

Abordaje de la evaluación económica de dispositivos de bioseguridad desde la gestión sanitaria y la perspectiva social



Approach to the economic evaluation of biosafety devices from health-management and social perspective

Sra. Directora:

La importancia que reviste la determinación de la carga de siniestralidad producida por dispositivos cortopunzantes entre los profesionales sanitarios está suficientemente probada^{1,2}.

En la Unión Europea se estima que se producen más de un millón de accidentes biológicos causados por instrumental cortopunzante en el sector sanitario³, y además se cree que la tasa de incidencia puede ser mayor, puesto que existe una infranotificación de casos, por lo que podría aumentar entre un 29-61%⁴.

En mayo de 2010 se adoptó en la legislación europea la Directiva 2010/32/UE sobre prevención de lesiones por objetos punzantes que preveía la eliminación del riesgo hasta el máximo grado posible. Conscientes de ello, nuestro grupo ha realizado un estudio retrospectivo del quinquenio 2012-2016 en el que se han revisado 371 exposiciones percutáneas en un hospital de nivel terciario con más de 3.500 trabajadores.

La media anual que presentamos en nuestra serie es de 74,2 accidentes, con una desviación estándar de 11,33 accidentes percutáneos y una mediana de 70 accidentes con instrumentos cortantes y punzantes. En mujeres resultó mayor que en hombres, con una razón hombre/mujer de 0,20. La media de edad de los profesionales que comunicaron el suceso al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales se situó en 39,7 años, con una desviación estándar de 12,8 años. Las categorías profesionales más afectadas por esta incidencia fueron enfermeras (44,4%), médicos y enfermeras internos residentes (17,7%), médicos (13,2%), técnicos auxiliares de Enfermería (12,4%) y estudiantes de Enfermería (8,6%).

El promedio registrado de 77,5 accidentes biológicos percutáneos durante los años 2014, 2015 y 2016, posteriores a la entrada en vigor de la Orden ESS/1451/2013, por la que se establecen disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario, que transpone al ordenamiento jurídico español la Directiva del Consejo, no ha supuesto una mejora en la reducción de la siniestralidad por accidentes de trabajo por exposición percutánea, puesto que el promedio anual de eventos registrados previo a la entrada de la Orden era de 72 accidentes. Esta disquisición señala también que el coste unitario de adquisición de los dispositivos de bioseguridad es mayor que el de los instrumentos cortantes y punzantes adquiridos con anterioridad a la Orden, y considerando el coste del accidente biológico en 747 dólares americanos⁵ para poder conocer la ratio incremental coste-efectividad, *grasso modo*,

podríamos erróneamente afirmar que ha sido una medida inefectiva e ineficiente.

Esta monitorización de los registros obvia los costes indirectos, como la pérdida de productividad debida a la mortalidad prematura o a la incapacidad laboral atribuible a la enfermedad, que siempre deberían ser incluidos en los análisis de coste-efectividad. Asimismo, debería determinarse el impacto que supone una pérdida de bienestar para la sociedad, como los costes psicosociales⁶ de los profesionales o los efectos sobre el deterioro de la calidad de vida de los enfermos, que habitualmente no son estimados, puesto que no se aborda el análisis desde una perspectiva social⁷.

Estudios recientes evidencian que una legislación adecuada y una aplicación efectiva⁸ contribuyen a la disminución de las lesiones percutáneas entre los trabajadores de los hospitales, si bien este tipo de dispositivos no son coste-efectivos^{9,10}.

Nuestra contribución pretende señalar la necesidad de realizar evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias, como son los equipos con dispositivos de bioseguridad, con método y rigor, evitando sesgos, así como la omisión de costes y beneficios relevantes.

Bibliografía

1. Marnejon T, Gemmel D, Mulhern K. Patterns of needlestick and sharps injuries among training residents. *JAMA Intern Med.* 2016;176:251-2.
2. Dulon M, Lisiak B, Wendeler D, Nienhaus A. Causes of needlestick injuries in three healthcare settings: Analysis of accident notifications registered six months after the implementation of EU Directive 2010/32/EU in Germany. *J Hosp Infect.* 2017;95:306-11.
3. Hanmore E, MacLaine G, Garin F, Alonso A, Leroy N, Ruff L. Economic benefits of safety engineered sharp devices in Belgium - A budget impact model. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:489.
4. Elder A, Paterson C. Sharps injuries in UK health care: A review of injury rates, viral transmission and potential efficacy of safety devices. *Occup Med (Lond).* 2006;56:566-74.
5. Mannocci A, De Carli G, Di Bari V, Saulle R, Unim B, Nicolotti N. How much do needlestick injuries cost? A systematic review of the economic evaluations of needlestick and sharps injuries among healthcare personnel. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2016;37:635-46.
6. Moayed MS, Mahmoudi H, Ebadi A, Sharif Nia H. Stress and fear of exposure to sharps in nurses. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2016;10:e3813.
7. Peiro S, Puig-Junoy J. Interpretando la utilidad de las evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias. Más allá de las guías formales. *Gest y Eval Cost Sanit.* 2014;15:357-76.
8. Phillips EK, Conaway MR, Jagger JC. Percutaneous injuries before and after the Needlestick Safety and Prevention Act. *N Engl J Med.* 2012;366:670-1.
9. Fukuda H, Moriwaki K. Cost-effectiveness analysis of safety-engineered devices. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2016;37:1012-21.
10. Lavoie MC, Verbeek JH, Pahwa M. Devices for preventing percutaneous exposure injuries caused by needles in healthcare personnel. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;3:CD009740.

M. López Gobernado^{a,*}, J. Hernández Bartolomé^a,
D. Villalba Gil^a y J.M. Eiros Bouza^b

^a Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital
Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina,
Universidad de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlopezgob@saludcastillayleon.es
(M. López Gobernado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.03.002>
1134-282X/

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

Menos no es más, pero puede ser el principio del cambio



Less is not more, but it can be the beginning of the change

Sra. Directora:

Recientemente he leído con interés el original publicado en el número de mayo de *Revista de Calidad Asistencial* titulado «Efectividad de una intervención para mejorar la cultura de seguridad. ¿Menos es más?»¹. En el mismo, sus autores encuentran un empeoramiento en los resultados de una encuesta de cultura de seguridad tras realizar una intervención con la que esperaban obtener una mejora de la misma. Concretamente una de ellas es la de «percepción de seguridad». Nuestra experiencia con la medición de cultura de seguridad es algo más amplia en tiempo pero limitada a un servicio, el de urgencias.

En el año 2008 se realizó la primera medición de cultura de seguridad en el Hospital Morales Meseguer (HMM) utilizando la encuesta a la que se refiere el artículo citado, pero en forma escrita y en formato original de 12 dimensiones y preguntas adicionales. Una de estas invitaba al encuestado a valorar de 0 a 10 el grado de seguridad². Posteriormente a dicha encuesta, se realizaron diversas acciones formativas sobre seguridad del paciente en el centro y, adicionalmente, el servicio de urgencias participó en el estudio EVADUR³, sobre seguridad del paciente, difundándose sus resultados en sesiones clínicas en el servicio. En el año 2012 se volvió a pasar la misma encuesta a médicos y enfermeras, como inicialmente se había hecho. En 2008 participaron 85 compañeros y en 2012 se obtuvieron 82 respuestas, siempre con porcentajes de respuesta superiores al 80%. Los resultados no indicaban mejoría significativa en ninguna de las dimensiones y, concretamente en la valoración de seguridad de 0 a 10, pasó de una media de 6,39 a 6,06. Esto nos dejó un poco extrañados. En ese momento no encontramos en la bibliografía una explicación al hecho. Comentado personalmente con el autor del primer estudio de cultura de seguridad en hospitales españoles⁴, su posible explicación al hecho coincidía bastante con la discusión de los autores de este artículo y lo explicaba como un empeoramiento de la sensación de seguridad al ser más conscientes de que existe un problema. En este sentido, *menos sí podría ser más*, o al menos mejor.

Posteriormente, en el año 2013 se llevó a cabo en el servicio de urgencias un estudio realizado en todos los hospitales

de la región sobre incidentes de seguridad del paciente, ERIDA⁵, publicado recientemente en su revista. Después del mismo y tras dar a conocer los resultados iniciales, se volvió a realizar la misma encuesta de cultura de seguridad. En el HMM fue respondida por 65 personas y se obtuvo un mejor porcentaje de respuestas positivas en 8 de las 12 dimensiones, aunque solo en 2 de forma significativa. La valoración del grado de seguridad fue de 6,75. Es de destacar que en el conjunto de los 9 centros que participaron en este estudio se pasó de una valoración inicial de 6,59 a 6,57 y que nuestro servicio fue el único con mejoras significativas en alguna dimensión.

Como ya indica López-Picazo en el artículo¹, no es fácil comparar con trabajos de la literatura, dado la escasez de información en nuestro entorno. En los últimos años se ha publicado un estudio de cultura de seguridad realizado en 30 servicios de urgencia⁶ donde se realiza una medición basal y solo hemos encontrado un estudio realizado en dos servicios de urgencias de Suecia⁷ donde medían la cultura de seguridad antes y después de realizar una intervención de mejora de seguridad, evidenciando mejoras en solo dos dimensiones y empeoramientos en 1 y 3 dimensiones en cada hospital. A destacar que el grado de seguridad del paciente percibida empeoró en ambos.

Consideramos que estos resultados apoyan la discusión del artículo de referencia¹ y vienen a reforzar que un resultado peor inicialmente en sensación de seguridad no es más que el preludio de una mejora, si se continúa trabajando sobre el tema.

Menos no es más, pero no es un mal principio, si hablamos de percepción de seguridad.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. López-Picazo JJ, Ferrer-Bas P, Garrido-Corro B, Pujalte-Ródenas V, de la Cruz Murie P, Blázquez-Pedrero M, et al. Efectividad de una intervención para mejorar la cultura de seguridad. ¿Menos es más? *Rev Calid Asist.* 2017;32:146–54.
2. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del *Hospital Survey on Patient Safety*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [consultado 6 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>.