



# CIRUGÍA ESPAÑOLA

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## Cartas Científica

### Percepción de seguridad de los pacientes de cirugía ambulatoria

### Perception of safety by ambulatory surgery patients

Los pacientes de cirugía ambulatoria (CMA) valoran positivamente el resultado quirúrgico, la información, el trato y la competencia de los profesionales<sup>1,2</sup>. Sabemos que carencias de información en el seguimiento posterior a la cirugía generan insatisfacción<sup>3</sup>. Actualmente, se han propuesto nuevas líneas de investigación derivadas del despliegue de la «Alianza por la Seguridad» de los pacientes.

El Eurobarómetro<sup>4</sup> ha analizado la percepción sobre la seguridad clínica y los errores clínicos de los europeos. Un 37% de los españoles (10 puntos menos que la media europea) creen que es probable ser víctima de un error clínico. En otros estudios, entre el 6 y el 42% de encuestados afirman haber sido víctimas de algún error<sup>5-9</sup>, dependiendo de la pregunta, el período considerado y si se incluía como víctimas a familiares directos.

Analizar la frecuencia de errores clínicos desde la perspectiva del paciente no es sencillo por la dificultad para diferenciarlos de las complicaciones del tratamiento o los efectos secundarios. Este estudio se diseñó para conocer si las complicaciones que pueden aparecer (en términos de efectos inesperados o no deseados de la medicación y que responden a una de las causas más frecuentes de efectos adversos en cirugía)<sup>10</sup> son más frecuentes, como parece, entre quienes encuentran barreras para interactuar con su médico o se consideran mal informados.

En 2007 se llevó a cabo un estudio en el que se preguntó, a pacientes intervenidos en 2 unidades de CMA, su valoración de la información recibida, accesibilidad al personal, si había podido irse a casa conforme a lo previsto tras la intervención, si creían haber sufrido, en el curso del tratamiento, efectos inesperados (o no deseados) de la medicación prescrita y si había podido participar —en alguna medida— en las decisiones clínicas (si consideraba que el cirujano había contado con su opinión y preferencias).

Se encuestó a 451 pacientes (precisión del 3%;  $p = 0,12$  e intervalo de confianza [IC] del 95%) mediante muestreo aleatorio estratificado, con afijación proporcional. Respondieron 378 pacientes (el 45,8%, varones), lo que supuso una participación estimada del 83,81%.

Reconocieron haber sido informados con claridad de en qué consistía la intervención 304 (82,4%) pacientes. Tuvieron detallada información de que hacer en casa tras el alta para

cuidar correctamente la herida quirúrgica 342 (92,4%). Recibieron suficiente información de posibles efectos del tratamiento y de las precauciones a adoptar 332 (90%). Afirmaron haber podido participar en decisiones clínicas 145 (41%). Respondieron no haber podido ir a casa en la fecha prevista 50 (13,2%) pacientes y 26 dijeron haber experimentado durante su ingreso algún tipo de complicación derivada de la medicación (tasa del 6,88%; IC del 95%, 4,31–9,44%). No se hallaron diferencias entre ambas unidades de CMA en la frecuencia de complicaciones ( $\chi^2_{1,2} = 0,68$ ;  $p = 0,711$ ). Tampoco cuando el informante era varón o mujer ( $\chi^2_{1,2} = 0,18$ ;  $p = 0,915$ ). Como era esperable, quienes debieron permanecer en el hospital tras cirugía informaron mayor frecuencia de complicaciones ( $\chi^2_{1,2} = 10,14$ ;  $p = 0,006$ ).

La tendencia de los datos (tabla 1) es que los pacientes que manifiestan carencias en la información fueron quienes dijeron haber experimentado mayor número de complicaciones. Comentario aparte merece el dato de que quienes dicen haber participado en la toma de decisiones sufran, con mayor probabilidad, algún tipo de efecto no deseado o inesperado en el curso del tratamiento. Esto coincide con lo apuntado en el estudio de Nueva York, donde quienes más se habían documentado sobre la calidad esperable del resultado de la intervención, eran quienes declaraban un mayor número de efectos adversos. Este resultado, en cualquier caso, no debe pasar inadvertido y, aunque requiere mayor investigación, apunta en la dirección de que no sólo hay que informar, sino saber cómo y a quién informar, y ofrecer a los pacientes que demuestran una mayor preocupación (grado de alerta) por el resultado de la cirugía, una información más detallada de qué signos o síntomas no son preocupantes.

La CMA es muy bien valorada por los pacientes y sabemos que conlleva un menor número de efectos adversos, aunque cerca de la mitad sean evitables. Este estudio indica que animar a los pacientes a formular preguntas y poner de manifiesto sus preocupaciones ante la cirugía puede contribuir a disminuir esa frecuencia, en línea con quienes proponen que animar al paciente a asumir un papel más activo contribuye a la seguridad clínica. Ahora bien, hay que considerar ciertas limitaciones. Primero, que el número de

**Tabla 1 – Frecuencia de efectos inesperados (o no deseados) de la medicación e información y accesibilidad al personal sanitario referidos por el paciente**

En qué medida...	No	De forma parcial	Sí	$\chi^2$	p
¿Le han informado qué efectos cabe esperar de los tratamientos y precauciones para una pronta recuperación?	15,4%	12,5%	6%	35,5%	0,0001
¿Le han explicado con claridad en qué consistían las pruebas e intervenciones que le iban a realizar?	13%	7,1%	6,3%	17,9%	0,001
¿Le informaron que hacer en casa para cuidar la herida quirúrgica u otros cuidados a realizar?	0	20%	6,1%	15,9%	0,003
¿Ha podido participar en las decisiones clínicas?	3,1%	16,3%	6,9%	22,2%	0,0001

pacientes que no se consideran adecuadamente informados es pequeño, lo que puede afectar a los resultados. Segundo, que muchas veces los pacientes no identifican con claridad si es una complicación de la enfermedad o del propio tratamiento. En este caso, no podemos afirmar que las complicaciones de las que informan sean efectos adversos al tratarse de un estudio anónimo que no permite constatar, mediante revisión de la historia, la causa de dichas complicaciones. Tercero, que expresamente no se preguntó por posibles sucesos adversos relacionados directamente con la técnica quirúrgica. Por último, no disponemos de datos de características de personalidad de quienes respondieron y podría suceder que los pacientes que buscan tomar parte activa en las decisiones estén más alerta ante signos y síntomas.

Futuras investigaciones podrían avanzar en la línea de identificar sobre qué aspectos conviene incidir para involucrar a los pacientes en su seguridad.

## Financiación

Durante la realización de este estudio los autores han disfrutado de ayudas a la investigación del FIS de referencia IP/60574 y PI06/90043.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez A, Elia M, Gracia JA, Artigas C, Lamata F, Martínez M. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp.* 2004;76:325-30.
2. Mira JJ, Pérez-Jover V, Rodríguez-Marín J, Tomás O. La satisfacción del paciente quirúrgico. *Cir Esp.* 2004;76: 54-7.
3. Otte DI. Patients' perspectives and experiences of day case surgery. *J Adv Nurs.* 1996;23:1228-37.
4. Commission européenne. Les erreurs médicales. Eurobaromètre Special 241. Janvier 2006 [citado 27 Dic 2007]. Disponible en: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/documents/eb\\_64\\_fr.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/documents/eb_64_fr.pdf).
5. Adams R, Boscarino JA. A community survey of medical errors in New York. *Int J Quality Health Care.* 2004;16: 353-62.
6. Kaiser Family Foundation. National survey on Americans as health care consumers: an update on the role of quality information. Menlo Park: Kaiser Family Foundation/Agency for Healthcare Research and Quality; 2000 [citado 12 Mar 2007]. Disponible en: <http://www.kff.org/kaiserpolls/3093-index.cfm>.
7. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Ester AJ. Consumer perceptions of safety in hospitals. *BMC Public Health.* 2006;6:41.
8. 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.
9. Northcott H, Vanderheyden L, Northcott J, Adair C, McBrien-Morrison C, Norton P, et al. Perceptions of preventable medical errors in Alberta, Canada. *Int J Qual Health Care.* 2008;20:115-22.
10. 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.

José Joaquín Mira Solves, Jesús M. Aranaz Andrés\*, Julián Vitaller Burillo y M. Teresa Gea Velázquez De Castro

Universidad Miguel Hernández, Agencia Valenciana de Salud, San Juan de Alicante, Alicante, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aranaz\\_jes@gva.es](mailto:aranaz_jes@gva.es) (J.M. Aranaz Andrés).