

CARACTERIZACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UNA E.S.E* DE PRIMER NIVEL EN CALDAS 2007 - 2009

Ana M. Otálvaro Ospina**
María A. Valencia Velásquez***
Dora Cardona Rivas****

Recibido en enero 28 de 2011, aceptado en marzo 17 de 2011

Resumen

Objetivo: caracterizar los eventos adversos presentados en una E.S.E de primer nivel en Caldas entre 2007 y 2009. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo, que analizó la información obtenida de los eventos adversos (E.A) registrados en los años 2007 a 2009 en una institución de primer nivel de Caldas. Se revisó la base de datos de reporte de E.A de la institución, que contenía 112 registros; se descartaron 63 registros y se seleccionaron los que podían ser evaluados a partir de la historia clínica (49). Se les aplicó un instrumento a través del cual se identificaron variables socio-demográficas, características del evento y calidad del registro. **Resultados:** de los E.A registrados, 38 corresponden al sexo femenino y 11 al sexo masculino, los E.A más frecuentes fueron los obstétricos (40,8%), muerte por inatención (16,3%), los menos frecuentes fueron fallos en la seguridad (2,0%); según gravedad, 18,4% muertes; 57,1% leves y 8.2% moderados. En el 30,6% de los casos no se instauró manejo, en el 22,4% pequeña cirugía y otros manejos 20,4%. Con respecto a la calidad del registro, el 32,6% eran malos, el 44,8% regulares y el 20,4% eran de buena calidad. **Conclusiones:** el 100% de los eventos adversos no contaban con actas individuales de seguimiento, solo se cuenta con un acta de reporte de los eventos adversos más relevantes, pero estas no implican un seguimiento del evento, ni contienen los datos específicos de la situación ocurrida y del paciente.

Palabras clave

Eventos adversos, departamento de Caldas, primer nivel.

* E.S.E: Empresa Social del Estado.

** Médica Salud Total. Manizales, Colombia. Estudiante Especialización Auditoría en Salud, IX cohorte. Universidad Autónoma de Manizales. Correo electrónico: aniaotalvaro@gmail.com

*** Terapeuta Ocupacional. IPS Universidad Autónoma de Manizales. Estudiantes Especialización Auditoría en Salud, IX cohorte. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia. Correo electrónico: angievalencia27@hotmail.com

**** Bacterióloga. Ph. D. en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia. Correo electrónico: dcrivas@autonoma.edu.co

CHARACTERIZATION OF ADVERSE EVENTS IN A FIRST-LEVEL HOSPITAL IN THE DEPARTMENT OF CALDAS BETWEEN 2007 AND 2009

Abstract

Objective: to characterize the adverse events happening in a first-level hospital in the Department of Caldas between 2007 and 2009. **Materials and methods:** a cross-sectional retrospective descriptive study was performed which analyzed the information obtained during the adverse events (AE) registered between 2007 and 2009 in a first level hospital in the Department of Caldas. An EA data report of the institution was revised which contained 112 records. 63 records were highlighted and those that could be evaluated from the medical record (49) were selected. They were applied an instrument through which social-demographic, characteristics of the event and quality of the record variables were identified. **Results:** from the AE recorded, 38 cases corresponded to females and 11 cases to males. The most frequent AE were obstetric events (40.8%) and death as a result of lack of attention (16.3%); the least frequent cases were failures in safety (2.0%); 18.4% were deaths depending on seriousness of disease, 57.1% were slight events and 8.2% were moderate events. In 30.6% of the cases management was not established; in 22.4% of the cases small surgery was applied and in 20.4% other procedures were applied. As far as quality of records is concerned, 32.6% were bad, 44.8% were average, and 20.4% were high quality. **Conclusions:** 100% of the adverse events did not have individual proceeding records. Only one report of the most relevant AE was available but it neither implies a follow up of the event nor contains specific data of the situation or the patient.

Key words

Adverse events, Department of Caldas, first level.

CARATERIZAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NUMA E.S.E DE PRIMEIRO NÍVEL EM CALDAS 2007-2009

Resumo

Objetivo: caracterizar o eventos adversos apresentados numa E.S.E de primeiro nível em Caldas entre 2007 e 2009. **Materiais e métodos:** estudo descritivo de corte transversal, retrospectivo, que analisou a informação obtida dos eventos adversos (E.A) registrados nos anos 2007 a 2009 numa instituição, de primeiro nível em Caldas. Revisou-se a base dados de reporte de E.A da instituição, que contida 112 registros; se descartaram 63 registros e se selecionaram os que pudessem ser avaliados a partir da historia clinica (49). Se lhes aplicou um instrumento a través do qual se identificaram variáveis sociodemograficas, características do evento e qualidade de registro. **Resultados:** dos E.A registrados, 38 correspondentes ao sexo feminino e 11 ao masculino, os E.A mais freqüentes foram os obstétricos (40,8%), morte por não receber assistência medica (16,3%), os menos freqüentes foram falha na segurança (2,0%); conforme gravidade, 18,4% mortes; 57,1% leves e 8,2% moderados. No 30,6% dos casos não se instaurou manejo, no 22,4% pequena cirurgia e outros manejos de 20,4%. Com respeito à qualidade de registro, no 32,6% eram maus, o 44,8% regulares e o 20,4% eram de boa qualidade. **Conclusões:** o 100% dos eventos adversos não contavam com atas individuais de seguimento, só se encontra com um ata de reporte dos eventos adversos mais relevantes, mas estas não implicam um seguimento do evento, nem contem os dados específicos da situação ocorrida e do paciente.

Palavras chave

Eventos adversos, departamento de Caldas, primeiro nível.

INTRODUCCIÓN

La seguridad de los pacientes constituye un indicador de calidad de la prestación de servicios de salud de las instituciones de cualquier nivel de atención (1). Se constituye en un objeto de análisis con el fin de prevenir la presentación de eventos adversos.

La seguridad como objeto de la calidad de los servicios de salud emerge en la 55ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002, cuando analizadas las tasas de eventos adversos en diferentes países desarrollados se lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad Clínica del Paciente (2), con el fin de constituirlos en objeto de vigilancia y control.

En Colombia el marco legal está constituido por la Resolución 1446 de 2006 (3,4), que indica que cada institución debe generar estrategias de análisis de lo relacionado con la presentación de eventos adversos para diseñar planes de prevención que permitan disminuir la muerte, la incapacidad o el deterioro en el estado de salud del paciente, la prolongación del tiempo de estancia hospitalaria y el incremento de los costos de no-calidad (5,6).

Según la OMS los eventos adversos son situaciones inesperadas y no deseadas, asociadas directamente con la provisión del servicio al paciente y que pueden originar lesiones, discapacidad o muerte del paciente.

Existen diferentes factores de riesgo para los eventos adversos; pueden estar relacionados con variables sociodemográficas, con factores propios del establecimiento de salud, con la calidad del servicio prestado por el personal de enfermería, personal médico y paramédico, la calidad de los oficios del personal de servicios generales, el estado de la planta física, su diseño y dotación.

La medición de un evento adverso en una institución de salud requiere establecer sistemas de reporte,

auditoria de dichos reportes, estudio y clasificación de estos eventos, establecer estrategias preventivas, correctivas y protocolos que permitan disminuir la presencia de estas situaciones, para mejorar la prestación de los servicios de salud y garantizar la calidad, en la dimensión de la seguridad, en las instituciones prestadoras de servicios.

Con el propósito de promover una cultura de Seguridad de la Atención en Salud, el presente estudio tuvo como objetivo caracterizar los eventos adversos en una ESE de primer nivel del departamento de Caldas, a fin de valorar el estado de implementación de las políticas de Seguridad del Paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, retrospectivo, se analizó la información obtenida de los eventos adversos registrados durante los años 2007, 2008 y 2009 en una E.S.E (Empresa Social del Estado) de primer nivel de Caldas.

Esta investigación fue aprobada por la gerencia y la oficina de calidad de una institución de primer nivel en Caldas.

Se revisó la base de datos de reporte de eventos adversos con la que contaba la institución, se entregó la lista a estadística para la búsqueda de las historias; de las 112 historias solicitadas, fueron encontradas 49, debido a que en la base de datos no se encontró nombre con apellidos completos, documento de identidad, ya que el mecanismo de archivo se realiza con nombre y apellidos completos; a estas historias se les aplicó un instrumento que incluyó variables sociodemográficas, características asociadas al evento adverso y calidad del registro.

Las variables incluidas en el instrumento fueron: tipo de documento de identidad, edad, sexo, tipo

de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sistema comprometido al ingreso, servicio al que pertenecían, hora del evento, clasificación del evento, gravedad del evento, tipo de evento, complicaciones, días de estancia derivados de complicaciones, barreras de protección, manejos instaurados.

Se construyó una base de datos en EPI INFO® 2002, versión 3.5.1, con los datos obtenidos del instrumento, y el análisis estadístico se realizó mediante el mismo. Para determinar la significancia estadística de la relación entre las variables, se empleó la prueba de Chi² y en los casos con marginales menores a cinco se aplicó el test de Fisher.

La clasificación de los eventos empleada en el instrumento se realizó con base en los hallazgos encontrados en la literatura revisada, ya que la institución no cuenta con un programa estructurado de gestión de E.A; por lo tanto, no se tienen criterios claros sobre la definición de E.A, listado de eventos e incidentes para reportar, criterios para priorización, seguimiento y gestión.

Los siguientes criterios de clasificación del E.A fueron establecidos con base en los resultados encontrados en la literatura citada (estudio ENEAS) y a las características pertinentes para una institución de primer nivel:

Incidente: aquellos errores resultantes de la atención en salud, pero que no generan ningún tipo de daño o lesión al paciente.

Evento leve: es aquel evento que produce lesión, pero no produce secuelas, no pone en riesgo la vida del paciente, no genera complicaciones.

Evento moderado: es aquel que aunque produce complicaciones, estas son leves, no generan compromiso en los signos vitales ni ponen en riesgo la vida del paciente.

Evento grave: es aquel que produce secuelas, complicaciones y pone en riesgo la vida del paciente, requiere intervenciones inmediatas para estabilizar lesión, o generan pérdidas de funciones.

Muerte: es toda aquella muerte que es secundaria a intervenciones en el paciente o que se puede explicar por estas.

Igualmente, se determinó si el evento era prevenible o no con base en la siguiente definición:

Evento prevenible: eventos en los que se cometió un error no intencional durante la atención, se genera daño leve o este se puede corregir fácilmente.

Evento adverso no prevenible: evento o resultado no esperado que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares y guías del cuidado asistencial.

Evento adverso centinela: evento de gran magnitud, origina lesión o secuelas graves o muerte del paciente.

Para determinar la calidad del registro se establecieron los siguientes criterios:

Mala: es aquel registro sobre el que no hay datos sobre el evento en la nota realizada durante la atención.

Regular: es aquel registro del evento que fue realizado por enfermería o medicina, aporta pocos datos sobre el evento ocurrido.

Bueno: es aquel registro del evento adverso que fue realizado por enfermería y medicina, aporta datos importantes en la descripción del evento.

Excelente: es aquel registro del evento adverso que fue realizado por enfermería y medicina que aporta datos completos en la descripción del evento, muestra una conducta coherente tomada sobre el evento.

Hora del evento: se tomaron como hora del evento los rangos entre los turnos mañana, tarde y noche.

Clasificación del evento adverso

Reacción adversa a medicamentos: aquellos eventos secundarios a la administración de medicamentos, que genera alguna alteración orgánica en el paciente.

Error de diagnóstico: aquellos eventos que ocurren por un error en el diagnóstico, por lo que se toman conductas sobre un diagnóstico errado, generando complicaciones en el paciente.

Atención del parto: hace referencia a todas aquellas complicaciones relacionadas con la atención del parto: parto en cama, reanimaciones neonatales y desgarros.

Caídas: aquellas caídas que suceden durante cualquier tipo de atención hospitalaria (consulta externa, hospitalización, urgencias, ginecoobstetricia), o durante la presencia de cualquier persona en la institución hospitalaria.

Infección asociada al cuidado de la salud: son aquellas infecciones secundarias a la atención hospitalaria, o que ocurren durante la estancia del paciente en una institución de salud.

Flebitis: son aquellos eventos que ocurren secundarios a acciones u omisiones en las actividades de enfermería, específicamente las relativas a procedimientos como inyectología, administración de líquidos endovenosos.

Muerte por inatención: son aquellas muertes ocurridas en pacientes que requerían manejo en un nivel de complejidad mayor.

Fallos en seguridad intrahospitalaria: hace referencia a sucesos como robos, pérdidas de objetos, lesiones provocadas por terceros a

usuarios o visitantes de la institución, secuestro de menores, fugas de pacientes.

Para la realización del proceso de análisis de la información obtenida de las historias clínicas y el empleo de los criterios previamente mencionados, fueron calibrados un profesional de Medicina y un profesional de terapia ocupacional, así como candidatas a Especialista en Auditoría de la Calidad de los Servicios de Salud.

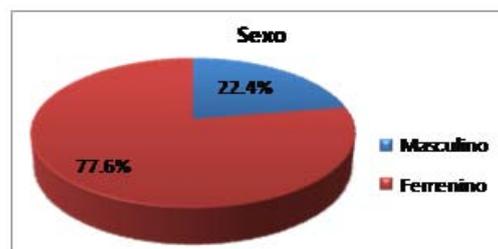
Una vez realizado tal análisis se construyó una base de datos en EPI INFO® 2002, versión 3.5.1, y se calculó la proporción de eventos encontrados según las variables incluidas en el estudio.

Para determinar si había alguna relación estadísticamente significativa entre las variables ($P < 0,05$), se empleó la prueba de Chi² y en los casos con marginales menores a cinco, se aplicó el test de Fisher.

RESULTADOS

Se evaluaron 49 historias clínicas correspondientes a 38 mujeres y 11 hombres.

Figura 1. Frecuencia de E.A según sexo.



Por grupos de edad, la mayor proporción de eventos se observó en pacientes con edad entre 24 y 64 años con un 42,9% de los casos de E.A reportados, le sigue el grupo de edad de 12 a 23 con 30,6% de los casos.

Figura 2. Frecuencias por grupos de edad.



En cuanto a la afiliación al SGSSS (Tabla 1) la mayor proporción corresponde al régimen subsidiado con el 57,1%, seguido del pobre no afiliado (24,5%) y el régimen contributivo (10,2%).

Tabla 1. Tipo de afiliación al SGSSS.

TIPO AFILIACIÓN SGSSS	Frecuencia	Porcentaje
Contributivo	5	10,2%
SD*	4	8,2%
Subsidiado	28	57,1%
Pobre no afiliado	12	24,5%
Total	49	100,0%

*SD: sin dato

En relación con el servicio al que pertenecían los pacientes (Figura 3), se encuentra un alto volumen correspondiente a urgencias (12 pacientes) y ginecoobstetricia (24 pacientes), es de resaltar que del servicio de consulta externa no fueron reportados E.A.

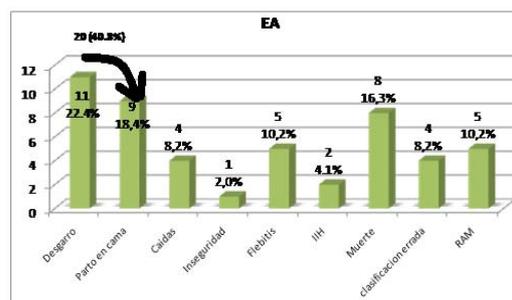
Figura 3. Distribución de frecuencias según tipo de servicio hospitalario.



*SD: sin dato.

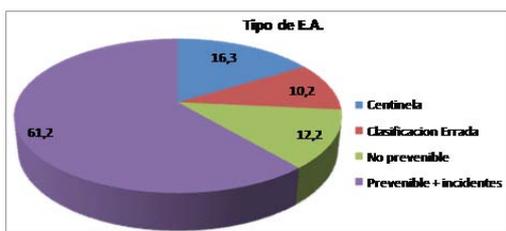
Debido a que la mayor parte de la población estudiada pertenecía al sexo femenino, según Figura 4, los E.A. presentados con mayor frecuencia fueron los obstétricos (desgarros, parto en cama) con un 40,8%, seguido de muerte por inatención con el 16,3%, y el menos frecuente fue fallos en la seguridad con un 2%.

Figura 4. Distribución de frecuencias de E.A de acuerdo con su clasificación.



Es importante anotar que el mayor número de eventos registrados (Figura 5), eran prevenibles 61,2%, mientras que el 16,3% eran eventos centinelas.

Figura 5. Distribución de Frecuencia según tipo de Evento Adverso.



De acuerdo con la Figura 6, se registró una proporción de 18,4% de muertes; el 57,1% de los eventos fueron clasificados como leves, el 8,2% de los casos fueron clasificados como moderados.

Figura 6. Distribución de Frecuencias según Gravedad del E.A.



Frecuencia de actas de reporte y seguimiento de E.A.

El 100% de los eventos adversos no contaban con actas individuales de seguimiento, solo se cuenta con un acta de reporte de los eventos adversos más relevantes, pero estas no implican un seguimiento del evento, ni contienen los datos específicos de la situación ocurrida y datos del paciente.

El 80% de los E.A ocurridos estaban registrados en las H.C de los pacientes; con respecto a la calidad del registro de los mismos se encontró que 16 de los registros fueron malos, 22 regulares y en menor proporción 10 de los registros eran de buena calidad.

En el sexo femenino, la atención del parto (parto en cama, desgarros) correspondió al 57,9% de los eventos, el 7,9% a muerte por inatención, RAM, y registros sin dato; las caídas y flebitis correspondieron al 5,3%; los casos de no evento adverso y robo al 2,6% respectivamente.

Tabla 2. Clasificación del evento según sexo.

CLASIFICACIÓN DEL EAV	FEMENINO		MASCULINO	
	Nº	%	Nº	%
Atención del parto	22	57.9	0	0.0
Caídas	2	5.3	2	18.2
Flebitis	2	5.3	1	9.1
Error de Dx	1	2.6	0	0.0
Muerte por inatención	3	7.9	4	36.4
No EAV	1	2.6	3	27.3
RAM	3	7.9	1	9.1
Robo	1	2.6	0	0.0
SD	3	7.9	0	0.0
Total	38	100.0	11	100.0

SD: sin dato.

El 71,1% de los E.A. que se presentaron en el sexo femenino eran prevenibles, el 10,5% centinelas; para los hombres la mayor proporción de tipo de E.A. fue el evento centinela con el 36,4% de los casos y eventos prevenibles con el 27,3%.

Tabla 3. Tipo de evento adverso según sexo.

TIPO DE EVENTO	FEMENINO		MASCULINO	
	Nº	%	Nº	%
E. A. Centinela	4	10.5	4	36.4
No E.A.	2	5.3	3	27.3
No prevenible (EA)	5	13.2	1	9.1
Prevenible e incidentes	27	71.1	3	27.3
Total	38	100.0	11	100.0

NO E.A: clasificación errada, no corresponde a E.A.

Según la Tabla 4, los E.A con respecto a la gravedad, que se presentaron en el sexo femenino, fueron: muerte, 75,0% de los casos en mayores de 65 años, en pacientes de 24 a 64 años (25,0%) se presentaron 25 casos leves. Es de resaltar que se encontraron dos historias que no cumplían con los criterios para ser clasificadas como E.A; no se presentaron casos graves en ningún rango de edad.

Tabla 4. Gravedad del evento según grupos de edad, estratificado por sexo femenino.

GRAVEDAD DE EVENTO SEGÚN SEXO FEMENINO												
GRUPOS DE EDAD	GRAVE		LEVE		MODERADO		MUERTE		NO E.A.*		SD**	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-11	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
12-23	0	0.0	12	48.0	2	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
24-64	0	0.0	11	44.0	2	50.0	1	25.0	50.0	50.0	3	100.0
Mayores 65	0	0.0	2	8.0	0	0.0	3	75.0	50.0	50.0	0	0.0
Total	0	100.0	25	100.0	4	100.0	4	100.0	100.0	100.0	3	100.0

* No E.A: Clasificación errada. No corresponde a E.A.

** SD: Sin Dato

De acuerdo con Tabla 5 se muestra que en el sexo masculino se presentó un 80% de muertes comprendidas entre 24 a 64 años. No se presentaron casos graves en mayores de 64 años y un 20% en edades

Tabla 5. Gravedad del evento según grupos de edad, estratificado por sexo masculino.

GRAVEDAD DE EVENTO SEGÚN SEXO MASCULINO												
EDAD	GRAVE		LEVE		MODERADO		MUERTE		NO E.A.*		SD**	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-11	0	0.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
12-23	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
24-64	0	0.0	1	33.3	0	0.0	1	20.0	1	100.0	1	100.0
Mayores de 65	0	0.0	1	33.3	1	100.0	4	80.0	0	0.0	0	0.0
Total	0	100.0	3	100.0	1	100.0	5	100.0	1	100.0	1	100.0

* No E.A: Clasificación errada. No corresponde a E.A.

** SD: Sin Dato

De siete complicaciones que se hallaron, cuatro correspondieron a pacientes mayores de 64 años, dos a pacientes entre 24 y 64 años y uno en pacientes de 12 a 23 años (Tabla 6).

Tabla 6. Complicaciones relacionadas con los eventos según grupos de edad.

EDAD	N.A.		NO		SD		SI	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-11	0	0.0	1	2.7	0	0.0	0	0.0
12-23	0	0.0	14	37.8	0	0.0	1	14.3
24-64	0	0.0	15	40.5	4	100.0	2	28.6
Mayores de 65	1	100.0	7	18.9	0	0.0	4	57.1
Total	1	100.0	37	100.0	4	100.0	7	100.0

El 71,2% de las complicaciones que se presentaron correspondían a pacientes afiliados al régimen subsidiado, y el 28,6% a pobres no afiliados.

Según la Tabla 7, el 10,5% de los E.A que se presentaron en el sexo femenino sufrieron complicaciones, y al analizar las complicaciones que se presentaron en el sexo masculino se encontró que el 27,0% de los E.A presentaron complicaciones.

Tabla 7. Complicaciones de los .EA según sexo de los pacientes.

COMPLICACIONES	FEMENINO		MASCULINO	
	No	%	No	%
N/A	1	2.6	0	0.0
NO	30	78.9	7	63.6
SD	3	7.9	1	9.1
Si	4	10.5	3	27.3
Total	38	100.0	11	100.0

El mayor porcentaje de complicaciones se presentó en pacientes con compromiso de sistema cardiovascular y obstétrico (28,6%) en cada uno, y el 14,3% en pacientes con compromiso del sistema digestivo, endocrino y genitourinario.

Se encontraron como complicaciones dos muertes que correspondían al 28,6%, seguida de las infecciones con un 28,6%, mientras que otras complicaciones correspondieron al 14,3%.

Según la Figura 7, en el 30,6% de los casos no se instauró ningún manejo, al 22,4% se les practicó pequeña cirugía, otros manejos al 20,4% de los casos, el 18,4% de los mismos fueron manejados con cuidados generales y el 8,2% no tenían dato en la H.C.

Figura 7. Distribución de Frecuencia del manejo instaurado en los E.A.



Según la Tabla 2, la mayor frecuencia de E.A en el sexo masculino correspondió al 36,4% de los eventos con muerte por inatención, el 27,3% de los registros no eran eventos adversos, el 18,2% correspondió a caídas, seguido del 9,1% para flebitis y RAM.

El 93,2% de los eventos presentados correspondían a 0 días de estancia hospitalaria derivados de complicaciones, seguido por el 4,5% de menos de dos días, y por último, el 2,3% con seis a diez días de estancia hospitalaria.

De diez caídas reportadas no se encontró el 60% de las H.C, se encontraron únicamente cuatro historias clínicas, y de estas una no estaba registrada como caída; de los cuatro registros encontrados, ninguno contaba con barrera de protección registrada en Historia Clínica.

Gran parte de los eventos adversos reportados no tenían datos de registro en la historia clínica, lo que limitó la obtención de datos y conclusiones para el estudio. Igualmente, de 112 reportes de eventos adversos en la base de datos con la que cuenta el hospital, solo se pudo acceder a la historia clínica de 49 pacientes, pues el método de archivo exige nombre completo y este en muchos casos no fue registrado.

DISCUSIÓN

Para el presente estudio la literatura encontrada fue poca, en su mayoría hace referencia a eventos adversos específicos, como reacciones adversas a medicamentos, caídas en pacientes adultos mayores, eventos adversos en niños, lo cual dificultó realizar comparaciones con otros estudios similares.

La frecuencia y prevalencia de los E.A es poco conocida y real, debido a que se encuentra un alto porcentaje de subregistro en el reporte y notificación de los E.A. (9). En algunos estudios se evidenció que el motivo para el no reporte de eventos adversos es la no disponibilidad de los formatos para reporte del evento adverso (10), en el caso del presente estudio la principal limitación fue la diferencia entre el número de eventos reportados (112) y el número de historias clínicas (49) en las que se encontraba la información requerida para hacer una caracterización completa de los eventos.

En el estudio ENEAS se reportó que el 42,6% de los eventos adversos eran evitables o prevenibles, mientras que el 57,4% de los mismos fueron no evitables (13); en el presente estudio se encontró que el mayor porcentaje eran prevenibles: 61,2%, y que los no prevenibles correspondieron al 12,2%.

De acuerdo con la hora de presentación de los eventos, Cumming et al. registraron que el mayor número de eventos adversos ocurrió en las horas

de la noche (12). En el presente estudio no se encontró significancia estadística en esta variable.

Con respecto al tipo de servicio al que pertenecían los pacientes, se encontró mayor riesgo de ocurrencia de eventos en los servicios de ginecoobstetricia y urgencias; es de anotar que en el servicio de consulta externa no se reportaron eventos. En ginecoobstetricia los desgarros perineales implican daño y lesión a la paciente, y aunque este daño pudo ser prevenible, los desgarros requieren reparación y pueden ocasionar problemas a largo plazo como dispareunia (10,13,14,15).

En el estudio de Gaitán et al. (11), el 44,0% de los pacientes estaban afiliados a medicina prepagada, el 28% al régimen contributivo, el 21,5% al régimen subsidiado y el 54% no tenía aseguramiento. En cuanto a la afiliación al SGSSS, este estudio mostró que la mayor prevalencia de eventos adversos se registró en pacientes afiliados al régimen subsidiado con un 57,1%, seguido del pobre no afiliado con un 24,5%, y por último, al régimen contributivo con un 10,2%. Sin embargo, estos datos son poco relevantes, pues no se estudió toda la población y no se tuvo en cuenta el porcentaje de afiliación y contratación por régimen y entidad.

Según el estudio ENEAS, el 31,4% de los eventos adversos tuvieron como consecuencia un incremento en la estancia hospitalaria (13). En el presente estudio no se encontró significancia en esta variable.

Resumiendo lo anterior, se puede concluir que los eventos adversos reportados y estudiados presentaron un alto porcentaje de muertes secundarias a E.A, específicamente relacionadas con el proceso de referencia y contrarreferencia, lo que derivó en muerte por inatención. No se reportaron eventos graves que generaran secuelas permanentes e incapacitantes en los usuarios de una institución de primer nivel de Caldas.

Se presentaron muchos inconvenientes respecto al acceso a las historias clínicas, debido al método empleado para archivarlas y a la falta de información completa en la base de datos de E.A, lo cual limitó considerablemente la recolección de los datos y el número final de historias que se incluyeron en el estudio.

CONCLUSIONES

Según los resultados encontrados en este estudio, se concluye que en una E.S.E. de primer nivel de Caldas se encontraron falencias significativas en la calidad del registro, recolección de la información, procesamiento y seguimiento de la misma, lo que se traduce en un programa deficiente en la gestión y prevención de los eventos adversos, implicando un mayor riesgo en la prestación del servicio.

Una de las grandes limitantes del presente estudio fue el acceso a la información contenida en las historias clínicas, ya que muchas de estas no fueron encontradas debido a fallas en el sistema de archivo de la institución y fallos en la base de datos de reporte de E.A en los datos específicos de identificación del paciente.

Se concluye que existe mayor riesgo en el servicio de ginecoobstetricia, seguido por el servicio de urgencias, lo que concuerda con las características de la población encontrada en la base de datos de eventos adversos de la E.S.E. Sin embargo, estos tienen una confiabilidad deficiente debido al subregistro que se puede evidenciar en la ausencia de eventos correspondientes a consulta externa, lo que puede ser insumo para un nuevo trabajo investigativo en la institución.

Los eventos registrados en su gran mayoría fueron eventos prevenibles, pero es muy relevante el número de eventos centinela presentados en los pacientes en la institución, los cuales estaban asociados a los fallos en el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a un nivel de mayor complejidad que se refleja en la muerte por inatención.

Con referencia a la calidad del registro del evento adverso en la historia clínica, se encontró que el mayor porcentaje corresponde a un registro de calidad regular, seguido del grado de calificación malo; resultados que conllevan a una ineficiente clasificación e identificación de las características del evento adverso; expresándose en la ineficiencia de la gestión y seguimiento del evento por la E.S.E., y en la ausencia de actas individuales de gestión de los E.A que se presentaron.

Debido a las falencias encontradas y expuestas anteriormente, se concluye que es necesario fortalecer la política de seguridad del paciente para corregir fallos que se traducen en lesión al paciente por eventos prevenibles; es de resaltar la importancia de trabajar específicamente en el fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia, no solo en la E.S.E de primer nivel, sino también en todo el departamento, debido al alto porcentaje de muerte por inatención evidenciado.

Todo lo anterior es el reflejo de falencias en la cultura institucional de Seguridad del Paciente en la E.S.E de primer nivel, las cuales limitan el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montagut F, Flotats G, Lucas E. Rehabilitación domiciliaria: Principios, indicaciones y programas terapéuticos. Barcelona: Elsevier; 2005.
2. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 2006. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, M.P.S; 2006.
3. Ministerio de la Protección Social. Anexo Técnico Resolución numero 1446 de 2006. Bogotá: Ministerio de la protección social, M.P.S; 2006.
4. Villareal E. Seguridad de los pacientes. Un Compromiso de Todos para un ciudad de calidad. Salud Uninorte Barranquilla 2007;23(1):112-19.
5. Weingart S, Wilson R, Gibberd R, Harrison B. Epidemiology of Medical Error. *BMJ*. 2000;320:774-7.
6. Mena P. Error Médico y Eventos Adversos. *Rev Chil Pediatr* 2008; 79(3): 319-26.
7. Franco A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colomb Med* 2005; 36:130-3.
8. Ministerio de la Protección Social. Anexo Técnico Resolución numero 1043 de 2007. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, M.P.S; 2007.
9. “Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica” Informe final. Octubre 2008.
10. Gaitán H, Eslava J, Garzón C, Rubio J, Forero J, Valvuela L, et al. Tamizaje de Eventos Adversos en Atención Obstétrica Y del Puerperio en el Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colombia. 2002-2003. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2005;56(1): 18-27.
11. Gaitán H, Eslava J, Rodríguez N, Forero B, Santofimio D, Altahona H. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en Tres Instituciones Hospitalarias en Colombia. 2006. *Rev Salud Pública* 2008;10(2):215-26.
12. Cumming RG, Sherrington C, Lord SR, Simpson JM, Vogler C, Cameron ID, et al. Prevention of Older People’s Injury Falls Prevention in Hospitals Research Group. Cluster Randomised Trial of a Targeted Multifactorial Intervention to Prevent Falls Among Older People in Hospital. *BMJ* 2008;336:758-760.
13. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005.. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
14. Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomized controlled trial. *Lancet* 2002;(359):2217-23.
15. Ferreira, S. Gonzales ML. Randomized controlled clinical trial on two perineal trauma suture techniques in normal delivery. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 marzo-abril; 16(2):272-9.