J. healthc. qual. res. 2019;34(1):3–11

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Journal of Healthcare Quality Research

www.elsevier.es/jhqr

ORIGINAL

Desarrollo de una intervención educativa para activar a los pacientes en su seguridad

R.M. Añel Rodríguez[a,b,*]

[a] *Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad de Atención Primaria de Durango, Organización Sanitaria Integrada Barrualde-Galdakao, Osakidetza - Servicio Vasco de Salud, Durango, Bizkaia, España*
[b] *Máster Universitario en Participación y Desarrollo Comunitario, Euskal Herriko Unibertsitatea - Universidad del País Vasco, Lejona, Bizkaia, España*

Recibido el 12 de mayo de 2018; aceptado el 17 de octubre de 2018
Disponible en Internet el 31 de enero de 2019

PALABRAS CLAVE
Participación del paciente;
Seguridad del paciente;
Educación;
Investigación cualitativa;
Grupos focales

Resumen
Objetivo: Examinar los efectos de una intervención educativa para mejorar el nivel de activación de los pacientes y promover su participación reforzando su seguridad durante la asistencia.
Material y métodos: Selección y estudio del proceso asistencial sobre el que aplicar la investigación. Diseño y edición del material educativo audiovisual. Muestreo intencional de pacientes en lista de espera para operación programada por el Servicio de Traumatología. Captación telefónica mediante guion explicativo del estudio. Realización de dos grupos focales, con distribución heterogénea por género, edad y nivel de estudios. Visualización del vídeo educativo y exploración de aspectos de interés mediante guion de preguntas semiestructurado, con base en los objetivos de la investigación. Grabación y transcripción de los discursos generados. Análisis cualitativo de la información.
Resultados: Los pacientes eran conscientes de que se producen fallos y errores, y reconocen las debilidades del sistema y de los profesionales. La actividad educativa aportó más valor a las personas con menor experiencia previa o con menos conocimientos respecto a la dinámica de funcionamiento del sistema sanitario. La interacción entre personas con diferentes experiencias ha producido un intercambio de conocimientos entre ellas, potenciando el efecto educativo de la intervención. El nivel de conocimientos y el grado de activación han aumentado en todos los pacientes, independientemente de su situación de partida.
Conclusiones: Potenciar el papel del paciente como barrera de seguridad a través de una intervención educativa de carácter audiovisual es factible en condiciones reales y útil para el objetivo que se persigue.
© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: rosamaría.anelrodriguez@osakidetza.eus

https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.10.009
2603-6479/© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS
Patient participation;
Patient safety;
Education;
Qualitative research;
Focus groups

Development of an educational intervention to activate patients in their safety

Abstract
Objective: Examine the effects of an educational intervention to improve patients' level of activation and promote their participation improving their safety during health system pathway.
Material and methods: Selection and study of the care process on which to apply the research. Design and edition the audiovisual educational material. Intentional sampling of patients on the waiting list for scheduled operation by the Traumatology Service. Telephone collection through study's explanatory script. Realization of two focus groups, with heterogeneous distribution by gender, age and level of studies. Visualization of the educational video and exploration of aspects of interest through semi-structured questions script, based on the research objectives. Recording and transcription of generated speeches. Qualitative analysis of resulting information.
Results: Patients are aware that failures and errors occur, and recognize the weaknesses of the system and professionals. The educational activity brings more value to people with less previous experience or less knowledge about the dynamics of the health system. The interaction between people with different experiences entails an exchange of knowledge, enhancing the educational effect of the intervention. The level of knowledge and the degree of activation increases in all participants, regardless of their starting situation.
Conclusions: Strengthening the role of the patient as a safety barrier through an educational intervention of an audiovisual nature is feasible in real conditions and useful for the objective pursued.
© 2019 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Actualmente nadie duda de la relevancia de la participación del paciente durante el proceso asistencial. Sin embargo, son pocos los estudios empíricos que indagan sobre cómo activar y capacitar a los pacientes para que participen en su seguridad. Aunque en los últimos años se han desarrollado múltiples iniciativas en este sentido[1-3], todavía se conoce poco sobre su viabilidad y efectividad, tal y como concluyen algunos de los estudios de revisión más importantes publicados hasta el momento[4-6], que destacan la necesidad de 1) desarrollar y evaluar estrategias metodológicas y propuestas específicas para involucrar a pacientes en su propia seguridad; 2) medir los resultados, para poder comparar las diferentes intervenciones y conocer qué métodos son más útiles para activar y empoderar a los pacientes; 3) incluir detalles sobre las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes participantes, para dirigir las intervenciones de forma específica a quienes más las necesitan, y 4) valorar el coste económico, para conocer la rentabilidad de los diferentes tipos de intervención y considerar el coste de oportunidad de las mismas.

El trabajo que se presenta a continuación corresponde a parte de un estudio de investigación más amplio desarrollado en tres fases. El objetivo general fue desarrollar y examinar los efectos de una intervención educativa dirigida a activar a los pacientes para participar reforzando su seguridad durante la asistencia. El estudio en su conjunto pretendió contribuir al conocimiento sobre metodología para promover la actuación del paciente como barrera de seguridad.

Material y métodos

Este trabajo fue parte de un estudio de investigación desarrollado en tres fases[7]. En la primera fase se delimitó el campo de acción, seleccionando el tipo de incidente de seguridad sobre el que implicar al paciente (errores de identificación del paciente [EIP]) y el proceso asistencial sobre el cual aplicar la intervención educativa (intervención quirúrgica programada del Servicio de Traumatología). Esta fase, llamada estudio preliminar, ha consistido en estudiar la prevalencia y tipología de los EIP en el proceso asistencial seleccionado. Aplicando el conocimiento adquirido con el estudio preliminar, en una segunda fase se diseñó la intervención educativa y se ha desarrollado con dos grupos de pacientes. Mediante la técnica de los grupos focales se ha realizado una aproximación a la situación de partida sobre la percepción y los conocimientos de los pacientes acerca de la seguridad de la asistencia sanitaria. Se ha obtenido información sobre sus experiencias previas y sobre las posibilidades de participación que, desde su punto de vista, han tenido hasta ahora. Esta segunda fase fue la parte del estudio que se detalla a continuación. En la tercera fase del estudio se están evaluando los resultados de la intervención educativa, mediante entrevistas personales a la salida del proceso asistencial.

A partir de la información obtenida del estudio preliminar —estudio descriptivo transversal realizado mediante revisión de historias clínicas y auditoría del proceso asistencial seleccionado—, se definieron los momentos clave para la participación del paciente en su seguridad y se diseñaron y editaron los materiales que han dado soporte a la intervención educativa: 1) un vídeo con las recomendaciones básicas

Código	Género	Edad	Nivel de estudios	Operaciones previas
H1 – G1	Hombre	20	Grado medio	No
H2 – G1	Hombre	34	Nivel superior	No
M1 – G1	Mujer	46	Estudios primarios (CI límite)	No
M2 – G1	Mujer	56	Grado medio	Si
H3 – G1	Hombre	61	Estudios primarios	Si
M3 – G1	Mujer	64	Estudios primarios	No
M4 – G1	Mujer	73	Sin estudios	Si

Figura 1 Ficha técnica Grupo Focal 1.

Código	Género	Edad	Nivel de estudios	Operaciones previas
H1 – G2	Hombre	55	Nivel superior	Sí
M1 – G2	Mujer	56	Grado medio	No
H2 – G2	Hombre	57	Grado medio	Sí
M2 – G2	Mujer	66	Sin estudios	Sí
M3 – G2	Mujer	72	Grado medio	Sí
H3 – G2	Hombre	74	Sin estudios	Sí
M4 – G2	Mujer *	75	Sin estudios	Sí

Figura 2 Ficha técnica Grupo Focal 2.

para prevenir y detectar precozmente los EIP, y 2) un cuadernillo a modo de recordatorio con imágenes e indicaciones breves y sencillas para ayudar al paciente a actuar como barrera frente a este tipo de incidentes.

El material audiovisual fue la herramienta educativa principal y tuvo una doble utilidad: vehiculizar y transmitir los mensajes a los pacientes, y ayudar a abrir el debate y generar interacción entre las personas que han participado en los grupos focales[8]. Para esta fase del estudio se optó por utilizar los grupos focales como método de investigación por ser una técnica válida para establecer un primer contacto con diversos pacientes a la vez y, sobre todo, por su utilidad para generar interacción entre las personas participantes, conociendo y contrastando sus diferentes opiniones y experiencias[9].

Se realizó un muestreo intencional[10] con captación telefónica de pacientes en lista de espera quirúrgica de Traumatología, adscritos a un mismo Centro de Salud en Atención Primaria. Utilizando un guion de llamada telefónica para homogenizar la información aportada, se reclutaron 22 pacientes y se les ofreció la posibilidad de elegir entre dos fechas para acudir a las sesiones grupales, quedando conformados dos grupos de 11 personas cada uno, con distribución heterogénea por género y edad. Finalmente, acudieron 7 pacientes a cada grupo focal, 4 mujeres y 3 hombres en cada uno, de edades comprendidas entre 20 y 75 años (figs. 1 y 2). A pesar de que la convocatoria había sido nominal, una de las pacientes —la de mayor edad, de 75 años— acudió con su hija, hecho que no supuso un obstáculo para el desarrollo de la dinámica grupal y que fue aceptado de buen grado por el resto de participantes. Los criterios de inclusión fueron estar en lista de espera para operación por el Servicio de Traumatología y ser mayor de edad. No se aplicaron criterios de exclusión.

Se utilizó un guion semiestructurado[10] con los cuatro aspectos básicos que interesaba explorar, para ayudar a dirigir sutilmente el cauce de las conversaciones (fig. 3) y esto facilitó el análisis de la información por contenido[8,11].

Resultados

Ambos grupos focales se dinamizaron con un guion de preguntas preestablecido. Sin embargo, la transmisión de las vivencias por parte de los participantes ha discurrido de forma particular en cada uno de ellos. Además, durante las conversaciones han aparecido otros aspectos relativos a las posibilidades de participación. Aspectos que, sin formar parte del guion, surgen en la interacción conversacional, en función de las experiencias previas de los pacientes y también porque son aspectos ligados al proceso asistencial que aparecen colateralmente en el vídeo. Estos temas emergentes se han incluido como objeto de análisis (tabla 1).

Comprensión general de los contenidos del material educativo audiovisual

Los pacientes refieren que el vídeo se entiende bien y es útil, destacando la importancia de poder ver y conocer de

INTRODUCCION

- Presentación de la moderadora
- Presentación de la investigación: objetivos y técnica del grupo de discusión
- Financiación y conflicto de intereses
- Ronda de presentación de las personas integrantes del grupo

PREGUNTAS

1. Inteligibilidad del vídeo (15 min)
   - o ¿Qué os ha parecido el vídeo?
   - o ¿Se entiende bien?
   - o ¿Os parece que hay algo que podríamos cambiar para que se entienda mejor?
2. Eficacia del vídeo para transmitir los mensajes principales (10 min)
   - o ¿Qué mensaje o mensajes habéis recibido del vídeo?
3. Conocimientos y actitudes para la participación en seguridad (25 min)
   - o ¿Habíais pensando alguna vez que este tipo de errores se pueden producir?
   - o ¿Os habéis encontrado alguna vez con algún error de identificación?
   - o ¿Os ha pasado alguna vez que en los papeles que os entregan los datos no son los vuestros?
   - o En caso que os haya sucedido alguna vez, ¿qué habéis hecho? ¿cómo se ha resuelto el error? ¿ha tenido consecuencias?
4. Concienciación tras la intervención educativa (10 min)
   - o ¿Qué vais a hacer a partir de ahora?
   - o ¿Vais a chequear los datos en los documentos que os entreguen?

AGRADECIMIENTOS Y DESPEDIDA

Figura 3 Guion para el desarrollo de los grupos focales del estudio «Intervención educativa para fomentar la participación de los pacientes a favor de su propia seguridad en el ámbito sanitario».

antemano cuáles son los pasos del proceso asistencial por el que van a transitar. Se han visto diferencias entre las personas que ya han sido operadas anteriormente, que se muestran más seguras respecto al proceso por el que van a pasar; y las que no, que han expresado más dudas. Todos los participantes han opinado que la intervención educativa puede aportar más beneficios a quienes van a operarse por primera vez.

> «Se ve tal y cómo es, porque yo ya sé poco más o menos de qué va todo y ahí se explica bien. Como ya hemos pasado por eso sabemos cómo es, y está idéntico» (M4 - G2).

> «Eso le enseñas a una persona que no lo ha pasado nunca y dice: ¡ah, pues mira! Pero las personas que estamos operadas sabemos el proceso que hay que seguir, nos ha tocado pasar por ello y ya sabemos,... que ese es el protocolo que se sigue» (H1 - G2).

Utilidad de la actividad educativa para transmitir los mensajes esperados

En cuanto a la capacidad de la herramienta audiovisual para transmitir los mensajes esperados —la importancia de la participación del paciente como parte activa y fundamental dentro del proceso asistencial y las dos recomendaciones específicas: «identifícate y verifica que la documentación que se te entrega te pertenece realmente»—, no todos los participantes han reaccionado ni han asimilado estos mensajes por igual. Así, algunos se han quedado con la idea de que es importante conocer los pasos del proceso por el que van a pasar:

> «Está bien (el vídeo), porque yo ya sé más o menos de que va todo y ahí se explican bien todos los pasos. Me parece importante porque ellos (los profesionales sanitarios) tampoco te explican bien todo el proceso, cada uno te explica un poco..., de lo suyo... y ya está» (M2 - G1).

Otros han mostrado cierta desconfianza:

> «¿Este vídeo por qué lo hacéis? Porque... ¿suele haber muchos casos de confusión (de errores de identificación)?» (H2 - G1).

> «Perdona que te diga, me da la impresión de que estáis buscando algo que..., no sé... ¿Qué es, porque hay mucho problema de identificación o qué?» (M2 - G2).

Y otros pacientes, más que hacer una interpretación general de los contenidos y mensajes del vídeo, se han fijado especialmente en algún detalle que les ha llamado la atención:

> «Pero digo yo que para que se produzcan este tipo de errores (errores de identificación de pacientes) tendrán que coincidir un poco los nombres, ¿no? Porque si yo

Tabla 1 Categorías o ejes de análisis del contenido de los grupos focales

Aspectos explorados	Hallazgos
I. Valoración global de la comprensión del vídeo, claridad	La comprensión de los contenidos del vídeo en general es buena, con pequeñas diferencias entre pacientes previamente operados y pacientes que se van a operar por primera vez.
II. Comprobación de la utilidad del vídeo como herramienta principal para transmitir los mensajes deseados	2 mensajes clave: Participa de forma activa en el proceso de identificación Comprueba los datos de IP en la documentación (informes, pulsera,...) Otros aprendizajes en base a contenidos o aspectos que aparecen de forma secundaria en la historia que se relata en el vídeo.
III. Exploración de conocimientos y actitudes previas de los pacientes respecto a los EIP (tipo de fallo asistencial seleccionado)	Tipos de respuesta: Sorpresa: les parece raro o nunca lo habían pensado Reconocimiento de este tipo de error, pero como algo poco habitual y ligado a coincidencias o similitudes en los datos de filiación Conocimiento de este tipo de error, por haberlo experimentado o por haber oído hablar de él.
IV. Exploración de conocimientos y experiencias respecto a otros aspectos de seguridad del paciente (información emergente)	Información obtenida durante el estudio, que inicialmente no estaba incluida en el guion: Consentimiento informado y dificultades para obtener información sobre el proceso Dudas y momentos de incertidumbre:(antes, durante y después del proceso Aspectos relativos a la medicación y antecedentes de alergias.
V. Exploración de la intención de cambio	Tipos de respuesta: Positiva, la mayoría, incluso aquellas personas que ya mostraban antecedentes de actitud activa No se manifiestan en este sentido (pacientes que van a operarse por primera vez) Refieren que van a seguir más o menos igual (pacientes con más experiencia en el proceso y que ya previamente tenían una actitud activa)

me llamo Juana y esta señora se llama Pilar, hay mucha diferencia...» (M4 - G1).

«En la última fase (en el momento del alta hospitalaria) es donde más..., donde más equivocación hay respecto al paciente, ¿no?... cuando le dan el informe de alta,... es más fácil que haya confusión en los informes» (H2 - G1).

«El mayor problema que veo yo es que alguien tenga problemas de medicamentos, como ha salido ahí. Eso ya me parece muy grave, ese era el problema más grave que había... de la confusión» (M3 - G2).

Conocimientos acerca de la seguridad del paciente y del tipo de error destacado en el vídeo

Los pacientes son conscientes de que el sistema sanitario es un ámbito de riesgo, donde se producen fallos y errores. Algunos aluden a la importancia de la participación del paciente en su seguridad:

«Aparte de que confiemos en los profesionales, hay que mirar todo..., hay que mirar porque puede haber un error» (M3 - G2).

«Es que muchas veces no es un problema informático, es que hay poca gente (personal sanitario) y andan liadas, y pueden pasar despistes, cosas,...» (M4 - G2).

«Y todos somos humanos, el médico ¡pues hombre!, también es humano. A ver, que yo cuando trabajaba también hacía fallos, pero claro lo mío podía ser parar la máquina una semana..., que es mucho dinero pero aquí..., aquí el fallo del médico puede ser la muerte» (H2 - G2).

«Es una cadena todo. Yo también, cuando he ido con mi mujer siempre hemos dicho, que hay muchos trámites en el proceso y al final, lo que tú dices, poco tiempo entre paciente y paciente, no hay nada de tiempo para atenderte,...» (H2 - G1).

«Todo el mundo tiene derecho a equivocarse. A lo mejor el médico está a lo suyo, y pendiente de unas cosas y no tanto de otras... Y un despiste lo puede tener cualquiera. Somos humanos» (H1 - G1).

Sin embargo, han manifestado sorpresa por el hecho de que puedan producirse EIP:

«¿Es que hay mucho problema de identificación?» (M2 - G2).

«Conocer algún caso de error de identificación, no conozco. De error médico sí, pero de error de identificación no» (M3 - G1).

«Pero cada vez es más complicado, ¿no?... porque cuando llegas a admisión te están pidiendo el nombre, los apellidos,... y luego te meten para adentro y enseguida te colocan la pulsera,... No sé, yo creo que es un poco complicado que haya esos fallos ahora, hoy en día» (H1 - G2).

La mayoría de los pacientes han referido que les parece un asunto importante y que suelen comprobar que la

documentación que se les entrega contiene los datos identificativos correctos. A pesar de ello, han reconocido que deberían comprobar la documentación de forma más rigurosa:

> «Si todo el mundo mira, será mejor... porque si se equivocan ellos (los profesionales sanitarios) y miras tú, pues... puedes darte cuenta...» (H3 - G1).

> «Tampoco miras los datos exhaustivamente como igual se debería» (M2 - G1).

> «No piensas que te va a pasar que te identifiquen mal. Te fías» (M4 - G1).

> «Me parece lo más importante, lo de la documentación, o sea todo lo que se refiere a la documentación y eso. Todo eso que esté correcto, ahí sí que hay que mirar bien» (M3 - G1).

Los pacientes con nombre y apellidos muy comunes y, por tanto, una mayor probabilidad de compartirlos con otras personas, se han mostrado más concienciados de que este tipo de error puede producirse y están más activados y capacitados para evitarlo y/o detectarlo en caso de que se produzca. Así, 3 de los 11 pacientes participantes han mostrado una actitud proactiva derivada de esta situación particular. Al tener datos identificativos muy comunes y experiencias previas de coincidencia con otras personas con igual o similar nombre y apellidos, han desarrollado y aplican sus propias medidas de seguridad:

> «Yo lo de los nombres sí lo he concebido,... un día me enteré de que hay un señor que se llama JA, igual que yo, y el primer apellido igual que yo, solo cambia el segundo apellido... Pues sí que puede pasar, que yo vaya y coincidan,... si no estás atento al segundo apellido» (H2 - G2).

> «Porque los dos apellidos pueden ser iguales, como en mi caso, hay un señor donde vivo que tiene los dos apellidos igual que yo y el mismo nombre. Yo por eso miro siempre la fecha de nacimiento, que normalmente pone o el número de historial» (H1 - G2).

> «Me llamaron a mí como RM Calvo y se presentó otra señora también en la sala de espera, que se debía llamar RM Calvo también, pero claro el segundo apellido no era el mismo que el mío. Y desde entonces, yo siempre cuando me dicen el primer apellido, yo digo el segundo,... para asegurarme que soy yo» (M1- G2).

Conocimientos y experiencias sobre otros aspectos que aparecen en el vídeo y que también tienen que ver con la seguridad del paciente

El vídeo educativo no solo ha conseguido transmitir los mensajes esperados («participa en el proceso de identificación» y «comprueba que los datos de identificación que figuran en los documentos son los tuyos»), sino que ha tenido un efecto mayor, haciendo reflexionar a las y los pacientes sobre otros aspectos que aparecen de forma colateral y también son importantes para la seguridad del paciente, como por ejemplo: las dificultades para entender y asimilar la información contenida en el documento de consentimiento informado, los obstáculos para obtener la información necesaria para aclarar dudas y para reducir los momentos de incertidumbre durante el proceso asistencial, y los fallos en el registro o en la comprobación de los antecedentes de alergias y de problemas relacionados con la medicación.

Consentimiento informado y obtención de la información
En cuanto a qué hacer para obtener la información necesaria y comprender los detalles del procedimiento quirúrgico al que se van a someter, se distinguen claramente tres tipos de actitud:

1. Algunos pacientes afirman que prefieren no conocer demasiados detalles sobre el procedimiento quirúrgico al que van a someterse y sobre los efectos del mismo, porque sienten miedo, y que por este motivo no prestan excesiva atención al contenido del consentimiento informado que deben firmar para realizarse la intervención:

   > «Se entiende perfectamente pero yo os voy a decir una cosa, prefiero no enterarme de lo que me van a hacer, porque... ¿para qué?, si me tengo que operar de todas maneras. Firmo sin leer. O eso, o no me opero» (M3 - G1).

   > «¿Lees todas esas cosas? Es que yo lo empecé a leer y dije: ''Lo siento, pero yo esto no lo leo''. Yo prefiero no saberlo..., para que te entre miedo... Es que de todas formas si te lo tienen que hacer, te digan lo que digan..., y estar pensando» (M4 - G1).

   > «Algunas veces es mejor no leerlo, lo firmas y ya está» (M1 - G1).

2. Otros pacientes culpan a los profesionales de no dar la información, y refieren que no conocen los detalles del proceso por el que van a pasar porque no han recibido las explicaciones necesarias para llegar a comprenderlo:

   > «Yo he echado de menos,... Ahí (en el vídeo) habéis explicado que el anestesista te debe explicar las cosas antes de firmar. A mí nunca me han explicado, te dan el papel y... Y el traumatólogo también, te da el papel y te dice: ¡Firma!» (M4 - G2).

   > «Pero no te explica nadie lo que vas a firmar» (M1 - G2).

   > «Si no te explica, te dicen al menos que lo leas» (H2 - G2).

3. Un tercer grupo de pacientes consideran que la información que han recibido ha sido adecuada y suficiente, y refieren no haber tenido dificultades para entender los contenidos del consentimiento informado. Las personas de este grupo defienden la postura de que es responsabilidad de cada uno el preguntar para lograr la información necesaria:

   > «Yo sí que lo leí. Yo supongo que es mucho tema de protocolo y así,... que más que nada es para cubrirse ellos, que la posibilidad de que algo salga mal es ínfima. Tampoco hay que preocuparse en exceso [...]. Yo suelo leerlo tres veces o así, porque total, para que te operen, tienes que firmarlo lo leas o no lo leas» (H2 - G1).

> «A mí me han puesto el papel y yo lo he leído entero, nunca me han dicho: ''Oye, que tienes que firmar porque tienes que firmar''. No, no me ha pasado eso» (H2 - G2).

> «A mí me han explicado y me han dicho: ''Si no entiendes algo, me dices''» (M2 - G2).

> «Yo con esta es la cuarta operación que me voy a hacer y siempre me han puesto el papel y me han dicho: ''Lee''. Pone siempre lo mismo, pero la culpa es nuestra porque no lo leemos y no preguntamos» (H2 - G2).

Dudas y momentos de incertidumbre

Salvo en un caso (H1 - G2), todos los pacientes han reconocido haber tenido dificultades para resolver las dudas en alguna ocasión. En relación con este aspecto, ha surgido un intenso debate sobre si se da o no la información necesaria, y en qué condiciones, por parte de los profesionales sanitarios:

> «Después de la operación, ¿qué tipo de calzado tienes que tener, algo cerrado para que te sujete o pueden andar con unas chanclas?, porque igual es conveniente tenerlo sujeto, ¿no? Yo sí que he oído que piden un calzado que sujete bien el pie, pero no lo sé» (H3 - G2).

> «Eso tenían que ponerlo, tenían que decirte esa información, sin preguntar, qué calzado vas a necesitar después de la operación, si abierto o cerrado, y cómo te van a inmovilizar, si te ponen un yeso o un botín. Sobre esas cosas no te informan de nada» (H2 - G2).

> «Yo cuando estuve en el traumatólogo le pedí: a ver, ¿cuál es el proceso y plazos? Y me lo explicó punto por punto, sin problema ninguno. Y de todas formas, cuando le pregunté y me estuvo comentando todo, luego al final me dijo: ''¿Tienes alguna pregunta más, alguna duda más que quieras aclarar?''» (H1 - G2).

> «Eso es raro, pero debería ser lo normal» (M3 - G2).

Antecedentes de alergias o de problemas relacionados con la medicación

Los pacientes que son alérgicos a algún medicamento o producto sanitario se muestran activados en esta materia y afirman que es necesario estar atentos siempre, prestar atención a la medicación que se les indica tomar o se les va a suministrar, así como preguntar y advertir sobre sus alergias para contribuir a que no se produzcan errores:

> «El que tiene una alergia, tiene que estar siempre pendiente» (H3 - G1).

> «El problema más grave que puede haber es que alguien tenga problemas de alergia a medicamentos, eso ya me parece muy grave» (M3 - G1).

> «Yo lo soy al Nolotil, pero puedo tomar muchas otras cosas,... Al Nolotil sí soy alérgica, o sea que, cada vez que voy, lo tengo que decir 80 veces» (M4 - G1).

> «Eso son fallos que... hombre, el que tiene una alergia a algo tiene que estar pendiente siempre y advertirlo...» (M2 - G2).

Algunos pacientes han referido haber protagonizado o presenciado errores relacionados con las alergias a medicamentos, y destacan la importancia de que el paciente y su entorno participen de forma activa, comprobando y advirtiendo sobre las alergias, así como el importante papel que ejercen los familiares, sobre todo en el caso de pacientes de edad avanzada o que no se encuentran en situación de poder actuar como barrera de seguridad.

> «A mí ya me pasó una vez, estuvo una chica, una cubana o no sé qué, sustituyendo y claro,... yo tenía mucho dolor en una rodilla y me recetó... ¿Cómo se llama...? Paracetamol no, lo otro... ibuprofeno. Me dijo: ''Toma, vete donde la enfermera y que te pinche esto, para que te calme el dolor''. Y al poco tiempo de ponerme la inyección me empecé a encontrar mal y a ponerme rojo y fui otra vez a donde ella y ya se dio cuenta. Y yo también si hubiera mirado qué era lo que me estaban dando, me habría dado cuenta, habría dicho: ''Eso no puedo tomar'', pero...» (H3 - G1).

> «Una vez a mi madre también, que tenía alergia al ácido acetilsalicílico, la ingresaron por una urgencia y encima de la cama ponía que era alérgica al ácido este, ¿no? Bueno, pues cuando yo la fui a visitar la estaban dando una pastilla que no podían tomar los alérgicos al ácido ese. Y allí, en el cartelito encima de la cama bien clarito ponía que era alérgica..., pues se lo estaban dando. Así que ya entonces se estaban dando fallos de esos, yo creo que somos muchísimos (pacientes) y que tiene que haber una persona de la familia o alguien, o tú mismo si estás bien o si no, alguien de la familia que lo mire, es una ayuda» (M3 - G2).

Intención de cambio hacia una actitud más activa

La mayoría de las y los pacientes han referido intención de cambio en futuros contactos con el sistema sanitario, hacia comportamientos más activos en cuanto a participar en su seguridad, entre los que destacan: prestar más atención a los datos de identificación que figuran en los documentos; realizar las preguntas necesarias para aclarar las dudas, y alertar a los profesionales sanitarios respecto a las alergias y problemas relacionados con la medicación, según sus antecedentes personales.

> «Claro que me ha supuesto un cambio, ahora voy a preguntar más, todo, qué me van a hacer, y las consecuencias que puede haber también, ahora lo tendré más en cuenta. La experiencia esta y lo que hemos aprendido me puede servir para la siguiente vez» (M2 - G1).

> «Estás confiado en el profesional, que puede ser tu médico y tal, pero tú también tienes que tener tu responsabilidad, porque es tu salud al fin y al cabo. O sea, que es un poco parte de todos» (H1 - G2).

> «Yo voy a seguir avisando, avisas, que si tal, que si cual,... Estando pendiente de las cosas,... al final todo el mundo tiene derecho a equivocarse» (H2 - G1).

> «Pues fijarme un poco más,... Porque a veces por mirar puedes evitar un despiste, de unos o de otros» (H3 - G1).

«Tienes que ayudar, el paciente sí puede ayudar» (M4 - G2).

«A ver, siempre he estado muy pendiente del tema, pero hombre, un poco más con el tema de los nombres y eso, pues sí, estaré mirando» (H1 - G1).

«Nosotros como pacientes podemos estar más capacitados para que, en algún momento si pensamos que algo va mal, poder reaccionar y decir: ''Oye, ¿qué pasa con esto?'', que igual se está produciendo un fallo y podemos detectarlo a tiempo» (H2 - G2).

Discusión

Este estudio nos muestra qué saben los pacientes sobre «seguridad del paciente», cuáles son sus actitudes hacia esta materia y qué grado de activación presentan en circunstancias basales. Todo ello circunscrito al momento actual y a nuestro ámbito regional.

Los pacientes son conscientes de que el sistema sanitario es un ámbito donde se producen fallos o errores, y se sienten expuestos a diferentes situaciones de riesgo simultáneamente durante cada uno de sus contactos con el sistema sanitario. No parece que sea tan relevante el tipo de incidente en el que les intentemos activar, porque su visión del sistema es integral y cualquiera de los riesgos es inseparable del resto de aspectos que les importan (información, medicación,...) y que pueden depender tanto de sus propias características (antecedentes médico-quirúrgicos, factores sociodemográficos,...) como de las del proceso asistencial.

En lo relativo a la claridad de los contenidos del vídeo y su capacidad para transmitir los mensajes deseados, se constata que la asimilación ha sido desigual por parte de los pacientes, apreciándose diferencias entre quienes ya han sido operados previamente y los que no. Las personas que previamente han sido operadas alguna vez se muestran más seguras, refieren conocer bien los pasos del proceso, y creen que la sesión educativa audiovisual puede aportar más beneficios a quienes van a operarse por primera vez. Estos pacientes han asimilado mejor los mensajes principales para que participen activamente en el proceso de identificación y comprueben que los datos identificativos que figuran en la pulsera y en los documentos son correctos. Han aprendido que deben comprobar siempre su nombre, dos apellidos y fecha de nacimiento. Quizás, para las personas sin experiencia de intervenciones quirúrgicas previas, son muchas cosas novedosas las que se muestran en el vídeo y esto, unido a su especial interés por conocer mejor la ruta asistencial por la que van a transitar, les ha llevado a fijarse más en los pasos del proceso que en los momentos clave para su participación.

A la mayoría de los pacientes les ha sorprendido que este tipo de error pueda darse actualmente en el ámbito sanitario. También les ha llamado la atención, tanto o más que la información relativa a los EIP, otros aspectos relacionados con la seguridad del paciente como son: el modo en que se da la información —qué se debe informar y cómo se informa por parte de los profesionales sanitarios—, la gestión del consentimiento informado, la importancia de conocer los riesgos asociados a la anestesia y a la intervención quirúrgica, el riesgo que supone tener algún tipo de alergia, la relevancia de aclarar las dudas que surgen durante el proceso, etc. Los errores relacionados con la medicación —sobre todo en caso de antecedentes de alergias, intolerancias o efectos secundarios— son los que consideran más probables, mientras que los EIP no se valoran como un riesgo específico del ámbito sanitario, excepto para las personas que anteriormente han experimentado una situación relacionada con este tipo de error o conocen algún caso que les han contado. En general, los pacientes reconocen que no tienen costumbre de comprobar los datos de identificación personal en la documentación que se les entrega, o bien que no realizan dicha comprobación de forma rigurosa, para descartar fallos de identificación.

Los pacientes que tienen datos de filiación muy comunes, y por tanto mayor probabilidad de compartirlos con otras personas, se muestran mucho más concienciados que el resto sobre este tipo de error y, a la vez, están activados en este sentido y exponen algunas de las medidas que suelen adoptar para evitar o detectar los EIP. Se aprecia claramente que quienes ya conocen el tipo de error no se han sorprendido, se encuentran activados en este sentido y han desarrollado habilidades para su prevención y detección. Sin embargo, aquellos pacientes que desconocían este tipo de error, ni siquiera se habían planteado la posibilidad de que pudiera producirse y, por tanto, no están concienciados ni activados en este sentido. El desconocimiento del riesgo es un factor que merma seriamente la capacidad del paciente para actuar reforzando su seguridad.

Estos hallazgos son muy similares a los encontrados para otros tipos de error, como son los antecedentes de alergia, intolerancia medicamentosa y otros problemas relacionados con la medicación. Los pacientes alérgicos a algún medicamento que han vivido una situación en la que, por una serie de fallos o errores, se les ha administrado ese medicamento, se muestran muy concienciados del riesgo que corren y desarrollan mecanismos de defensa en los siguientes contactos con el sistema sanitario. Por ejemplo, avisando de forma reiterada y comunicando su alergia a cada uno de los profesionales sanitarios que le atienden, para evitar volver a sufrir las consecuencias del mismo tipo de incidente. Han aprendido a no fiarse. Han aprendido que nunca está de más avisar sobre sus alergias.

De las conversaciones generadas durante el transcurso de los grupos focales se desprende que, en general, los pacientes se quedan con dudas y refieren disponer de poca información sobre aspectos relacionados con el proceso asistencial en el que se encuentran inmersos. Se han visto discrepancias en las opiniones de los pacientes respecto a si los profesionales informan o no informan, y si lo hacen de forma suficiente y adecuada o no. En cualquier caso, la actitud del paciente aparece como un factor clave para conseguir la información necesaria y aclarar las dudas. En cuanto a la capacidad y recursos de los pacientes para obtener la información y resolver sus dudas, se aprecian diferencias en relación con el género y nivel de estudios, siendo las mujeres y las personas con menor nivel de estudios quienes tienen más dificultades en este sentido.

Respecto a la intención de cambio tras la intervención educativa, todos los pacientes han manifestado que la información recibida les ha hecho darse cuenta de lo importante que es su participación para reforzar su seguridad durante la asistencia. Cabe destacar que todos, incluyendo los que

estaban previamente activados, han mostrado un aumento en el grado de activación. Y no solo para contribuir a evitar los EIP, sino que en general se aprecia intención de cambio hacia comportamientos más activos en el tránsito por el sistema sanitario, entre los que destacan: prestar más atención a la identificación de los documentos, realizar las preguntas necesarias para despejar las dudas y alertar a los profesionales en caso de tener algún tipo de alergia o intolerancia a la medicación.

Algunos de los resultados de este estudio son compatibles con los hallazgos de otros previamente publicados, en los que se señala que las intervenciones más exitosas para involucrar al paciente en su seguridad son aquellas que: 1) promueven un cambio de comportamiento y se implementan en entornos clínicos[4]; 2) se enfocan a ayudar al paciente a identificar problemas de seguridad y a tomar medidas específicas sobre aspectos que tienen que ver con su seguridad durante su proceso asistencial[5,6]; 3) se dirigen a aspectos que no suponen para el paciente un comportamiento que pueda ser considerado por los profesionales como «conflictivo»[6,12], y 4) permiten a los pacientes aportar información retrospectiva sobre temas de seguridad (cuestionarios, encuestas, entrevistas, notificación de problemas, sugerencias de mejora,...).

Como posibles limitaciones, cabe destacar que las conclusiones de este estudio se basan en una muestra de 14 personas, distribuidas en dos grupos. Aunque se ha procurado cumplir criterios de heterogeneidad respecto a los principales factores de interés (edad, género, nivel de estudios y antecedentes quirúrgicos) en ambos grupos, en el grupo 2 el rango de edad es menor y hay una mayoría de pacientes con antecedentes de operaciones previas.

Financiación

Este estudio de investigación ha sido financiado por la Comisión de Investigación de la OSI Barrualde-Galdakao.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Deseo expresar mi agradecimiento a todas las y los pacientes y profesionales que han colaborado, de un modo u otro, en la realización de este proyecto, por su disponibilidad y participación desinteresada.

Bibliografía

1. AHRQ: Agency of Healthcare Research and Quality. Veinte consejos para ayudar a evitar errores médicos. 2011 [consultado 12 Oct 2018]. Disponible en: https://www.ahrq.gov/patients-consumers/care-planning/errors/20tips/20tipssp.html
2. MDH: Minnesota Department of Health. Consumer Guide to Adverse Health Events. 2009 [consultado 12 Oct 2018]. Disponible en: http://www.health.state.mn.us/patientsafety/publications/consumerguide.pdf
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. 2009 [consultado 12 Oct 2018]. Disponible en: http://formacion.seguridaddelpaciente.es/
4. Schwappach D. Engaging patients as vigilant partners in safety. A systematic review. Med Care Res Rev. 2010;67:119–48.
5. Doherty C, Stavropoulou C. Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: A systematic literature review. Soc Sci Med. 2012;75:257–63.
6. The Health Foundation. Evidence scan: Involving patients in improving safety. Londres. 2013 [consultado 12 Oct 2018]. Disponible en: http://www.health.org.uk/sites/health/files/InvolvingPatientsInImprovingSafety.pdf
7. Añel RM. La participación del paciente en su seguridad: propuesta metodológica para promover la agencia del paciente. El caso de la OSI Barrualde-Galdakao. 2018 [consultado 12 Oct 2018]. Disponible en: http://hdl.handle.net/10810/28969
8. García MM, Mateo I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Aten Primaria. 2000;25:115–22.
9. Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en Salud: perspectiva crítica y reflexión en voz alta. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:423–36.
10. Prieto MA, March JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Aten Primaria. 2002;29:366–73.
11. Fernández de Sanmamed MJ, Calderón C. Investigación cualitativa en Atención Primaria. En: Martín A, Cano JF, editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Vol I. 5.ª ed Madrid: Elsevier; 2003. p. 224–49.
12. Davis R, Sevdalis N, Vincent C. Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate? BMJ Qual Saf. 2011;20:108–14.