



**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**EVENTOS ADVERSOS EVITABLES EN LOS SERVICIOS DE: EMERGENCIA,
PEDIATRIA, CENTRO QUIRÚRGICO, NEONATOLOGÍA, CENTRO
OBSTÉTRICO Y UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL SAN
VICENTE DE PAÚL EN EL PERIODO 2013-2014**

AUTORES: Almeida Herrera Marco Ronald, Enríquez Pozo Valeria Monserrath
DIRECTORA DE TESIS: MSc. Janeth Vaca

RESUMEN:

Los eventos adversos entendidos como un “daño o complicación no intencionada causado por el tratamiento de una enfermedad que resulta en discapacidad, muerte o prolongación de la estancia hospitalaria y no obedece a la enfermedad o estado subyacente del paciente” ocurren de manera frecuente en los hospitales. Se ha evidenciado que un 50 % de los casos son evitables, incrementan el costo del sistema de salud y producen discapacidad y muerte en algunos pacientes. El objetivo del presente estudio es determinar los eventos adversos evitables en pacientes hospitalizados en los servicios de: emergencia, pediatría, centro quirúrgico, neonatología, centro obstétrico y unidad de cuidados intensivos del Hospital San Vicente de Paúl en el periodo 2013-2014. Se realizó un estudio de casos y controles en pacientes hospitalizados al menos 24hs del 2 de diciembre al 11 de diciembre de 2013. Se utilizó relaciones bivariadas mediante tablas de contingencia y prueba de correlación de Pearson. Entre los 45 pacientes tamizados, 27,30% de sucesos sin lesión (incidente), presentaron una elevada posibilidad de prevención y un 27,30% de lesiones o complicación presentaron una ausencia de evidencia de posibilidad de prevención, también se observó un 18,20% de sucesos sin lesión (incidente) que manifestaron una total evidencia de posibilidad de prevención, un 9,10% de lesiones o complicación y sucesos sin lesión presentaron una elevada posibilidad de prevención. Se concluye que en el Hospital San Vicente de Paúl se presentaron sucesos sin lesión y lesiones o complicaciones en un gran número.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del paciente, evento adverso evitable.

SUMMARY:

Adverse events, defined as “unintended damage or complication caused by the treatment of illness that results in disability, death or prolonged hospital stay that does not correspond to the illness or patient state” occur frequently in hospitals. Evidence shows that 50% of cases are avoidable, increase the cost of healthcare and produce disability and death in some patients. The objective of this study is to determine adverse, avoidable experienced by patients hospitalized in emergency, pediatrics, surgery, neonatology, obstetrics, and intensive care in San Vicente de Paul Hospital during the period of 2013-2014. We focused on cases and controls of patients hospitalized a minimum of 24hrs from December 2 – December 11 2013. We used bivariate relationships using contingency tables and Pearson correlation test. Among the 45 patients screened, 27.30% were without injury event (incident), had high possibility of prevention and 27.30% of injuries or complications showed a lack of evidence of possibility of prevention. Also, 18.20% of cases without injury event (incident) showed evidence of 9.10% prevention possibility for injuries or complications and cases without injury had a high possibility of prevention. We concluded that in the San Vicente de Paul Hospital events without injury, and injury or complications occurred in large numbers.

KEY WORDS: Patient safety; adverse, avoidable events

INTRODUCCIÓN:

Desde hace mucho tiempo los procesos de atención en salud llevan implícitos una serie de riesgos, derivados de la multiplicidad de factores que centran en juego en dicho proceso: la patología misma del paciente, la calidad técnica de las personas que lo atienden, la disponibilidad y el uso de la tecnología con que se cuenta, la necesidad de coordinación de los diferentes equipos de trabajo en el proceso, la comunicación entre las personas y equipos, las políticas organizacionales y la delegación funcional, entre otros.

Es por eso que hoy en día podemos observar la complejidad de los procesos de atención en salud y se hace necesario que los consideremos sistemas de alto riesgo y por lo tanto se involucren en su diseño numerosas barreras de seguridad que prevengan los fallos involuntarios que puedan presentarse durante la atención de un paciente.

Por tal razón nuestra investigación nos ayudará a identificar y determinar los eventos adversos evitables en pacientes hospitalizados del Hospital San Vicente De Paúl, lo cual pretende garantizar una atención sanitaria de calidad y calidez por medio de prácticas seguras de todo el equipo de salud, mediante una comunicación efectiva, con un enfoque

sistémico. Para que de esta manera todos los factores de riesgo que intervienen en la práctica diaria de los profesionales se disminuyan de manera considerable y ayuden a la reducción del riesgo y de esta forma se eviten los eventos adversos ya que en su mayor parte no son ocasionales pero si evitables es así que lograremos que exista una verdadera seguridad del paciente en las unidades sanitarias del mundo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Objetivo: Determinar los eventos adversos evitables en pacientes hospitalizados en los servicios de: Emergencia, Pediatría, Centro Quirúrgico, Neonatología, Centro Obstétrico Y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente De Paúl.

Diseño y tipo de investigación: El tipo de investigación es prospectivo no experimental con enfoque mixto (cualicuantitativo). De diseño observacional descriptivo de cohorte concurrente.

Localización y dirección: El estudio se realizó en el Hospital San Vicente de Paúl (institución pública de segundo nivel), ubicado en la región norte del país en la provincia de Imbabura, cantón Ibarra.

Población y muestra: El universo de estudio estuvo constituido por 286 Pacientes que ingresaron al Hospital San Vicente de Paúl, en etapa de cribado I (2 de diciembre – 11 de diciembre de 2013) en los servicios en estudio. La muestra fue los 45 casos registrados en el Sistema de Información para la Vigilancia y Control de Efectos Adversos, después del cribado durante los 7 días de observación, que hayan cumplido 24hs. de estancia hospitalaria y sea la causa del ingreso o la especialidad o el servicio.

Variables:

Variables Independientes

- Edad
- Sexo
- Factores intrínsecos
- Factores extrínsecos
- Tipo de servicio
- Curso autoadministrado

Variables Dependientes

- Evento Adverso Evitable
- Criterio Determinante

Métodos y técnicas de recolección de datos:

Para el estudio se aplicó las siguientes técnicas e instrumentos:

- **Revisión Documental:** Se complementó con la revisión de Historias Clínicas de los Pacientes, con el fin de contar con información post evento del paciente relacionada con las consecuencias de un incidente, lesión o complicación (verdadero positivo) y, en este caso, caracterizando el tipo de incidente, su gravedad, los factores asociados, si era o no evitable a juicio del revisor, etc.
- **Revisión De Literatura Científica:** Se realizó una búsqueda exhaustiva en: PubMed, Redalyc, Scielo, Chocrane, Medline y en informes de agencias nacionales empleando el castellano, el inglés, francés Y portugués. El periodo de revisión fue considerado del 2000 al 2013. Las palabras claves empleadas en la búsqueda fueron: adverse effects, medical erros, iatrogenic disease, adoptando el vocabulario médico controlado (Medical Subject Headings). Finalmente se amplió con la búsqueda cruzada de artículos relacionados.
- **Encuesta de Cribado (Guía De Cribado - GC):** También conocido como screening o Tamizaje (Según la OPS).Este sirvió como sistema de alerta o rastreo de posibles incidentes.
- **Observación Directa:** La observación directa tuvo como propósito identificar los factores extrínsecos existentes asociados al cuidado de la condición del paciente para lo cual se tuvo como referente la lista de chequeo de opciones previstas en la guía de cribado.

Procedimiento de recolección de datos:

Para la presente investigación se realizó en primer lugar la revisión bibliográfica de literatura científica misma que permitió contar con referentes teóricos de otras investigaciones similares que sirvieron de base para esta investigación. El estudio fue diseñado en tres fases que a continuación se detallan:

En una primera fase se capacitó a todo el personal de salud que participó en la investigación de seguridad del paciente, para la vigilancia activa de pacientes hospitalizados. Este procedimiento fue llevado diariamente previo a la etapa de campo, socializando los antecedentes, objetivos, metodología, los instrumentos a utilizar para el registro de casos y las respectivas variables, todo esto encaminado a la búsqueda de eventos adversos evitables, con sus respectivos criterios de inclusión y exclusión para el tamizaje de casos.

Además en esta fase se capacitó sobre el registro de casos en la aplicación Online IDEA (Identificación de Efectos Adversos) del SIVCEA (Sistema de Información para la Vigilancia y Control de Efectos Adversos), previo a esto se asignó un usuario y contraseña a todo el personal de salud e investigadores participantes en el estudio para poder acceder al sistema online de la aplicación. De igual manera se capacitó sobre el manejo y llenado de cada uno de los cribados existentes con sus respectivos módulos en la aplicación online IDEA.

En la fase dos que comprendió la etapa de campo del 2 al 11 de diciembre de 2013, incluidas las 72hs de post evento, en este momento de la investigación se aplicó los instrumentos para recolectar y organizar todos los datos obtenidos, mediante la aplicación online IDEA, tomando en cuenta todos los criterios de inclusión y exclusión para el registro de casos. En una primera etapa se aplicó la Guía de Cribado GC a todos los pacientes que cumplieron las 24hs. de estancia hospitalaria y sea cual fuese la causa del ingreso, la especialidad o el servicio. En una segunda etapa se procedió a aplicar el Cuestionario Modular MRF2 el cuál solamente se aplicaba si el paciente presentaba evento adverso, es decir el Cuestionario Modular MRF2 nos ayudó a la identificación de eventos adversos, previo a un tamizaje realizado con la Guía de Cribado GC. El mismo que constaba de 5 módulos los cuales se aplicaban de acuerdo al evento adverso presente en el paciente, y nos ayudaban a saber el tipo de suceso o evento adverso y medir su posibilidad de evitabilidad del mismo. Posterior a la etapa de campo se realizó un monitoreo activo de 72hs. de post-evento, el cual nos ayudó a identificar posibles reingresos con presencia de eventos adversos.

En la fase tres se inició el procesamiento de datos, tabulando y presentando en forma conjunta la información obtenida. Este procesamiento de datos, se lo realizó de forma

electrónica en una base de datos construida en el paquete informático estadístico SPSS Versión.18. Previo a una capacitación del manejo del software informático estadístico, impartida por un experto en el manejo del mismo, el cual nos ayudó a obtener los respectivos resultados, con la base de datos de la investigación que se encontraba codificada y con todo el registro de casos de la investigación realizada. Para la interpretación de resultados se utilizó frecuencias, tablas de contingencia y correlaciones bivariadas. Todos los datos obtenidos se incorporaron en tablas y gráficos respectivamente. Los resultados obtenidos fueron socializados y adjuntados a la presente investigación.

Procesamiento de análisis de datos:

Para el análisis e interpretación se utilizó un diseño uni y bivariado, para lo cual se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, para la representación estadística mediante el paquete Excel.

RESULTADOS:

DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Según el presente estudio las características predominantes de la población que presento eventos adversos evitables, fue de sexo femenino (45,50%) y masculino (54,50%) y en edades inferiores de 1 año (45,50%) y otras edades en un 9,10%. A diferencia de otras investigaciones que indican que el EA es más frecuente en pacientes mayores a 70 años.

Entre los eventos adversos más frecuentes de los servicios del estudio tenemos que no se toma las constantes vitales en su horario establecido, no se puede canalizar vía periférica por no aplicar una correcta técnica, quemadura de primer grado en un 4% del antebrazo por falta de supervisión de la aplicación de una bolsa de agua caliente, retiro de vía periférica sin previa valoración de deshidratación existente, indicación de una dieta incorrecta, salida de dren por incorrecta técnica de fijación, flebitis, retraso y negligencia en la asistencia sanitaria de 8 horas en post cesárea, úlcera por presión a nivel lumbo-sacro, úlceras por presión en labio superior por tubo endotraqueal, equimosis por varias punciones. En cuando al reporte del IBEAS tiene concordancia y señala que los eventos adversos más frecuentes fueron neumonía, infección de una herida quirúrgica, úlceras por presión (por inmovilización), sepsis y shock séptico, flebitis, diagnóstico erróneo, lesión de algún órgano debida a una intervención o procedimiento médico, hemorragia o hematoma debido a una intervención o procedimiento médico e invasión bacteriana de la sangre, debido a algún dispositivo (por ejemplo catéter).

Es así que este estudio se nos muestra que el 27,30% de los sucesos sin lesión se produjeron en el servicio de Pediatría de igual manera con un porcentaje del 18,20% se produjeron en el servicio de Emergencias en el mismo sentido con un porcentaje menor del 9,10% en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología respectivamente. En el caso de las lesiones y complicaciones se evidenció una alta incidencia en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos con un 18,20% y una menor incidencia pero importante del 9,10% en los servicios de Emergencia y Neonatología respectivamente. En el mismo sentido hay que tomar en cuenta que la investigación también la realizamos en los servicios de centro obstétrico y centro quirúrgico en los cuales no se reportaron ningún evento adverso evitable. Lo que nos demuestra que los sucesos sin lesión y lesiones o complicaciones tienden a aumentar en servicios de alta complejidad, larga estancia, cuidados inmediatos y de atención infantil. A diferencia de lo que dice el estudio de Gaitán que su estudio es la primera aproximación epidemiológica publicada sobre el tema en Colombia y muestra que al menos el (4,5 %) de los pacientes hospitalizados en servicios quirúrgicos, médicos o de ginecología de las tres instituciones observadas presentaron eventos adversos. Estos resultados son ligeramente mayores a los informados por estudio de Brennan en Estados Unidos quien presentó una incidencia del (3,7%) e inferior a las incidencias publicadas por Baker del (7,5%) y Forster en Canadá, Davis y cols del (11,3%) en Nueva Zelanda y Vincent con el (11,7%) en el Reino Unido (. Las diferencias en la incidencia se podrían explicar por las características de la población incorporada a este estudio, en el que predominó la población obstétrica, en la cual se ha informado una frecuencia de EA del 1,5 al 4,0%.

En la presente investigación se observó la presencia de factores extrínsecos en un 100% ya que en la mayoría de pacientes hospitalizados se utilizaron dispositivos (intravenosos, sondas etc) requeridos en el plan de tratamiento de los pacientes. Con respecto a la presencia de factores intrínsecos el 81.8% presenta algún factor, lo que podría elevar el riesgo de desencadenar evento adverso debido a su condición clínica, en menor proporción se presentan pacientes con ausencia de comorbilidades. En los diferentes estudios de incidencia de factores extrínsecos e intrínsecos de Gaitán y Arlex, nos demuestran que los mencionados factores estuvieron presentes (50%) y se asociaron a la presencia del EA.

Por otra parte no se hallan estudios que nos demuestran resultados en cuanto a los criterios determinantes de identificación del evento adverso evitable. Es por eso que nuestro estudio aporta con un registro del 63,60% en el que los casos presentan suceso sin lesión (incidente), el 27,30% de los casos no tuvieron lesión o complicación y únicamente un 9,10% de los casos presentaron lesión o complicación.

En base a los resultados, se propone ejecutar un curso autoadministrado web 100% virtual se ha diseñado con el fin de despertar el interés por la calidad, la seguridad y fortalecer la implementación de prácticas seguras en los servicios de salud, a partir de

situaciones reales que evidencian la necesidad de realizar Gestión Clínica. La idea es iniciar un proceso de formación en la apropiación y comprensión de contenidos y herramientas relacionadas con la seguridad del paciente para que usted pueda, posteriormente, investigar y analizar incidentes clínicos e implementar las acciones necesarias para transformar su institución en una organización altamente confiable. La seguridad es un imperativo ético en salud y la atención en salud no es tan segura, hoy en día, como debería serlo. Por eso es importante implementar un Modelo de Gestión de Seguridad de Pacientes que les permita a las instituciones del sistema y a los profesionales de la salud desarrollar competencias y utilizar herramientas para atacar este problema.

CONCLUSIONES:

- Los eventos adversos aunque no los consideramos intencionales pero son peligrosos para la salud de los pacientes, es por eso que los profesionales de la salud deben intervenir de manera directa en el fortalecimiento del sistema sanitario mediante la implementación de prácticas seguras para garantizar la seguridad del paciente y prevenir los eventos adversos.
- En el Hospital San Vicente de Paúl y en nuestro sistema sanitario, no contamos con un sistema de notificación de EA, de ahí la importancia de diseñar, implementar y establecer un verdadero sistema de seguridad del paciente que nos ayude a la evaluación y seguimiento de eventos adversos.
- Mediante observación directa se detectó en este estudio que los profesionales de la salud no realizan evaluaciones de eventos adversos y tampoco coordinan los procedimientos a seguir en la ocurrencia del incidente.
- Corregir el sistema sanitario en el cual trabajamos, para se necesitan cambios como: un sistema de notificación de los eventos Adversos, un compromiso individual e institucional y sobre todo una responsabilidad conjunta del equipo de salud el paciente y su familia.
- La posibilidad de prevención es menor en los eventos adversos que presentan una lesión o complicación y que existe una alta posibilidad de prevención en casos que solo se presenta un suceso sin lesión, por lo tanto más del 50% de los EA son evitables.

RECOMENDACIONES:

- Es evidente, que se deben fortalecer las medidas de protección al paciente, imponiéndose como alternativa inteligente actividades de seguimiento a los EA, con el sistema de notificación de EA, que nos ayudará en la disminución de su frecuencia.
- Se debe establecer y fortalecer una cultura organizacional de seguridad del paciente la que solamente se logrará con un trabajo en equipo y promoviendo la comunicación de información.
- Dentro de la propuesta para la prevención y reducción de los eventos adversos, la primera etapa para solucionar el problema es tomar conciencia de que existe. Ya lo señalaba muy bien en el artículo publicado en Archivos de Pediatría por J. M. Ceriani Cernadas que para la disminución de los efectos adversos se debe trabajar en cuatro aspectos, que se pueden resumir en:
 - Aceptar que somos falibles y nos podemos equivocar.
 - Aplicar sistemas para detectar todos los errores y sus causas.
 - Diseñar sistemas de cuidado tendientes a reducir la probabilidad de errores.
- El paso a seguir, como autores de la presente investigación y como estudiantes de la Carrera de Enfermería, es la socialización de la misma y la aplicación del curso virtual sobre seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Nacional Para Seguridad Del Paciente (NPSA). (2005). La Seguridad del Paciente En Siete Pasos. Madrid.
- Aguirre Gas, H., & Vázquez, F. (2006). El Evento Adverso. Revista CIR CIRUJ.
- AMM. (2000). World Medical Association Strengthens Declaration Of Helsinki. Ginebra.
- Ávila. (2008). Los Derechos Como Pilares Del Buen Vivir.
- Barr, D. (2005). Hazards Of Modern Diagnosis And Therapy: The Price We Pay. JAMA, 159:1452.
- Barrera, H. d. (2012). Investigación Análítica. Aprende, 6-8.
- Barrionuevo, L. E. (2006). Epidemiología de Eventos Adversos en el Servicio de Neonatología de un Hospital Público. Argentina.
- Bates, D. (2010). Hacia Una Atención Hospitalaria Más Segura - IBEAS.

- Bernal, D. G. (2008). Eventos Adversos Durante La Atención de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos. Bogotá.
- Borrell-Carrió, F. (2011). Ética de la seguridad clínica. . Med Clin, 176.
- Brennan, Ç., Leape, L., Laird, N., Hebert, L., & al, e. (2001). Incidence Of Adverse Events And Negligence In Hospitalised Patients. Results Of The Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med, 324: 370-6.
- Cabré, M. C. (2009). Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. Revista de Bioética y Derecho , 6- 7.
- Castro, M. P. (2000). Diccionario Espasa De Medicina. Navarra: Espasa Calpe.
- Ceriani Cernadas, J. M. (2007). Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente. USA.
- Ceriani Cernadas, J. M. (2009). Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente. Soluciones Para La Seguridad Del Paciente, 1.
- Ceriani Cernadas, J. M. (2009). La OMS y su iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”. En C. Cernadas. Argentina: Archivos Argentinos de Pediatría Vol. 107 Nro 5.
- Ceriani Cernadas, J. M. (2009). La OMS Y Su Iniciativa. Alianza Mundial Para La Seguridad Del Paciente. Archivos Argentinos De Pediatría Vol. 107. Nro 5.
- CIOMS. (2002). Pautas Éticas Internacionales. Ginebra.
- Código De Ética Médica Del Ecuador, Art.15. (1992). Quito.
- Colombia, M. d. (2008). Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”.
- Constitución De La República Del Ecuador, Título II Derechos, Capítulo Segundo Derechos Del Buen Vivir, Sección Séptima Salud. Art.32. (2008). Quito, Pichincha.
- Constitución De La República Del Ecuador, Título VI Régimen De Desarrollo, Capítulo Primero Principios Generales, Art.275. (2008). Quito.
- Constitución De La República Del Ecuador, Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Art.340. (2008). Quito.
- Constitución De La República Del Ecuador, Título VII Régimen Del Buen Vivir, Capítulo Primero Inclusión Y Equidad, Sección Segunda Salud, Art.362. (2008). Quito, Pichincha, Ecuador.
- Consumo, M. d. (Noviembre 2005). La Seguridad del Paciente en Siete Pasos.
- Couisns, Calnan. (2009). Sistema De Reporte En Errores En La Medicación. Asociación Farmacéutica Americana.
- Cubides, J. (2010). Seguimiento A Riesgos Y Eventos Adversos.
- Diana Carolina Bernal Ruiz, N. G. (2008). Eventos Adversos Durante la Atención de Enfermería En Unidades de Cuidados Intensivos .
- Emanuel, K. (2001). Crítica De La Razón Práctica. Madrid: Mestas Ediciones.
- Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Madrid.
- Fernandez, P. S. (2002). La investigación Cuantitativa y Cualitativa. Investigación Científica, 94.

- Sánchez, P. J. (2005). La Observación, La Memoria Y La Palabra En Investigación Social.
- Saned Corporation. (2007). Gestion Asistencial De Los Servicios De Urgencias. Seguridad Clínica De Los Pacientes En Los Servicios De Urgencias.
- Schimel, E. (2004). The Hazards Of Hospitalisation. Ann Inter Med, 60: 100-10.
- Schoenbach, V. J. (2004). Diseños de estudio epidemiológicos. Diseños de Estudio Analíticos, 11-14.
- Social Política, M. (2009). Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoameica.
- Thomas, E. S. (2000). Incidence and Types of Adverse Eventos and Negligent Care in Utah and Colorado (Vols. 38-3). Colorado: Medical Care.
- Villarreal, C. E. (2007). Salud Uninorte Barranquilla. 112-119.
- Wilson, R., Runciman, W., Gibberd, R., & al, e. (2005). The Quality In Australian Health Care Study. Med J Aust, 163:458-71.