

Factores relacionados con la seguridad y la calidad de la atención en el paciente hospitalizado. Resultados preliminares

Factors related to the safety and quality of attention in the hospitalized patients. Preliminary results

Julio Cesar Ibáñez-León¹, Rosa Amarilis Zárate-Grajales², Rey Arturo Salcedo-Álvarez³

RESUMEN

Introducción. Resultados preliminares derivados del proyecto PAPIIT IN 3044414-3: “Análisis de los Factores Relacionados con la Seguridad y la Calidad de la atención del Paciente Hospitalizado. Estudio Multicéntrico en México”. Objetivo: Describir los Eventos Adversos (EA) e identificar los factores asociados a su aparición en un hospital de tercer nivel de atención en la Ciudad de México, mediante el instrumento SYREC 2007 modificado y adaptado al contexto del paciente hospitalizado.

Material y Métodos. Estudio descriptivo, no experimental, transversal y retrospectivo. Se utilizaron los registros de EA ocurridos en los pacientes hospitalizados de enero a diciembre del 2013; el análisis se realizó mediante estadística descriptiva con el procesador SPSS.

Resultados. Se revisaron 14 registros de pacientes con reporte de un EA durante su atención. En 71.4 % ocurrieron en población

femenina. En 29 % el evento ocurrió en las primeras 24 horas; en 71.4 % de los EA el paciente estaba alerta. En 92.9 % ocurrieron en la unidad donde estaba adscrito el paciente. Predominaron los eventos relacionados con el cuidado (28.6 %). En 71.3 % de los casos existieron factores asociados a las características del personal de enfermería entre ellas número y formación.

Conclusiones/implicaciones. Estos resultados corresponden a la prueba piloto del estudio. Es importante resaltar que este es el primer estudio que explora los factores relacionados con el evento adverso; se espera que los resultados coadyuven en el diseño de estrategias enfocadas a la prevención, notificación, estudio y análisis de EA en la red hospitalaria mexicana.

Palabras clave. Eventos adversos; Enfermería; Seguridad y calidad de la atención en salud; Pacientes hospitalizados.

¹ Programa de servicio social en investigación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F; México. Becario PAPIIT IN 3044414-3.

² Responsable PAPIITIN304414-3. Coordinación de Investigación. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F, México.

² Co Responsable PAPIITIN304414-3. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F, México.

Folio 289/14. Artículo recibido: 15-10-2014. Artículo Reenviado: 18/10/2014. Artículo Aceptado: 03/11/2014

Correspondencia: Dirección General de Difusión e Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Mitla 250 - piso 8 esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Deleg. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. México. Correo electrónico: ibaleo_julio@hotmail.com .

ABSTRACT

Introduction. These preliminary results derive from the PAPIIT IN 3044414-3 project: "Factors Related to the Safety and Quality of Attention in the hospitalized patients. Multicentre Study in Mexico". Objective: To describe the Adverse Events (AE) and to identify factors associated with their occurrence in the inside of a hospital with a third level attention in Mexico City, using the SYREC 2007 instrument modified and adapted to the context of hospitalized patients.

Material and Methods. Descriptive, non-experimental, retrospective and cross-sectional study, using the records of the AE that have occurred in hospitalized patients from January to December 2013. The analysis was performed through descriptive statistics by a SPSS processor.

Results. 14 patient records with an AE report were reviewed. 71.4 % happened in female population. In 29 % the event occurred in the first 24 hours; in 71.4% of EA the patients were alert. 92.9 % occurred in the unit where the patient was being treated. Care related events predominate with a 28.6 % of the cases. In 71.3 % of the cases, factors were associated with characteristics of the nursing personnel, among them number and training.

Conclusions / Implications: These results correspond to the pilot study. It is important to mention that this is the first study that explores the facts linked to the adverse event. Results are expected to contribute in the design strategies focused on prevention, report, review and analysis of AE in the Mexican hospital network.

Key words. Adverse events, nursing, safety and health care, hospitalized patients.

INTRODUCCIÓN

El brindar cuidado dentro de las unidades hospitalarias, involucra al profesional de enfermería como uno de los principales pilares en los equipos multidisciplinarios de atención sanitaria debido al papel que juega en la suplencia, apoyo y mantenimiento de la salud de los usuarios. En su actuar, orienta sus intervenciones mediante un código de ética profesional; en consecuencia, el Código Deontológico para la profesión de enfermería, establece dentro de su contenido la responsabilidad de rendir cuentas sobre su actuar y su compromiso con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas¹.

La complejidad de los servicios de salud y de los procesos inherentes a la asistencia sanitaria como su organización, sus recursos humanos y su capacidad para proveer una óptima calidad de la atención, forman sistemas complejos que deben dar respuesta a la sociedad y al crecimiento poblacional que demanda más y mejores servicios. Es por ello que la atención a la salud que se brinda en estas organizaciones presenta un riesgo potencial por el número de personas y recursos involucrados en los diversos momentos de la atención. Estos riesgos pueden convertirse en

fallas dentro de estos sistemas que pueden originar consecuencias en los pacientes, desde el daño temporal hasta un daño permanente o la muerte. Al resultado clínico contrario al esperado asociado a un error durante el diagnóstico, el tratamiento o el cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo se le denomina evento adverso (EA)².

Un claro ejemplo de la problemática de los eventos adversos se encuentra en "To Err is Human: Building a Safer Health System"³, publicado en 1999 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, asociando entre 44,000 y 98,000 defunciones cada año en los hospitales de su país por eventos adversos generados en la atención sanitaria, además que concluye que el 4 % de los pacientes hospitalizados sufren algún daño por eventos adversos, el 70 % de estos provoca una incapacidad temporal y el 14 % de los incidentes son mortales. Sin embargo, también deja en evidencia que los EA pueden ser evitables. Así mismo, existen factores que influyen en la cantidad y calidad de los reportes realizados en las unidades hospitalarias; lo que ha sido atribuido por los profesionales de la salud al miedo al castigo y a las repercusiones que pueden existir posteriores a la presencia del error,

la complicidad profesional, la ausencia o desconocimiento de los protocolos y falta de expertos en el tema a quienes consultar, generando entonces un subregistro de los EA y por lo tanto limitando la posibilidad de mejorar de los sistemas de salud, quienes han demostrado que los EA no únicamente se relacionan a factores humanos, sino también con factores del sistema y del mismo usuario que es víctima del evento^{4, 5}.

Debido a la naturaleza y relevancia de este fenómeno varios países y continentes iniciaron la investigación de los EA, originando múltiples recomendaciones para la seguridad del paciente e indicadores que logran demostrar a los usuarios la calidad de los centros hospitalarios que ofertan sus servicios a diferentes tipos de población, esto a través de la certificación de hospitales⁶.

En Latinoamérica, el estudio IBEAS (que ha sido considerado como el primer estudio realizado de forma multicéntrica⁷, obtuvo la participación de 58 centros y equipos de investigadores de México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina. Sus resultados arrojaron que la prevalencia reportada de los EA fue de 10.5 % en instituciones de salud pública y privada, relacionando a estos eventos en 13.27 % directamente al cuidado; referente al uso de la medicación en 8.23 %, Incidencia de infecciones nosocomiales en 37.14%, ligadas a los procedimientos en 28.69 % y con el diagnóstico en 6.15 %. Destacaron con mayor frecuencia las neumonías nosocomiales (9,4 %), infecciones de herida quirúrgica (8,2 %), úlceras por presión (7,2 %), complicaciones ligadas a procedimientos (6,4 %) y sepsis o bacteriemia (5 %), sumando un total del 36.2 % de los eventos identificados.

A pesar de los múltiples estudios que evidencian a los EA como una problemática de salud mundial, en casos muy particulares se han logrado detectar los factores que han contribuido a la presencia del error. Es por ello que el estudio multicéntrico denominado SYREC (Seguridad y riesgo en el enfermo crítico) realizado en el 2007 por el Ministerio de Sanidad de España⁸, demostró ser un modelo confiable para el reporte de los EA. Su propuesta contribuyó a unificar el lenguaje existente sobre los eventos

ocurridos dentro de las unidades de cuidado crítico, en las cuales el estado del paciente, el constante movimiento de los recursos en salud, y los cambios en los protocolos de atención institucionales lo cual mediante un sistema de clasificación que utiliza el origen del evento, la severidad del mismo y los factores que contribuyeron a la presencia de cada error ocurridos en un lapso de 24 horas.

Algunos resultados arrojados por el estudio SYREC son que el 67 % de los usuarios que ingresan a una UCI pueden sufrir un evento adverso en las primeras 24 horas de estancia hospitalaria. Así mismo, la mayoría de los EA se relacionaron con el cuidado y con las infecciones nosocomiales y en 90 % de los casos se clasificaron como evitables. En el 85.57 % de los casos existieron factores asociados al EA de los cuales la mayor parte involucraron variables sobre el equipo de salud (falta de atención, estrés, falta de supervisión, falta de experiencia) y sobre el entorno de trabajo (falla de equipos, cargas excesivas de trabajo y no adhesión a protocolos).

Ante esta problemática y como respuesta a la necesidad de ofrecer servicios de salud con calidad y seguridad a los usuarios de los sistemas hospitalarios mexicanos, el Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD)⁹ enfoca la calidad técnica y seguridad del paciente como la pieza fundamental en la calidad de la atención, orientándola a los servicios que brindan los profesionales de la salud y, de forma inherente, lo que concierne a la seguridad del paciente. De manera general, este programa plantea como objetivos específicos la mejora continua de los servicios de salud, la reducción de eventos adversos, la medicina basada en evidencia y la estandarización de los cuidados de enfermería¹⁰.

Sin embargo, aún con los esfuerzos que se han realizado para mejorar la calidad y la seguridad del paciente hospitalizado a través del reporte de los EA y la certificación hospitalaria¹¹, no hemos logrado establecer la obligatoriedad del reporte, ni incluir tópicos sobre la seguridad del paciente de forma explícita en la formación académica de los profesionales de la salud, a pesar de que en varios estudios se ha comprobado

que los profesionales con mayor cultura del reporte han sido profesionales de enfermería^{12, 13}, y por otra parte, la certificación hospitalaria se ha convertido en una práctica para competir contra otras instituciones de asistencia pública o privada, haciendo que la atención de la salud no sea equitativa ni igualitaria en todo el país.

Por la problemática previamente expuesta y sumado a que en México existen escasos estudios sobre los factores asociados a la ocurrencia del EA en las instituciones de salud, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, en conjunto con la Red de Institutos y Hospitales de Alta especialidad se han dado a la tarea de diseñar un estudio multicéntrico que nos permitirá conocer la dinámica del error y los elementos que lo originan, con la finalidad de generar programas de mejora aplicables a nuestro contexto a favor de la calidad y la seguridad de la atención.

La presente investigación integra los resultados preliminares del proyecto "Análisis de los factores relacionados con la seguridad y la calidad de la atención del paciente hospitalizado, el cual tiene como objetivo describir los Eventos Adversos (EA) e identificar los factores asociados a su aparición en un hospital de tercer nivel de atención en la Ciudad de México, mediante el instrumento SYREC 2007 modificado y adaptado al contexto del paciente hospitalizado, para su uso en Institutos y Hospitales de Alta Especialidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, no experimental, transversal y retrospectivo, realizado en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Se evaluaron 30 historias clínicas de pacientes hospitalizados que sufrieron un evento adverso en el periodo de enero a diciembre del 2013 y que habían sido reportados por profesionales de enfermería. Los criterios de inclusión fueron los registros de EA con datos completos para llenar el instrumento SYREC 2007 modificado, los criterios de exclusión fueron los registros de EA con datos insuficientes, la no existencia del expediente clínico asociado al reporte del EA y los registros que excedían el periodo de enero a diciembre del 2013, obteniendo entonces una muestra final de 14 casos.

Para recolectar la información se utilizó la cédula SYREC 2007, modificada por expertos y adaptada al contexto del paciente hospitalizado, dividiendo el instrumento en tres secciones: la primera correspondiente a los datos clínicos del usuario que sufre el EA, el segundo apartado corresponde a la clasificación del EA dentro de los diferentes grupos asociados a hemoderivados, medicamentos, catéteres, ventilación mecánica relacionados con el cuidado, relacionados con el procedimiento, relacionados a procedimientos quirúrgicos o a infecciones nosocomiales; el tercer apartado se refiere a los factores asociados a la presencia del EA (factores intrínsecos, extrínsecos y del sistema). El análisis de la información se realizó con estadística descriptiva mediante el paquete SPSS Ver 21 para Windows.

Implicaciones éticas. De acuerdo al Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud, el presente estudio se cataloga como investigación sin riesgo, debido a que no se realizó ninguna intervención o modificación a nuestro objeto de estudio, el cual fue el EA. Tampoco se consideró necesario el consentimiento informado debido al carácter retrospectivo de la presente investigación, se obtuvo la autorización de la subdirección de enfermería correspondiente para la realización del estudio.

RESULTADOS

1. Variables socio demográficas

Los EA ocurrieron mayormente en población femenina con un 71.4 % del total de los casos y en población adulta, dentro de los grupos de 46 a 64 años, y mayores de 64 años con 28.6 % cada uno, con una media de edad 41 ± 31.46 años. Uno de los factores de riesgo para la presencia del evento fue el diagnóstico clínico por el cual se encontraba el paciente hospitalizado; el 21.4 % de los usuarios padecía de una alteración muscular esquelética. Los servicios de hospitalización donde se registraron más EA fueron: Medicina Interna en un 35.7 %, seguida de Cirugía General con 21.4 %, Quirófano y Ortopedia con un 14.3 % cada uno, y las unidades de Cuidado Crítico (Urgencias adultos y Terapia Intensiva Pediátrica) con un 7.1 % respectivamente. En estos servicios, el

índice enfermera paciente correspondió en un 35.7 % a una enfermera por cada 4 pacientes.

En el caso de las variables sobre la gravedad y complejidad del cuidado del paciente, el 50 % de los usuarios que sufrieron un EA obtuvieron una puntuación de 20 a 34 puntos, seguida de 0 a 19 puntos en 43 % al ser evaluados mediante la escala TISS 28; la puntuación media fue de 21.36 ± 9.88 . El 71.4 % de los EA ocurrieron en pacientes alertas y el 92.9 % de los eventos ocurrieron en las unidades donde los pacientes estaban adscritos.

Sobre los días de estancia hospitalaria antes de la ocurrencia del evento, el 29 % ocurrieron en su primer día de estancia hospitalaria, seguida de los grupos 16 a 20 y de 2 a 5 días con un 21 y 22 % respectivamente. Sin embargo, 28.6 % los reportes del EA se realizaron en un lapso mayor de 72 horas, lo que significa que fueron reportados después de tres días de ocurrido el EA. En 21.4 % de los reportes no existen datos suficientes para determinar el tiempo que sucedió entre el evento y el reporte del mismo.

La mayor parte de los EA se presentaron en el turno matutino (85.7 %) y el resto (14.3 %) durante el turno nocturno. Así mismo, 85.7 % de los EA fueron reportados por profesionales de

enfermería, y el resto fueron notificados por médicos adscritos al área. La institución reportó la ocurrencia del evento a los familiares en 64.3 % de los casos.

Clasificación del Evento Adverso

Dentro de la clasificación de EA, los asociados a la desconexión de accesos vasculares, los EA relacionados con el cuidado presentaron una frecuencia de 28.6 % cada uno, los EA relacionados con vía aérea y con los procedimientos ocurrieron en una frecuencia de 7.1 % cada uno. Éstos a su vez se clasificaron de acuerdo a la gravedad del evento de la siguiente forma (ver Cuadro 1).

En 85.7 % de los casos el EA se consideró sin duda evitable, o bien, posiblemente evitable en un 14.3 %.

En relación con los resultados relacionados con los factores intrínsecos, es decir, aquellos atribuibles al paciente, en 57.1 % de los casos la condición clínica del paciente se consideraba como compleja; en 42.9 % se asoció la presencia del EA con factores mentales y psicológicos como son el estrés, presencia de desorden mental, presencia de discapacidad y alteración del comportamiento.

Categoría	Descripción	Frecuencia	%
A	Circunstancias o situaciones con capacidad de producir un incidente pero que no llega a producirlo por descubrirse o solucionarse antes de llegar al paciente.	0	0
B	El incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, no requirió monitorización ni intervención.	2	14.3
C		4	28.6
D	El incidente causó un daño imposible de determinar.	5	35.7
E	El incidente contribuyó o causó daño temporal y precisó intervención.	2	14.3
F	El incidente contribuyó o causó un daño temporal que prolongó la hospitalización.	1	7.1
Total		14	100%

Cuadro 1. Clasificación de la gravedad de acuerdo al daño por un evento adverso (EA).

Para el caso de los factores extrínsecos, sólo 21.4 % de los usuarios tuvieron acceso a la monitorización invasiva, frente a 78.6 % cuyo monitoreo no fue invasivo.

En todos los casos existieron factores del sistema, que son aquellas situaciones atribuibles al equipo de salud o a la organización. Esta categoría se subdivide en 7 grupos, destacando los siguientes resultados:

- a) Factores individuales del profesional/trabajador implicado en el incidente. En 28.5 % del total de los EA documentados, se asoció la falla en los aspectos físicos (Salud general) y a los aspectos psicológicos (Estrés, falta de atención, sobrecarga o distracción).
- b) Factores del equipo y sociales. En 50 % de los EA documentados, se asoció el EA con situaciones propias del equipo de trabajo, como son la incongruencia de rol, falta de liderazgo efectivo y roles no definidos.
- c) Factores ligados a la tarea. En 64.3 % de los registros, se habla de la no adhesión a protocolos, procedimientos y políticas; en un 14.2 % se asoció a la ausencia de protocolos, y la no disponibilidad de ayudas para la toma de decisiones.
- d) Factores ligados a la formación y entrenamiento. El 64.3 % de los reportes, se asoció el evento adverso a las competencias profesionales del personal de salud o bien a la falta de expertos a quienes consultar.
- e) Factores ligados a equipamiento y recursos. En 21.4 % de los casos, se asocia el EA con la falta de conocimiento sobre el funcionamiento de los aparatos, funcionamiento incorrecto de los equipos y a situaciones incorrectas para su uso.
- f) Factores del trabajo. El 71.3 % de los EA reportados, se asociaron a la planta del personal; falta de habilidades, relación número de personal/paciente, cargas de trabajo excesivas, uso de personal temporal y falta de liderazgo.

Categoría	Frecuencia	%
Factores intrínsecos	11	78.6
Factores extrínsecos	3	21.4
Factores del sistema	14	100

Tabla 2. Frecuencia de los factores intrínsecos, extrínsecos y del sistema involucrados en la presencia del evento adverso.

DISCUSIÓN

Considerando que la recolección de la información sobre los EA se realizó a través de los datos recogidos en la historia clínica junto con los registros del reporte, no se consultó al equipo implicado en el evento para resolver dudas relacionada con el mismo. Por este motivo, al igual que en el estudio IBEAS la evaluación de la evitabilidad del suceso fue realizada por los autores de este estudio⁷.

En el análisis de la información, encontramos que la mayoría de los eventos habían ocurrido en población femenina, concordando con el estudio realizado por Manrique y colaboradores¹⁴ en el cual, 56.53 % de los casos había afectado al género femenino. El resultado es muy similar al presentado dentro del estudio de prevalencia IBEAS, en el cual el porcentaje de mujeres oscila entre 47.6 hasta 58 % entre sus diferentes sedes. Asociamos este resultado con el aumento de la población en el territorio nacional, el cual ha favorecido al género femenino, el cual para el año 2010 reporta 57,481,307 mujeres en comparación con la población masculina (54,855,231 hombres)¹⁵.

La edad de los usuarios es un punto de interés en esta investigación, debido a que la edad media de la población es de 41 años, es decir, dentro de una etapa aún productiva para la población en general. Sin embargo, también predominaron los eventos adversos en la población mayor de 65 años. Estos resultados contrastan con el estudio realizado por Villanueva y colaboradores¹⁶, quienes realizaron una investigación a través de la base de datos del Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAI) de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, donde

31.7 % de los EA ocurrieron en pacientes de 20 a 35 años.

En relación con los servicios clínicos en los cuales estaba asignado el paciente, concordamos con los resultados de Manrique y colaboradores¹⁴, señalando a las unidades de medicina interna y cirugía general son los lugares donde predominaron los EA; sin embargo, la patología por la cual los pacientes se encontraban hospitalizados pertenecía al grupo de las alteraciones músculo esqueléticas, dejando ver que la asignación de los pacientes a las unidades de hospitalización fue inadecuada. El índice enfermera-paciente su promedio fué 1:4 (una enfermera para cuatro pacientes), y en un solo caso el resultado aumentó a 9 pacientes. Esta situación debe ser evaluada a la luz de los indicadores para el cálculo de personal de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), situación que rebasa los alcances de este reporte¹⁷.

La complejidad del cuidado de los usuarios fue evaluada a través de la escala TISS 28 (Therapeutic and Invention Scoring System), validada para la población mexicana¹⁸, la cual arrojó que la mitad de nuestros usuarios se encuentran dentro de la clasificación III, es decir, que requerían vigilancia intensiva con o sin monitorización invasiva, y así mismo, según la asignación sugerida por la escala TISS 28 debieron ser atendidos por una enfermera para dos pacientes^{19, 20}. Este dato es alarmante, debido a que la mayoría de los usuarios no se encontraban asignados a una unidad de cuidado intensivo e incluso la relación enfermera-paciente era mayor que la estimada en el día que ocurrió el evento.

Un área de oportunidad que se ha encontrado en esta investigación es que la mayoría de los EA ocurrieron en pacientes conscientes; en este sentido, se hace evidente la necesidad de implantar programas de capacitación para el personal de salud y para los mismos usuarios, con la finalidad de disminuir al máximo el riesgo de ser alcanzados por un evento que pueda prolongar la estancia hospitalaria y cause un perjuicio en su tratamiento y recuperación.

Se identificó en los resultados que las primeras 24 horas son decisivas para la seguridad de

los pacientes, como lo han reportado los estudios antes citados^{7, 8, 14}, sin embargo los reportes de los EA no se realizaron de forma inmediata. Este resultado nos permite considerar la posibilidad del subregistro, falta de conocimiento sobre la importancia del reporte y miedo a la culpa o al castigo, que se ha manifestado en algunos sistemas de registro nacionales como en el sistema VENCER (Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos) del Instituto Mexicano del Seguro Social²¹, o del SIRAIS. Así mismo la mayoría de los registros se documentan en el turno matutino, en los cuales aumenta la carga de trabajo y los procesos administrativos de la mayoría de los servicios hospitalarios; pero este resultado no implica que el EA ocurra en dicho turno.

Se hizo notar la honestidad del equipo de salud de este hospital de tercer nivel ante los familiares una vez presentado el EA, pues en la mayoría de los casos se informó sobre el suceso. Sin embargo, planteando la misma situación en otro estudio realizado en México, la mayoría de los eventos jamás fue notificado al familiar o bien, los datos que pudiesen corroborar la notificación eran omitidos del expediente clínico en un 60.5 %.²²

En relación a la clasificación del evento, predominaron los EA relacionados con la desconexión de accesos vasculares y relacionados con el cuidado, los cuales son funciones de enfermería en las unidades de hospitalización. Estos resultados contrastan con otros estudios, donde predominan eventos relacionados con las infecciones nosocomiales^{7, 23} relacionados con los procedimientos¹⁴ y relacionados con la administración de medicamentos¹⁴. Sin embargo, el mismo estudio IBEAS reporta que en la población mayor de 65 años el EA más frecuente se relaciona con el cuidado. En nuestro estudio, en 57.9 % de los casos el EA ocasionó un daño al paciente, en comparación con el estudio SYREC que reporta al 66.22 % de los eventos dentro de la categoría sin daño al usuario.

Según el estudio SYREC, en 87.57 % de los EA reportados existieron factores contribuyentes, que son las circunstancias que aumentan el riesgo al error o bien son la causa de los mismos. En nuestro estudio se hacen visibles los factores

intrínsecos, extrínsecos y del sistema en todos los registros analizados. Destacan por su prevalencia los factores del sistema los cuales engloban la incongruencia de rol, falta de liderazgo, no adhesión a protocolos, falta de conocimiento y supervisión e incluso falta de habilidades y experiencias, junto con carga de trabajo excesiva. Estos resultados son consistentes con los informes publicados por The Joint Commission International,²⁴ la cual a través de su sistema de reporte de eventos centinela publicaron los factores relacionados con la presencia del error y sus correspondientes subcategorías, siendo las más frecuentes: la planeación del cuidado y continuidad del mismo, la comunicación, los factores humanos y el liderazgo inefectivo como detonantes de uno de los problemas de las instituciones de salud a nivel mundial: la calidad y seguridad del paciente.

Conclusiones

El reporte de los EA resulta una pieza clave para un desarrollo continuo de los servicios de salud que brindamos a nuestros usuarios, proporcionándonos una herramienta de gestión que puede reforzar la seguridad y la calidad de la atención.

Tanto en el presente estudio, como en el estudio SYREC, e IBEAS la mayoría de los eventos adversos se consideraron evitables. Sin embargo aún falta esclarecer si las intervenciones que se han desarrollado a raíz del descubrimiento de los EA han rendido frutos para garantizar la seguridad del paciente.

En el contexto nacional, faltan políticas que favorezcan la cultura de la seguridad y del reporte de los EA y que a su vez protejan a los profesionales de la salud disminuyendo el miedo al castigo. Los resultados aquí presentados forman parte del primer estudio en su tipo en México, cuyo protocolo fue evaluado por expertos de la Universidad Nacional Autónoma de México, logrando un financiamiento por tres años a partir de enero de 2014; se espera que los resultados del estudio multicéntrico coadyuven para diseñar políticas públicas enfocadas a mejorar la prevención, notificación, estudio y análisis de EA en los hospitales de México.

REFERENCIAS

1. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. Ginebra, Suiza; 2012: 1-10.
2. Velásquez MT; Aranaz AJ. Eventos adversos asociados a la asistencia del paciente pluripatológico ingresado en hospitales de crónicos. *Medicina Clínica*. 2010; 17(23): 19.
3. Khon LT, Corrigan JM, Donaldson R. To err is human: building a safer health System. Washington, DC: National Academy Press; 2010.
4. Hernández C, Mendoza R. Eventos Adversos en el cuidado de Enfermería. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2006; 14(2): 71.
5. Aguirre-Gas H, Vázquez-Estupiñan F. El error médico. Eventos adversos. *Cir Ciruj*. 2006; 74: 495-503.
6. Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clín* 2004; 123(1): 5-21.
7. Aranas A J. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica. Informes, Estudios e Investigación 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social de España Gobierno de España. 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME.IBEAS.pdf>.
8. SYREC. Proyecto de incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo del enfermo crítico. 2007. Madrid: SEMICYUC; 2007. Disponible en: <http://www.semicyuc.org/temas/calidad/syrec-0>
9. Kershenovich S.D. El Consejo de Salubridad General. *Gac Med Mex*. 2012; 148: 598-600. Disponible en http://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_598-600.pdf.
10. Secretaría de Salud. Reglas de Operación 2013 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). *Diario Oficial de la Federación*; 2013: pp. 1-53.
11. Consejo de Salubridad General. Estándares para la certificación de Hospitales. *Diario Oficial de la Federación*. 2012.
12. Parrella A, Braunack MA, Gold M, Marshall H, Baghurst P. Healthcare providers' knowledge, experience and challenges of reporting adverse events following immunisation: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2013; 13: 313. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3751761/> doi: 10.1186/1472-6963-13313.
13. Flores SG. Responsabilidad profesional en enfermería. La perspectiva del uso de los registros en enfermería, desde el punto de vista forense. *Med Leg [Internet]*. Mar 2003; 20(1). Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152003000100011&script=sci_arttext.
14. Manrique DM, Ibáñez M, Robayo V, Suarez IC. Factores asociados al tiempo de ocurrencia de eventos adversos, en dos instituciones de tercero y cuarto nivel [tesis]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2011.

15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México en Cifras [Base de datos en internet]: México. [acceso 25/09/2014]. Disponible en: www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx.
16. Villanueva EL, Rodríguez SJ, Lucero MJ. Análisis por edad y género de eventos adversos hospitalarios en personas adultas. Rev CONAMED. 2012; 17(3): 109-113.
17. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Guía técnica para la dotación de recursos humanos en enfermería. México: Secretaría de Salud; 2003.
18. Sánchez-Velázquez LD, Reyes-Sánchez ME, González-González A, Magdaleno-Padilla ML, D'Ector-Lira DM, González-Vega MG. Validación del sistema simplificado de calificación de la intervención terapéutica (TISS-28) en población mexicana. Estudio multicéntrico. Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int. 2000; 14 (6): 191-6.
19. Díaz A, Begustain A, Fernández N, Azcunaga M. Relación paciente-enfermería a través de la evaluación clínica del sistema Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) 28. Rev Urug de Enferm 2006; 1 (2): 1-11.
20. Rodríguez ML, Villa CS, Libreros BN, Bonilla L. Efectos de la asignación enfermera paciente a través de la evaluación clínica (TISS-28). Rev Enferm IMSS. 2002; 10(2): 73-38.
21. Juárez-Pérez H, Durán-Muñoz C. Eventos Centinela y la notificación por el personal de enfermería. Rev Enferm IMSS. 2009; 17(1): 39-44.
22. Ruelas BE, et al. Eventos adversos identificables en las quejas médicas. Rev Cirugía y Cirujanos. 2008; 76(2): 153-160.
23. Palacios-Barahona AU, Bareño-Silva. Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. Rev CES Med. 2012; 26(1):19-28.
24. The Joint Commission. Root Causes by Event Type 2004 –2013: 1-29 Available from: www.jointcommission.org/Framework_for_Conducting_a_Root_Cause_Analysis_and_Action_Plan/.

RECOMENDACIONES A PACIENTES PARA EL USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS



En algunos casos, pueden producir reacciones desfavorables.

Pregunta a tu médico cuáles son, qué hacer en forma inmediata si ocurre alguna de ellas y acude a revisión médica.

Recuerda que cada caso es distinto.

Encuentra ésta y muchas recomendaciones más en:

www.conamed.gob.mx