forma más significativa en la valoración de la experiencia de la asistencia —que se traduce en la recomendación del

Tabla 1 Comparaciones de las medias de las variables y desviación típica

Variable	Media	Desviación típica	t	p	IC 95%	
Puntualidad	4,4 ^a	0,89	1129,37	< 0,001	4,40	4,41
Atención	4,9	0,51	2185,85	< 0,001	4,87	4,88
Instalaciones	4,5	0,73	1401,76	< 0,001	4,51	4,52
Recomendable	4,9	0,48	2308,70	< 0,001	4,89	4,90
Promedio	4,7	0,49	2156,38	< 0,001	4,67	4,68

^a Escala de Likert de 1 a 5.

profesional— que los elementos más estructurales (puntualidad, instalaciones, ubicación, equipamientos, etc.).

El 11,3% (5.860) de las puntuaciones correspondían a usuarios registrados en la *web* que habían hecho visible su nombre en las puntuaciones (firma). El 60,8% (3.565) de puntuaciones firmadas en la *web* fueron realizadas por mujeres. Estos datos se corresponden con la bibliografía, que indica que las mujeres son más activas en la red en temas de salud¹.

Nuestros resultados son consistentes con estudios previos en los que se otorgan altas puntuaciones a los profesionales³⁻⁵. Estas altas puntuaciones pueden deberse a que, en general, los pacientes están muy satisfechos con la asistencia recibida. En cambio, otros autores apuntan a un «sonido del silencio»⁶ en el que las personas que han tenido una mala experiencia mantienen esta en la esfera de la privacidad.

Como limitaciones del estudio, hay que considerar que se trata de puntuaciones en un entorno de una mutua de medicina privada, por lo que el perfil de las opiniones está condicionado por el patrón de uso de esta tipología de servicios en nuestro entorno. También hay que tener presente las características de las *webs* comerciales, que hacen que las puntuaciones sean libremente emitidas por los usuarios, no pudiendo garantizarse que han sido los pacientes los que ha opinado sobre el servicio. Por otro lado, no todos los pacientes dedican un tiempo a escribir su opinión *online*; estos pueden ser pacientes más autónomos o con alguna motivación para reflejar su opinión¹. Asimismo, los resultados obtenidos no pueden ser comparados con los resultados de herramientas clásicas de valoración de la satisfacción, dado que utilizan diferentes parámetros.

Dado que la satisfacción del paciente es una parte crítica de los resultados de calidad de la asistencia sanitaria, las intervenciones sanitarias⁷, aparte de centrarse en la mejora de dicha asistencia, también deberían centrarse en la mejora de la experiencia del paciente teniendo en cuenta los nuevos espacios de participación que ha generado Internet^{8,9}.

Así, las calificaciones en línea podrían ser una fuente complementaria de información de los sistemas tradicionales de recogida de opinión al reunir elementos sobre la experiencia del paciente que pueden ser relevantes sobre la satisfacción con la atención⁹.

En este sentido, dado el avance imparable de los portales de opinión y dado que no existe mucha bibliografía en nuestro medio, se hace necesaria la investigación sobre estas *webs* para aumentar el conocimiento sobre la opinión de los pacientes en un entorno *online*.

Financiación

Los autores no han recibido ninguna ayuda económica ni material para la realización del estudio.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses. Doctoralia ha facilitado la base de datos pero no ha participado en ninguna fase de la investigación ni tampoco en la elaboración del manuscrito.

Agradecimientos

A Frederic Llordach y Albert Armengol, de Doctoralia, porque nos han facilitado la base de datos que ha servido de punto de partida de esta investigación.

Bibliografía

1. Lupiáñez F. Salud y Sociedad Red. Análisis de los usos de Internet relacionados con la salud. Barcelona: Ariel; 2010.
2. Emmert M, Meier F, Heider AK, Dürr C, Sander U. What do patients say about their physicians? An analysis of 3000 narrative comments posted on a German physician rating website. *Health Policy*. 2014;118:66–73.
3. Kadry B, Chu LF, Kadry B, Gammas D, Macario A. Analysis of 4999 online physician ratings indicates that most patients give physicians a favorable rating. *J Med Internet Res*. 2011;13:e95.
4. Black EW, Thompson LA, Saliba H, Dawson K, Black NMP. An analysis of healthcare providers' online ratings. *Inform Prim Care*. 2009;17:249–53.
5. Dreves F, Hinz V. Who chooses, who uses, who rates the impact of agency on electronic word-of-mouth about hospitals stays. *Health Care Manage Rev*. 2014;39:223–33.
6. De Barra M, Eriksson K, Strimling P. How Feedback Biases Give Ineffective Medical Treatments a Good Reputation. *J Med Internet Res* [revista electrónica] 2014 Aug;16(8) [consultado 5 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147705/>
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 1966;44:166–203.
8. Greaves F, Ramirez-Cano D, Millett C, Darzi A, Donaldson L. Harnessing the cloud of patient experience using social media to detect poor quality healthcare. *BMJ Qual Saf*. 2013;22:251–5.

9. Jung Y, Hur C, Jung D, Kim M. Identifying key hospital service quality factors in online health communities. *J Med Internet Res*. 2015;17:e90.

R. Ibáñez^{a,*} y F. Lupiáñez-Villanueva^b

^a Centre Fòrum-Hospital de l'Esperança, Consorci Sanitari Parc de Salut Mar, Barcelona, España

^b Departamento de Información y Comunicación, Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ribanez@parcdesalutmar.cat (R. Ibáñez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.03.001>
1134-282X/

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Eventos adversos hospitalarios en medicina interna: estudio prospectivo



Adverse events in an internal medicine: A prospective study

Sra. Directora:

El estudio de los eventos adversos (EA) en su conjunto no empieza hasta 1964, cuando Schimel realizó el primer estudio sobre la incidencia de EA ligados a la asistencia sanitaria¹. Generalmente se han utilizado estudios de cohortes retrospectivas y la medida de frecuencia más usada ha sido la incidencia acumulada, con una variabilidad entre el 2,9-16,6%^{2,3}. En cambio, el método prospectivo, aunque suponga mayor carga de trabajo, en los servicios médicos resulta más sensible para detectar tanto la aparición de EA como su carácter evitable⁴.

Con el objetivo de medir la incidencia de EA en un servicio médico hospitalario se realizó un estudio observacional prospectivo de cohorte única con fuente de datos mixta primaria (prospectiva) y secundaria (historia clínica). La muestra se obtuvo mediante una selección de pacientes ingresados en la Unidad 3 D de Medicina Interna General del Hospital General Universitario de Ciudad Real, desde el 1 de junio de 2008 hasta el hasta el 31 de marzo del año 2009.

Se definió EA como el daño o complicación no intencionada con consecuencias negativas para el paciente, causados por el proceso asistencial más que por la enfermedad subyacente⁵. Entre las variables estudiadas estaban las relacionadas con el paciente como la edad, el sexo, la estancia, los factores de riesgo intrínsecos (FRI) y extrínsecos (FRE). Relacionadas con el EA como la causalidad, la evitabilidad y sus consecuencias.

Al inicio del ingreso firmaron el consentimiento donde autorizaron su participación y se rellenó el cuestionario de identificación. Se realizó una vigilancia activa de los pacientes. Para ello el equipo de enfermería diseñó un formulario con ítems que podían ser constitutivos de EA. Cinco médicos de medicina interna con formación en riesgos clínicos revisaron a diario pacientes asignados, no siendo estos responsables de su seguimiento clínico.

En el caso de objetivar un posible EA observado de forma directa y/o notificado en la historia clínica era consensuado con el investigador principal. Si surgían dudas se consultaba el caso con la unidad de riesgos. Por cada evento registrado

se rellenaba el cuestionario MRF2⁶. Se calculó la incidencia de EA por cada 100 ingresos.

Al final se incluyeron 667 pacientes que generaron 714 ingresos. La edad media fue de 69,6 años. Los pacientes que tuvieron EA tenían una edad media de 74,4 años frente a los que no tuvieron con 68,8 años. Los mayores de 65 años presentaron un 17% de EA frente a los menores de 65 años, con un 8,7%. Estas diferencias alcanzan significación al igual que otras investigaciones^{7,8} ($p < 0,05$), con un riesgo relativo (RR) de 2,1 (e intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,5-3,7).

De los 714 ingresos desarrollaron EA 104, acumulando un total de 140 con 1,3 eventos de media. La incidencia de EA fue del 14,6% (104/714); IC 95%: 12,1-17,4%. Se dividieron en 5 grupos que por orden de frecuencia un 38% ($n = 53$) estuvieron relacionados con la medicación, seguidos de los ligados con una infección de origen nosocomial y procedimiento, ambos con un 21% ($n = 30$). Con números inferiores los derivados de los cuidados con un 16% ($n = 23$) y el diagnóstico con casi el 3% ($n = 4$) (tabla 1).

Presentaron FRI el 84,6% de los ingresos. Cabe reseñar la hipertensión arterial (59,5%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (38%), la diabetes mellitus (28%), la insuficiencia cardíaca (19,5%), la insuficiencia renal (14,8%), la obesidad (13,7%) y la desnutrición (10,4%). El 16,2% de los sujetos con presencia de algún FRI desarrolló EA frente al 6,7% de los sujetos que no tenían ($p < 0,05$).

Entre los FRE destaca el ser portadores de catéter venoso periférico (100%), sonda urinaria (16,8%), terapia inmunosupresora (4,8%), nutrición enteral (3,1%), sonda nasogástrica (2,7%) y catéter venoso central (2,2%). Con respecto a la relación entre EA y FRE (excluyendo el catéter venoso periférico) el 94,3% (98/104) de los ingresos que tuvieron EA presentaba algún factor de riesgo. El 25,6% de los sujetos que tenía algún FRE tuvo EA, frente al 11% de los pacientes que no tenía y desarrolló EA, habiendo diferencias estadísticamente significativas con un RR de 2,3 (IC 95%: 1,9-2,7).

Para intentar evitar los fenómenos de confusión se realizó un análisis multivariante. Resultaron ser variables independientes para el desarrollo de EA la edad > 65 años (odds ratio [OR]: 1,9; IC 95%: 1,1-3,4), la enfermedad coronaria (OR: 2,1; IC 95%: 1,2-3,6), el ser portadores de sonda urinaria (OR: 2,3; IC 95%: 1,4-3,8) y catéter venoso central (OR: 4,6; IC 95%: 1,5-13,7).

Fueron graves el 9,3% de los EA, moderados el 72,1% y leves el 18,6%. Las repercusiones que tuvieron los EA en relación con el total de EA fueron: prolongación de la estancia el 74,3% ($n = 104$), traslado a otra unidad el 3,6%