

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS

Autor principal:

CARLA
GARCÍA
LÓPEZ

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería en Salud Laboral

Palabra clave 1:

Seguridad del Paciente

Palabra clave 2:

Eventos Adversos

Palabra clave 3:

Error Médico

Palabra clave 4:

Calidad Asistencial

Resumen:

La Seguridad del Paciente (SP) es un tema de gran interés para los expertos puesto que es el componente básico del proceso asistencial. La inquietud por la incidencia de eventos adversos (EA) y, sobretodo los que podían ser evitados, ha puesto de manifiesto una serie de preocupaciones que nos atañen a todos. Por esta razón, el objetivo de la presente revisión bibliográfica, se centra en recoger los principales estudios que hacen referencia a la incidencia de eventos adversos y para ello se han seleccionado los artículos considerados más relevantes para el interés de este trabajo.

Existe una amplia evidencia entre la seguridad del paciente y los efectos adversos. Asimismo, los resultados muestran que, la incidencia de estos últimos era similar en las distintas partes del mundo. Por lo que se hace necesario su descenso, mediante el desarrollo de programas y estrategias que permitan el desarrollo de iniciativas encaminadas a lograr la Seguridad del Paciente.

Antecedentes/Objetivos:

Cada año mueren millones de personas como consecuencia de errores sanitarios por ello, la SP, es un foco de interés, tanto para los pacientes y sus familias, como para los profesionales y los gestores, que ansían brindar una asistencia sanitaria segura, eficiente y efectiva (1). La constante especialización y variedad en la atención sanitaria, añadido a las mejoras tecnológicas, los procesos y las interacciones humanas han dispuesto un gran beneficio para los pacientes. Al mismo tiempo que han propiciado un aumento de la probabilidad de ocasionar eventos adversos (EA). Por consiguiente, la implantación de prácticas que proporcionen seguridad a los pacientes requiere cambios tanto en las conductas relacionadas con la práctica clínica, como en la organización de los servicios (2). El primer informe fue publicado en el 2000 por el Instituto de

medicina de Estados Unidos, “To err is human: building a safer health system”. En él se estima que, en EE.UU. entre 44.000 y 98.000 pacientes fallecen anualmente por errores médicos. Dicho informe ha tenido un gran impacto en el ámbito sanitario (4). Numerosos estudios posteriores, ha variado desde el 2,9% hasta el 16,6%, siendo los más destacados el “Harvard Medical Practice Study”, “Utah y Colorado”, “Quality in Australian Health Care” y “Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS 2005)” (5).

El objetivo del presente trabajo es recoger las evidencias y los principales estudios referentes a la incidencia de eventos adversos.

Descripción del problema - Material y método:

La seguridad del Paciente (SP), según la OMS, es “la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable” (3), término que incluye los actos de eliminar, reducir y paliar los eventos adversos evitables (3). Mientras que los Eventos Adversos (EA) son “aquellas circunstancias relacionadas con la atención sanitaria que producen un daño innecesario al paciente” (1)

Para la elaboración de la presente revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda específica de libros, artículos de revistas especializadas (Enfermería Global, Salud Pública, Revista de Calidad Asistencial (RCA), Nursing) y páginas webs (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y la Organización Mundial de la Salud) en castellano e inglés. Para obtener los documentos bibliográficos se han utilizado las siguientes bases de datos: Dialnet, MedlinePlus, Pubmed, Elsevier, y Wok of Knowledge (WOK).

El proceso metodológico a seguir para realizar la búsqueda bibliográfica comenzó en el primer trimestre de 2016 y se han seleccionado textos y artículos que hablasen de la seguridad del paciente en general, en todo su conjunto, descartando en su mayoría los que se centraban en temas concretos como el check list, errores de medicación o el lavado de manos, entre otros.

Resultados y discusión:

La SP es un tema muy amplio y muy complejo por su múltiple causalidad. Este apartado se centra concretamente en la incidencia de los EA, según ciertas instituciones nacionales e internacionales. El principal informe a destacar sobre este hecho ha sido “To err is human: building a safer health system”. Es el principal precursor de la SP, ya que muestra que en EE.UU. fallecían entre 44.000 y 98.000 pacientes (10%) por errores médicos al año (4). La incidencia de EA hallada en diversas investigaciones basadas principalmente en revisiones de historias clínicas, pone de manifiesto que ésta ha variado desde el 2,9% hasta el 16,6%, siendo los estudios más destacados los siguientes: “Harvard Medical Practice Study”, “Utah y Colorado”, y “Quality in Australian Health Care” (5). El primero de ellos concluyó que, en 30.000 casos analizados, los EA ocurrían en un 3,8% de los cuales el 27% eran evitables. Específicamente analiza las negligencias y sus consecuencias. En el segundo se utilizaron revisiones clínicas retrospectivas, percibiendo EA en el 2,9% de los casos con aproximadamente el 30% de ellos evitables. En este caso se evaluaron los EA por errores en la especialidad médica, por tipo de error y por clase de medicamentos. En el tercer estudio se determinó que el 17% de las hospitalizaciones eran debidas a EA y la mitad de ellas evitables. Este estudio consistió en un análisis retrospectivo de casos clínicos y se realizó teniendo en cuenta el tipo de clínica, características del paciente, camas adjudicadas, discapacidad atribuible y viabilidad. Además, el resultado halló que los EA representan recursos importantes en cuanto a los costos y a las consecuencias prevenibles (5). Por su parte, en el ámbito español, el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) (5) realizó una investigación en 24

hospitales donde estimaron que el 9,3% de los casos padecieron algún EA, y de los cuales el 43% fueron evitables. Las tres causas principales consistieron en errores de medicación (37,4%), infecciones nosocomiales (25,3%) y problemas técnicos surgidos durante la realización de un procedimiento (25%) (5). Sobre las bases de las ideas expuestas son dos los países que destacan por sus iniciativas institucionales relacionadas con la SP: EE.UU y Australia. Los motivos que han inducido a realizar cada uno de ellos varían por distintas circunstancias. En el caso de EE.UU, los estudios de Nueva York y de Utah y Colorado, tienen su origen en la búsqueda de respuestas al exceso de demandas profesionales, mientras que en el caso de Australia las razones por las cuales se lleva a cabo el estudio son las políticas nacionales para lograr una mejora de la SP señalando los errores, su gravedad y su importancia. Al comparar estas evidencias, los dos estudios realizados en EE.UU. muestran valores similares, pero que a su vez difieren enormemente del estudio realizado en Australia, el cual alcanza unos valores más elevados. No obstante, de acuerdo con los datos extraídos de los diferentes estudios aportados para el presente trabajo, llama la atención que, el análisis de datos muestre que existe una incidencia de EA de 2,9% hasta el 16,6%, pero que, a su vez, todos coinciden en que alrededor del 50% de ellos son evitables. Por su parte el estudio ENEAS realizado en España (5) muestra que la incidencia de los EA en los Hospitales españoles, es similar a la de los estudios efectuados en los países americanos, australianos y europeos con similar metodología. Por lo tanto, los resultados muestran que, tanto en los estudios nacionales como internacionales de referencia, la incidencia y la tasa de EA prevenibles es similar.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

En conclusión, la SP es un componente clave para la calidad asistencial y los daños que puedan producirse tienen consecuencias para los servicios y, por supuesto, para las personas. Asimismo se observa que las causas analizadas en cada estudio difieren considerablemente, pero siempre se llega a la misma conclusión, y no es otra que la percepción de que un número considerable de EA se podrían haber evitado. El prevenir el daño debe ser el principal propósito de todos, así como, el objetivo prioritario de todas las investigaciones referidas, y de otras muchas que existen, no es otro que llegar a la SP como tal y a la reducción de la incidencia de EA, que a su vez favorecerá el aumento de la calidad asistencial y la disminución de los costes adicionales. Por lo tanto es necesario implementar en los servicios de salud diferentes programas y estrategias que permitan el desarrollo de iniciativas encaminadas a lograr la SP.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

De las afirmaciones anteriores relacionadas con los EA se manifiesta un impacto significativo con respecto a la calidad, la gestión y los costes, para los cuales diversas instituciones, tanto nacionales como internacionales, promueven una serie de soluciones; Y cuyo objetivo no es otro que llegar a la SP como tal y a la reducción de la incidencia de EA, que a su vez favorecerá el aumento de la calidad asistencial y la disminución de los costes adicionales.

Entre las herramientas que pueden ser utilizadas para minimizar los efectos adversos y sus consecuencias encontramos los distintos programas, planes y estrategias desarrollados por distintas instituciones. Por ejemplo, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de España, elabora una "Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS" cuyo objetivo es mejorar la calidad asistencial y reducir el daño, mediante una serie de programas y estrategias. Asimismo otras organizaciones como la OMS y su Alianza Mundial para la SP, la Agencia Nacional Inglesa para la SP, la Comisión europea y el "Institut

for Healthcare Improvement” plantean múltiples propuestas encaminadas hacia la SP.

Bibliografía:

1. Ministerio de sanidad, servicios sociales e Igualdad. “Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, 2015-2020”. Monografía en internet. Citado 18 de Febrero de 2016. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%...>
 2. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Monografía de internet. 2010. Citado 12 de Marzo de 2016. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/Pl...>
 3. World Health Organization. Monografía en internet. 2016. Citado 18 de Febrero de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolution...>
 4. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human. Building health system. 1st ed. Washington. National Academy Press; 2000.
 5. Aranaz JM^a, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clín (Barc), 2004; 123(1): 21-5.
-