

PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD CLÍNICA DE PACIENTES EN UNA UNIDAD DE TERAPIA ENDOVASCULAR

Autores

Santos S**, Álamo MJ*, Maribel García MI*, Madueño M*, Dorado JC*, Márquez C*, Antonio J*, Reina F*, Romero A*

* Enfermeras/os de la Unidad de Terapia Endovascular. Hospital Virgen Macarena y Área. Sevilla.

** Profesor Titular E.U. vinculado a la Unidad de Terapia Endovascular. Hospital Virgen Macarena y Área. Sevilla.

Resumen

La elección de la arteria radial, como vía de entrada preferente en la realización de coronariografías, ha hecho posible la disminución de efectos adversos (EA) relacionados con el acceso vascular; al mismo tiempo, ha permitido un gran porcentaje de estos procedimientos a los pacientes en régimen *ambulatorio*.

La hipótesis de este estudio plantea las posibles diferencias entre los pacientes ambulatorios e ingresados, respecto a su percepción de seguridad, cuando son sometidos a procedimientos diagnósticos e intervencionistas endovasculares en nuestra Unidad, con el fin de elaborar, en un futuro inmediato, planes de seguridad específicos para cada tipo de usuario. Esta hipótesis se fundamenta en un marco conceptual que se asienta sobre cuatro grandes pilares: *Seguridad clínica, como una dimensión principal de la calidad asistencial; la Bioética y la legislación como agentes protectores del paciente; bases epidemiológicas del concepto de seguridad del paciente; avances científico-técnicos en procedimientos diagnósticos e intervencionistas endovasculares.*

El cateterismo cardiaco sigue siendo uno de los métodos diagnósticos más fiables para las cardiopatías que presentan mayor mortalidad dentro de la enfermedad cardiovascular: cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular. El incremento del número de coronariografías en más de un 200% en los últimos años junto con la introducción de la vía radial, como alternativa al acceso vascular con menor riesgo de EA, ha derivado en la posibilidad de realizar este tipo de procedimientos en régimen ambulatorio.

Palabras clave Coronariografía, seguridad clínica, enfermería, cardiología.

PERCEPTION OF SAFETY CLINIC PATIENTS IN A UNIT OF ENDOVASCULAR THERAPY

Abstract

The choice of the radial artery as an entry preferential coronary angiography has made possible the reduction of adverse effects (EA) related to vascular access, at the same time, it allowed a large percentage of these procedures to patients as outpatients. The hypothesis of this study suggests possible differences between ambulatory and hospitalized patients, regarding their perception of safety, when subjected to diagnostic and interventional endovascular procedures in our unit, in order to develop, in the near future, security plans specific type of user. This hypothesis is based on a conceptual framework that rests on four pillars: clinical safety as a major dimension of the quality of care, bioethics and legislation as protective agents of the patient, epidemiological basis of the concept of patient safety, scientific advances and technical in endovascular diagnostic and interventional procedures. Cardiac catheterization remains one of the most reliable diagnostic methods for heart disease have higher mortality than in the cardiovascular disease: ischemic heart disease and cerebrovascular disease. The increase in the number of coronary angiograms in more than 200% in recent years with the introduction of the radial as an alternative to vascular access with lower risk of AD, has led to the possibility of performing these procedures on an outpatient.

Key words Coronary angiography, clinical safety, nursing, cardiology.

Enferm Cardiol. 2010-2011; Año XVII-XVIII(51-52):52-57

Dirección para correspondencia

Salvador Santos Vélez
Unidad de Terapia Endovascular. Servicio de Hemodinámica. Hospital Virgen Macarena y Área. Sevilla
Correo electrónico: ssantos@us.es

INTRODUCCIÓN

Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y, específicamente, promover la seguridad de los pacientes es una prioridad para todas las organizaciones de salud internacionales y en consecuencia, para el Sistema Nacional de Salud español¹ y la Consejería de Sa-

lud de la Junta de Andalucía. Hablar de seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual una organización le proporciona atención y cuidados seguros, lo que se manifiesta por la ausencia de lesiones accidentales secundarias a eventos adversos. Del mismo modo, hablar de seguridad implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia.⁽²⁾

Según la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, realizada por un grupo de expertos de la OMS y publicada por esta organización el 8 de junio de 2007, se entiende por seguridad clínica "la ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria..."⁽³⁾. Este mismo informe taxonómico define evento adverso (EA), como el incidente que produce daño al paciente, entendiéndose por daño la alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial físico, psíquico o social derivado de aquella. En las estrategias de seguridad elaboradas por los organismos internacionales, Organización Mundial de la Salud (OMS) y Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) entre otros, se insiste en la importancia de dar participación a los pacientes en su propia seguridad de manera que nos permitan conocer la opinión de los propios usuarios sobre la percepción de su seguridad.

La elección de la arteria radial, como vía de entrada preferente en la realización de coronariografías, ha hecho posible la disminución de EA relacionados con el acceso vascular; al mismo tiempo, ha permitido un gran porcentaje de estos procedimientos a los pacientes, que se realizaban con ingreso hospitalario y vigilancia en unidades asistenciales especializadas, en régimen *ambulatorio* (**Imagen 1**). Pero estos nuevos avances y procedimientos hemodinámicos no están libres de la posibilidad de incidente o EA. Hasta la fecha, existen numerosas publicaciones relacionadas con la incidencia de "complicaciones" en los estudios hemodinámicos, en las que cabría hacer un análisis

Imagen 1



de consideración, en el sentido de qué se considera complicación del proceso de la enfermedad y qué se considera EA derivado del procedimiento.

La hipótesis de este estudio plantea las posibles diferencias entre los pacientes ambulatorios e ingresados, respecto a su percepción de seguridad, cuando son sometidos a procedimientos diagnósticos e intervencionistas endovasculares en nuestra Unidad, con el fin de elaborar, en un futuro inmediato, planes de seguridad específicos para cada tipo de usuario. Esta hipótesis se fundamenta en un marco conceptual que se asienta sobre cuatro grandes pilares:

I. Seguridad clínica, como una dimensión principal de la calidad asistencial.

Aunque los primeros estudios importantes sobre EA se publican hace más de 30 años, el interés internacional por la seguridad del paciente nace en los últimos 15 años como una dimensión principal de la calidad asistencial. En los primeros años surgen diferencias conceptuales y es la propia OMS, a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en el año 2005, quién da respuesta a esta necesidad de unificar criterios y establecer los principios generales sobre Seguridad Asistencial. A pesar de la existencia de estudios que concluyen que un determinado número de pacientes no tienen una formación adecuada en materia de salud sobre sus propios cuidados^(4,5), la JCAHO inició una campaña bajo el título "Speak Up" ("Hablar claro")⁽⁶⁾, en la que fomenta la participación de los usuarios de los sistemas de salud en su propia seguridad.

II. La Bioética y la legislación como agentes protectores del paciente.

Los Códigos Deontológicos de todas las titulaciones pertenecientes a las Ciencias de la Salud, incluyen artículos relacionados con la seguridad y el respeto a la integridad física de las personas. En el Código Deontológico de Enfermería en España concreta, en su artículo 14: "Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud..."⁽⁷⁾.

En la misma dirección, el Código Deontológico del Comité Internacional de Enfermería (CIE), en su elemento 2 que trata sobre la enfermera y la práctica, refiere que las enfermeras en ejercicio tienen el deber de: "Establecer normas de atención de salud y un contexto de trabajo que fomente la seguridad y la calidad de los cuidados"⁽⁸⁾.

III. Bases epidemiológicas del concepto de seguridad del paciente.

En España hay dos estudios principales sobre EA. El estudio ENEAS⁽⁹⁾, que analiza la prevalencia de EA en hospitales españoles y sitúa la tasa en un 9,3%, y el estudio APEAS, que analiza los EA de los pacientes en la atención primaria de salud⁽¹⁰⁾, donde la prevalencia fue del 10,11%, considerando que son evitables el 70,2% de los EA producidos.

IV. Avances científico-técnicos en procedimientos diagnósticos e intervencionistas endovasculares.

El cateterismo cardiaco sigue siendo uno de los métodos diagnósticos más fiables para las cardiopatías que presentan mayor mortalidad dentro de la enfermedad cardiovascular: cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular⁽¹¹⁾. El incremento del número de coronariografías en más de un 200% en los últimos años junto con la introducción de la vía radial, como alternativa al acceso vascular con menor riesgo de EA, ha derivado en la posibilidad de realizar este tipo de procedimientos en régimen ambulatorio⁽¹²⁾.

Diversos autores han realizado estudios de coste-beneficio-efectividad de estas pruebas, en lo que los ingleses llaman "outpatient"^(13,14). Otras investigaciones han demostrado la seguridad de éstos cuando se hacen en régimen ambulatorio^(15,16,17,18). Sin embargo cabe destacar, que en ninguno de estos trabajos se ha analizado la percepción que el paciente tiene de su seguridad en esos casos.

MATERIAL Y MÉTODO

Sobre una muestra aleatorizada de 46 pacientes (31 pacientes ambulatorios y 15 pacientes ingresados) que han sido sometidos a procedimientos diagnósticos e intervencionistas endovasculares entre los meses de agosto a octubre de 2009, se ha realizado estudio descriptivo prospectivo transversal sobre percepción de seguridad, mediante cuestionario validado⁽¹⁹⁾ de percepción de seguridad de los pacientes sometidos a estos procedimientos. Se han comparado los resultados obtenidos entre los pacientes ambulatorios y los pacientes ingresados en el hospital.

Se han excluido de la muestra los pacientes con alteraciones psíquicas y usuarios sometidos a procedimientos urgentes.

Se han elaborado tablas de frecuencia de cada una de las variables independientes. Se ha calculado la media, mediana y moda para las variables discretas. Se han realizado tablas de contingencia para el análisis

de dependencia mediante el cálculo de Chi Cuadrado. Para las variables cualitativas, se establecen cuatro opciones de respuesta tipo Likert, considerándose fortaleza del sistema cuando las respuestas positivas superan el 75% y debilidad cuando el porcentaje de respuestas negativas es superior al 50% del total de la muestra.

Se han comparado las medias de las variables independientes con respuesta en escala ordinal mediante la prueba de la U de Mann-Whitney. Se ha utilizado software SPSS 17.0 como base de datos y analizador estadísticos de los mismos.

RESULTADOS

Se han seleccionado un total de 46 pacientes a los que se les realizó un estudio angiográfico en nuestra Unidad, de los que 31 (67,4%) se hicieron en régimen ambulatorio y 15 con ingreso hospitalario.

Del total de la muestra 15 pacientes eran mujeres y 31 hombres. La media y desviación estándar es de 63,38±9,96 años, la mediana de 64 años y la moda de 72 años. El 17,8% de los encuestados han cursado estudios secundarios o universitarios.

La percepción de seguridad en ambos grupos de pacientes sometidos a cateterismo cardiovascular es considerada como una fortaleza del sistema, al superar el número de repuestas positivas más del 75% de los pacientes encuestados.

Destacamos que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$ entre los dos grupos de pacientes en la información que los pacientes reciben al alta, en el que hemos constatado un nivel mayor de satisfacción a favor de los pacientes ambulatorios (0% de respuestas negativas en pacientes ambulatorios, frente al 20% en el caso de los pacientes hospitalizados) (tabla 1)

A pesar de ser considerado como fortaleza del sistema por superar el 75% de las respuestas positivas, esta discrepancia de percepción relacionada con la información de cuidados, que el paciente debe seguir

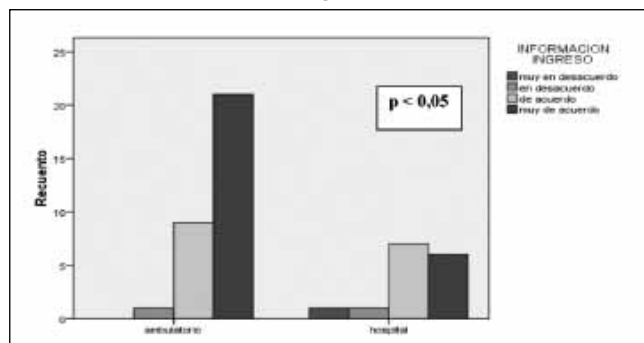
Tabla 1. Tipo de ingreso / Información de cuidados al alta

			INFO CUIDADOS CASA				Total
			Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	
TIPO DE INGRESO	ambulatorio	Recuento	0	0	12	19	31
		% dentro de TIPO DE INGRESO	0,0%	0,0%	38,7%	61,3%	100,0%
		% dentro de INFO CUIDADOS CASA	0,0%	0,0%	60,0%	82,6%	67,4%
		% del total	0,0%	0,0%	26,1%	41,3%	67,4%
	hospital	Recuento	1	2	8	4	15
		% dentro de TIPO DE INGRESO	6,7%	13,3%	53,3%	26,7%	100,0%
		% dentro de INFO CUIDADOS CASA	100,0%	100,0%	40,0%	17,4%	32,6%
		% del total	2,2%	4,3%	17,4%	8,7%	32,6%
Total	Recuento	1	2	20	23	46	
	% dentro de TIPO DE INGRESO	2,2%	4,3%	43,5%	50,0%	100,0%	
	% dentro de INFO CUIDADOS CASA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	2,2%	4,3%	43,5%	50,0%	100,0%	

en su casa, debería ser analizada en otros estudios, y podría ser debida a la falta de protocolos unificados de cuidados en domicilio en algunas unidades de hospitalización.

De igual manera, se han encontrado diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los dos grupos de pacientes en cuanto a la información recibida al ingreso, en nuestra Unidad o en la planta del hospital. En el 13,2% de los pacientes ingresados las respuestas fueron desfavorables, frente al 3,2% en el caso de los pacientes ambulatorios (**Gráfico 1**).

Gráfico 1. Información al ingreso



Sin embargo, y a pesar de no obtener diferencias estadísticamente significativas, hemos observado una tendencia negativa en los pacientes ambulatorios, cuando les hemos preguntado por la percepción de seguridad en su domicilio, a las 24 horas de realizarse el estudio. Habría que analizar esta cuestión en un estudio con una muestra más amplia y con una metodología diferente, de manera que permitiera hacer un seguimiento a más largo plazo y nos permitiera investigar sobre qué factores podrían incidir en esta disminución de la percepción de seguridad, estableciendo un plan específico de seguridad para este tipo de usuarios de nuestro sistema (**tabla 2**).

DISCUSIÓN

En el análisis de los resultados obtenidos, hemos encontrado que más del 80% de los pacientes dicen haber cursado niveles primarios o carecer de formación. Los resultados de otros estudios, cuando se ha intentado valorar si la edad, el nivel educativo o los ingresos económicos del paciente condicionan su nivel de satisfacción han sido contradictorios⁽²⁰⁾. Existe una ligera tendencia a encontrar una mayor satisfacción en pacientes de mayor edad y en personas de ingresos económicos medios y superiores; sin embargo resulta necesario ahondar más en estos aspectos.

La media de edad de la muestra se encuentra dentro del rango típico de los pacientes afectados con este tipo de patología cardiovascular. En estudios epidemiológicos recientes realizados en población española, la media de edad resultó estar en un intervalo de $62,1 \pm 10,7$ años⁽²¹⁾.

Respecto a la información que recibe el paciente al ingreso, en relación al procedimiento al que va a ser sometido, y a pesar de obtener una valoración alta por parte de los usuarios, habría que estudiar los motivos de esta diferencia de percepción de seguridad entre los pacientes ambulatorios e ingresados, evaluando los protocolos de información en las unidades de hospitalización. En un estudio similar realizado sobre pacientes sometidos a diálisis peritoneal, el 89,1% de los mismos valoraron la información recibida al ingreso, relacionada con las pruebas e intervenciones, como muy adecuada y necesaria para su nivel de seguridad⁽²²⁾.

En relación a la información que recibe el paciente en el momento de la firma del consentimiento informado, según la Ley General de Sanidad de 1986⁽²³⁾, en su artículo 10 refiere, como derecho de los pacientes, entre otros: "...la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento del usuario para la realización de cualquier intervención..."

Según la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁽²⁴⁾, basándose entre otras, en la Declaración universal de los Derechos humanos proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 y en la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida en 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, refiere en su capítulo II, artículo 5º: "...dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias"

Es evidente el derecho de los pacientes a recibir una información clara sobre las intervenciones a las que va a ser sometido y a la libre elección de los mismos.

Algunos autores han estudiado la legibilidad de los consentimientos informados. En el estudio realizado en hospitales de Asturias⁽²⁵⁾, encontraron que un 96,5% de los formularios tenían una legibilidad baja con el Índice de Flesch, es decir, están escritos con frases y palabras largas. Resultados similares se obtuvieron en los estudios realizados en Madrid⁽²⁶⁾, Navarra⁽²⁷⁾ y el País Vasco⁽²⁸⁾. Sería interesante hacer un análisis

Tabla 2. Estadísticos de contraste

	DOLOR UNIDAD	GRADO DE SEGURIDAD	GRADO DE SEGURIDAD 24h
U de Mann-Whitney	175,000	197,000	172,500
W de Wilcoxon	295,000	693,000	668,500
Z	-1,368	-0,912	-1,136
Sig. asintót. (bilateral)	0,171	0,362	0,256

de la legibilidad de los consentimientos informados y su relación con niveles de percepción de seguridad en los pacientes.

En el análisis de los datos obtenidos en relación a la información que recibe el paciente sobre los autocuidados en su domicilio, podemos afirmar que en trabajos donde se ha estudiado la importancia del Informe de Alta de Enfermería⁽²⁹⁾, el 94,28% de los pacientes consideran que les explicaron adecuadamente el informe a su entrega. En el mismo estudio aseguran que el 96,87% de los pacientes constatan que la información administrada resulta útil y fácil de comprender. Otros autores⁽³⁰⁾ destacan de igual manera, la consideración positiva, por parte de los profesionales enfermeros, del Informe de Alta y la necesidad de éstos para asegurar la continuidad de cuidados en diferentes niveles de asistencia sanitaria.

En el estudio realizado por Helles Ragnhild⁽³¹⁾, enfermera de la universidad de Oslo, sobre los protocolos de información en los Informes de Alta de Enfermería, expone la importancia de unificar el lenguaje y la estructura en la comunicación al paciente o cuidador para notificar los cuidados que éstos deberán seguir en su domicilio.

En el informe realizado en Reino Unido por enfermeras de enlace en el año 2006, y en el que valoran los resultados de la atención sanitaria relacionadas con el papel que desempeñan como profesionales que permiten la continuidad de cuidados, desarrollan un conjunto de herramientas entre las que destaca una guía con los 10 pasos necesarios para mejorar el proceso de alta hospitalaria y asegurar que los profesionales siguen el protocolo establecido⁽³²⁾.

Deberíamos plantearnos, en función de los resultados obtenidos en nuestro trabajo, que las diferencias de percepción de seguridad relacionadas con la información de cuidados al alta, entre pacientes ambulatorios y pacientes ingresados, podría ser debida en este caso, a la falta de un protocolo que unifique la información que reciben nuestros usuarios y cuidadores sobre esta cuestión.

Analizando los resultados obtenidos en la pregunta relacionada con la percepción general de seguridad de los pacientes, debemos comentar que sería conveniente la realización de estudios que profundicen en los protocolos seguidos para la recogida de los datos.

Así se puede destacar, que algunos autores que han estudiado la percepción del nivel de calidad en pacientes, sugieren que sería conveniente realizar este tipo de cuestionarios pasados varios días del alta o estancia del usuario en la Unidad evaluada. Concretamente, Mira y Aranaz recomiendan que las encuestas referidas a la evaluación de aspectos cualitativos de la asistencia sanitaria deben realizarse a los 15 días de haberse producido el alta⁽³³⁾.

CONCLUSIONES

1.- En la línea introducida por la JCAHO, bajo el lema "Speak up", sobre la necesidad de dar participación a los pacientes en su propia seguridad, confirma-

mos en este estudio la importancia de la información aportada por los usuarios del sistema de salud en relación a su percepción de seguridad.

2.- Se debe profundizar en el estudio y análisis de los factores que influyen en la percepción de seguridad de los pacientes, considerando estos datos fundamentales para el desarrollo de los planes de seguridad de los mismos.

3.- Los pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos o intervencionistas endovasculares, en régimen ambulatorio, deberían tener planes de seguridad específicos que contemplen la participación de éstos y sus cuidadores, con el fin de detectar las causas que producen esta tendencia a la disminución de la percepción una vez que son dados de alta a su domicilio.

4.- A la vista de los datos obtenidos, podemos confirmar la sensibilidad del paciente para detectar déficit de información a la llegada al centro sanitario. Se deberían establecer, por tanto, protocolos unificados que permitan mejorar la comunicación y el mensaje que queremos transmitir a nuestros usuarios.

5.- Se confirma el interés de la población por la seguridad en el ámbito sanitario. El 100% de los pacientes seleccionados participaron en la encuesta respondiendo a la totalidad de las preguntas realizadas.

6.- Coincidimos, al igual que otros autores citados, en que sería conveniente abrir nuevas líneas de investigación para determinar si la metodología seguida en los estudios que miden niveles de calidad, seguridad o satisfacción en los pacientes, serían más fiables midiendo los resultados a los 15 días del alta del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
2. Estrategia para la seguridad del paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Disponible en www.who.int/patientsafety/modified_delphi_survey_overview_es.pdf. Visitada en Noviembre de 2009.
4. Rosenthal MM. Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle. Philadelphia, PA: Open University Press; 1999.
5. Kosnik L. The New Paradigm of Crew Resource Management: Just What Is Needed to Reengage the Stalled Collaborative Movement? *Journal on Quality Improvement*. 2002;28:235-241.
6. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Speak Up: Help Prevent Errors in Your Care. Accessed at <http://www.jcaho.org/general+public/patient+safety/speak+up/speak+up.htm>.
7. Código deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Resolución 32/89. 1989.
8. Código deontológico del CIE para la profesión Enfermera. Consejo Internacional de Enfermería. Ginebra. Suiza. 2006.
9. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. (Informe Febrero 2006). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
10. Estudio Nacional sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Estudio APEAS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
11. Bertomeu V, Castillo J. Situación de la enfermedad cardiovascular en España. Del riesgo a la enfermedad. *Rev. Esp Cardiol*. 2008;8 (supl E): 2-9.
12. Kiemeneij F, Laarman GJ, Odekerken D, et al. A randomized comparison of percutaneous transluminal coronary angioplasty by the radial, brachial and femoral approaches: The Access study. *J Am Coll Cardiol* 1997; 29: 1269-75.
13. Sánchez A. Costo Efectividad del cateterismo cardiaco ambulatorio vs el hospitalario. *Rev. Salud Pública y Nutrición*. nº 2-2002.
14. Llata M, González A, Gaspar J, Solana L, Kimura Y, Cesarman E, Cesarman T. Cateterismo cardiaco ambulatorio en un hospital de la ciudad de México / Ambulatory catheterization in a hospital of Mexico city. *Rev mex rad*. 1997;41: 9-13.
15. Chaumeil A, et al. Feasibility of outpatient coronary angiography with "ad hoc" angioplasty. *Arch Cardiovasc Dis*. Vol 101 (6) 383-90. 2008.

16. Belenkov IN, et al. Clinical and economical effectiveness of outpatient diagnostic coronary angiography. *Kardiologija*. 2008. Vol. 48 (3); 4-7.
17. Wiper AJ, et al. Day case transradial coronary angioplasty: a four-year single-center experience. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2006. Vol 68 (4): 549-53.
18. Slagboom TS, et al. Outpatient coronary angioplasty: feasible and safe. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2005. Vol. 64 (4) 421-7.
19. Cuestionario de Percepción de Seguridad de pacientes. Estándares de Calidad de Cuidados para la Seguridad del Pacientes en los hospitales de SNS. Proyecto Séneca. Informe técnico. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2008.
20. Sixma HJ, Kerssens J, van Campen C, Peters L. Quality of care from the patients perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* 1998;1:82-95.
21. Vivencio A, et al. Impacto de la presencia de enfermedad cardiovascular en el control de presión arterial y lípidos en la población hipertensa asistida en atención primaria. *Atención Primaria*. Vol. 40, N° 1: 21- 27. 2008.
22. Hernández ME, et al. Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal. *Rev. Soc Esp Enferm Nefrol*. 2008. Vol 11; n°3: 190-195.
23. Ley 14/1986, General de Sanidad. BOE número 102 de 29 de abril de 1996.
24. Ley 41/2002. Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE. Número 274, viernes 15 de noviembre, 2002.
25. Rubiera G, et al. La legibilidad de los documentos de consentimiento informado en los hospitales de Asturias. *Gac Sanit*. 2004;18(2): 153-8.
26. Navarro-Royo C, Monteagudo-Piqueras O, Rodríguez-Suárez L, Valentín-López B, García-Caballero J. Consentimiento informado en la comunidad de Madrid. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:331-6.
27. Idoate VM. La comprensibilidad del consentimiento informado. *Anales Sist San Navarra* 2000;23.
28. Grupo de Trabajo sobre Consentimiento Informado de Osakidetza, Simón P. Legibilidad de los formularios escritos de consentimiento informado del servicio vasco de salud/Osakidetza. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:331-6.
29. Ubé JM, et al. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. *Nure investigación*. N° 24. Septiembre-octubre. 2006.
30. Fera DJ. Valoración de resultados en la implantación de un protocolo de cuidados al alta. *Rev. Enfermería Científica* 2003; 252-3, 58-63.
31. Ragnhild H. Information handling in the nursin discharge note. *J Clin Nurs*. Vol 15: 11-21. Jan 2006.
32. Nurse led discharge and in reach report. 10 abril 2006. www.dhsspsni.gov.uk. Visitada 11 de noviembre de 2009.
33. Mira JJ, Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* 2000; 114 (Supl 3): 26-33.