

Investigación

Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá

Adverse events in a third level pediatric hospital in Bogotá

Eventos adversos num hospital pediátrico de terceiro nível de Bogotá

Cindy Vanessa Parra P¹; Jennyfer Stefania López R²; Christian Hernando-Bejarano A³; Ana Helena Puerto G⁴; Myriam Lucia Galeano G⁵

¹ Enfermera. Universidad Nacional, Colombia. Correo: cvparrap@unal.edu.co

² Estudiante Enfermería Universidad Nacional, Colombia. Correo: jeslopezri@unal.edu.co

³ Enfermero. Universidad Nacional, Colombia.

⁴ Magíster en Salud Pública, y Educación. Universidad Nacional, Colombia. Correo: ahpuertog@unal.edu.co

⁵ Especialista en Epidemiología, Enfermera. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, Colombia.

Recibido:04/05/2015. Aprobado: 02/03/2017. Publicado en línea: 15/02/2017

Citación sugerida: Parra CV, López JS, Bejarano CH, Puerto AH, Galeano ML. Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2017; 35(2): 284-292. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v35n2a12

Resumen

En Colombia la seguridad del paciente es una prioridad en la atención en salud; los eventos adversos e incidentes son una muestra de atención insegura en las instituciones. El compromiso interdisciplinario es fundamental para trabajo proactivo en promoción de prácticas seguras, prevención y detección de fallas latentes y activas en un hospital. **Objetivo:** determinar la frecuencia de eventos adversos mediante revisión de historias clínicas de un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá, con el fin de fomentar prácticas seguras. **Metodología:** investigación cuantitativa, transversal y descriptiva, dirigida a pacientes hospitalizados el 16 de mayo de 2013, sobre factores de riesgo, antecedentes hospitalarios, eventos adversos y complicaciones relacionados al cuidado de

la salud. **Resultados:** hubo 169 casos clasificados para algún suceso, de los cuales 59 Eventos Adversos, 57 incidentes, y 53 descartados por falsos positivos. **Discusión:** se evidencia responsabilidad de prevención y control de infecciones por los profesionales de la salud, encargados de minimizar el riesgo del paciente vulnerable y, ante todo, proporcionar un manejo y mantenimiento adecuado de dispositivos médicos invasivos. **Conclusiones:** el 34,4% de historias clínicas presentaban algún tipo de evento adverso o incidente, revelando que algunos de estos fueron causados por la asistencia hospitalaria. -----**Palabras clave:** Enfermería, seguridad del paciente, evento adverso

Abstract

In Colombia, patients' safety is a priority in healthcare. Adverse events and incidents are an example of unsafe healthcare in institutions. An interdisciplinary commitment is fundamental in proactive work to promote safe practices, prevention, and detection of latent and active failures in hospital. **Objective:** To determine the frequency of Adverse Events by reviewing clinical histories in a third level pediatric hospital in Bogotá to foster safe practices. **Methodology:** a descriptive cross-sectional quantitative research was conducted focusing on hospitalized patients on May 16, 2013, working risk factors, hospital backgrounds, adverse events, and healthcare related

complications. **Results:** There were 169 cases classified for a given event, of which 59 were Adverse Events, 57 were incidents and 53 were discarded as false positives. Discussion: Researchers evidenced the responsibility in infection prevention and control by healthcare professionals in charge of minimizing a vulnerable patient's risk, and above all, they provided a suitable use and maintenance of invasive medical devices. **Conclusions:** 34.4% of the clinical histories show some type of adverse event or incident, revealing evidence that in some cases they were caused by hospital care.

-----**Keywords:** Nursing, patients' safety, adverse event

Resumo

Na Colômbia a seguridade do paciente é uma prioridade na atenção em saúde; os eventos adversos e incidentes são uma mostra de atenção insegura nas instituições. O compromisso interdisciplinar e fundamental para trabalho proativo em promoção de práticas seguras, prevenção e detecção de falhas latentes e ativas num hospital. **Objetivo:** determinar a frequência de eventos adversos mediante revisão de histórias clínicas dum hospital pediátrico de terceiro nível de Bogotá, com o fim de fomentar práticas seguras. **Metodologia:** investigação quantitativa, transversal e descritiva, dirigida a pacientes hospitalizados o 16 de maio de 2013, sobre fatores de risco, antecedentes hospitalários, eventos adversos e complicações relacionados ao cuidado da saúde. Resultados: Houve 169

casos classificados para algum acontecimento, dos quais 59 Eventos Adversos, 57 incidentes, e 53 descartados por serem falsos positivos. **Discussão:** se evidencia responsabilidade de prevenção e controle de infecções pelos profissionais da saúde, encarregados de minimizar o risco do paciente vulnerável e, por acima de todo, proporcionar um manejo e mantimento adequado de dispositivos médicos invasivos. **Conclusões:** O 34.4% das histórias clínicas apresentavam algum jeito de Evento Adverso ou incidente, revelando evidência de que alguns destes foram causados pela assistência hospitalar.

-----**Palavras chave:** Enfermagem, Seguridade do paciente, Evento adverso

Introducción

Los profesionales de la salud deben velar por la creación de una cultura de seguridad del paciente que disminuya los factores de riesgo al recibir atención en salud. Los eventos adversos (EA) son un indicador fundamental para medir la calidad de los servicios de salud brindados a los sujetos de cuidado, debido a que 10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado sufren de algún evento adverso, y este riesgo se duplicaba si se considera el tiempo en que el paciente está hospitalizado [1], es prioritario reflexionar y concienciar al personal de salud sobre la magnitud que tiene el problema, propósito que requiere gestionar desde el nivel estratégico, políticas de calidad en la prestación de los servicios de salud en la Institución.

El Programa de Seguridad del Paciente, fundamentado en la Política de Calidad de la Institución de Tercer Nivel, busca una atención integral segura, que desarrolle estrategias investigativas para la generación de conocimiento y en este caso de la investigación relacionada con el análisis de eventos adversos presentados en la institución.

La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá y la Gerencia Científica y de Investigación del Hospital, replicaron el estudio *IBEAS, Prevalencia de eventos adversos en Hospitales de Latinoamérica*.

El IBEAS fue el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para “prevenir los eventos adversos que ocurren como atención médica en los hospitales y conocer la magnitud y las características del problema” [1] para proponer soluciones y disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados de salud. Este se desarrolló en colaboración de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España, y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú.

La Seguridad del Paciente es un tema de alto impacto en Salud Pública, siendo un problema grave en todo el mundo porque se encuentra presente tanto en países desarrollados como en subdesarrollados; la probabilidad de que los pacientes sufran algún daño en un hospital en países en vía de desarrollo es 20 veces

superior al registrado en los países desarrollados (uno de cada diez pacientes) [2].

En Colombia la Seguridad del Paciente es una prioridad en la atención en salud, debido a que los EA e incidentes son una muestra de atención insegura en las instituciones hospitalarias [3]. La tasa de EA se encuentra alrededor de un 10% y los más frecuentes son “las infecciones intrahospitalarias, las complicaciones medicamentosas, con sangre y sus derivados (transfusiones), y las derivadas de los procesos de atención y quirúrgicos...” [4].

Los EA son un indicador fundamental para medir la calidad de los servicios de salud brindados a los sujetos de cuidado, de ahí la importancia de reflexionar y concienciar al personal de salud sobre la magnitud que tiene el problema de EA, para lograr medidas preventivas y alcanzar la promoción de acciones que garanticen una prestación segura de servicios.

La promoción de una cultura justa es fundamental para el trabajo proactivo en la implementación de prácticas seguras, prevención y detección de fallas latentes y activas. Es importante además el compromiso interdisciplinario del equipo de salud en pro de la seguridad del paciente. Se busca un ambiente de crecimiento en calidad, que se establece como un accionar educativo y no punitivo dirigido a los colaboradores debido a que “el número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención” [3].

Enfermería es “una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado” [5]. Su práctica debe estar basada en la evidencia científica acorde con su propósito de superación garantizando la calidad en los sistemas de servicios de salud, en busca de la satisfacción de los mismos.

Según el principio de “No-maleficencia” [6] los profesionales de la salud no deben producir daño, sino prevenirlo; siendo un principio de ámbito público y penado por la ley, su cumplimiento es responsabilidad interdisciplinaria. Debido a esto es de vital importancia identificar las áreas y problemas prioritarios de la Seguridad del Paciente facilitando los procesos de prevención para minimizar y mitigar los EA.

Es trascendental establecer las causas de los EA y su frecuencia, si son prevenibles o no y el por qué se siguen presentando en las instituciones de salud, en este caso, en el hospital pediátrico donde fue desarrollado el estudio; por lo anterior, el objetivo de la investigación fue determinar la frecuencia de eventos adversos mediante la revisión de historias clínicas en el hospital pediátrico de tercer nivel de salud de Bogotá, para fomentar prácticas seguras entre los colaboradores del hospital, a su vez, describir la presencia de eventos adversos asociados a la asistencia hospitalaria y caracterizarlos según el registro de historias clínicas y notificación.

Metodología

Investigación cuantitativa, de corte transversal y descriptiva, a partir del día 16 de mayo de 2013 como día cero. La población de estudio fue intencional: pacientes pediátricos hospitalizados del 16 de mayo de 2013 en adelante correspondientes a 337 historias clínicas; se excluyeron pacientes de los servicios de urgencias y consulta externa.

Las historias clínicas fueron clasificadas según sexo, 59% del masculino, y las restantes femenino. El primer quinquenio de edad representó un porcentaje acumulado de 67% (225 niños), con una media de 4,54 años; la moda fueron niños menores de un año (106 casos) que, por su condición de salud y por la edad que los hace vulnerables, aumentan los factores de riesgo para presentar algún tipo de suceso (EA y/o incidente) durante su hospitalización.

La recolección de los datos se dió por medio de una revisión sistemática de historias clínicas, a los cuales se les aplicaron dos instrumentos de valoración de EA utilizados en el proyecto IBEAS de países de Latinoamérica: Guía de Cribado de Efectos adversos (MRF1) que identifica posibles alertas en pacientes que podían haber padecido un evento adverso y, el Formulario MRF2 que evalúan completamente el evento adverso, su caracterización, evitabilidad e impacto. La fiabilidad de los instrumentos ha sido evaluada en otros estudios como moderada [1], además de no requerir autorización de uso, debido a que fueron facilitados por la Secretaría Distrital de Salud dirigido a los profesionales de la salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para este tipo de estudios.

Se establecieron las condiciones necesarias para garantizar el cumplimiento de las normas correspondientes en la ética de la investigación, principalmente las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos [7], con el fin de asegurar la confidencialidad de la información y proteger la identificación de los pacientes. A su vez, fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Institución. La Investigación es clasificada sin riesgo por emplear un método documental retrospectivo y no llevar a cabo intervención en los pacientes que afecten variables fisiológicas, psicológicas y sociales en los individuos que participan en el estudio [8].

El análisis de los resultados se realizó mediante la estimación de variables Dummies por método Probit marginal y Logit, con el fin de establecer frecuencia, fiabilidad, variabilidad y un análisis predictivo de las variables obtenidas, asimismo se utilizó el programa SPSS para un análisis de contingencia a partir de tablas cruzadas, con descripción univariada (distribución porcentual y de frecuencias) y multivariada, en el que también se realizó un análisis de distribución (chi-cuadrado y coeficiente de contingencia) para variables nominales cualitativas.

Resultados

De las 337 (100%) historias clínicas, 169 (50,1%) fueron seleccionados como posibles sucesos y 168 (49,8%) fueron descartados por no cumplir los criterios de la guía de Cribado para eventos adversos o incidentes.

Los 169 casos seleccionados para algún tipo de suceso fueron evaluados con el Formulario MRF2 para su caracterización, el resultado de la sistematización de este instrumento contempla varios eventos para un mismo paciente, condición que causa una variación en el total de casos reportados.

Del total de casos 59 sufrieron alguna lesión o invalidez (EA), los cuales representan el 34,9%. De éstos, 39 estuvieron relacionados con la asistencia sanitaria

y 16 con el proceso de la enfermedad con porcentajes de 23,1% y 9,5% respectivamente. Además 57 casos presentaron sucesos sin lesión o prolongación de la estancia (incidente), equivalente al 33,7 %, de los cuales 19 estuvieron relacionados con la asistencia sanitaria y 26 con el proceso de la enfermedad que equivalen a un 11,2% y 15,4% respectivamente (Tabla 1).

Se buscó describir el origen de los EA e incidentes, específicamente los relacionados con los procesos asistenciales, con el fin de identificar las falencias de la prestación de los servicios de salud y con ello generar estrategias de mejora continua que se puedan aplicar en la prestación de servicios de salud. De acuerdo con lo anterior, los resultados indican una relación directa entre los EA y la asistencia sanitaria, encontrándose

Tabla 1. Clasificación del suceso durante la atención en salud y la causa que lo generó.

	Evento adverso		Falso positivo		Incidente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Asistencia Sanitaria	39	23,1	1	0,5	19	11,2	59	34,9
NS/NC	4	2,4	14	8,3	12	7,1	30	17,8
Solamente por el proceso de la enfermedad	16	9,5	38	22,5	26	15,4	80	47,3
Total	59	34,9	53	31,4	57	33,7	169	100

Fuente: Formulario MRF2 EA en un Hospital Pediátrico de Tercer Nivel de Bogotá, aplicación del Proyecto IBEAS 2013-2014

que para la totalidad de EA (59 casos), el 66,1% fueron por asistencia sanitaria y para incidentes (53 casos) el 33,3% por la misma causa; esta información afirma lo planteado anteriormente.

El origen de los sucesos sin lesión o prolongación de la estancia hospitalaria que son clasificados como incidentes, están relacionados principalmente con el proceso de la enfermedad siendo ajenos, en su mayoría, a los procesos asistenciales.

En cuanto a la frecuencia de caracterización de los EA e incidentes se encuentra que el principal origen está relacionado con Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) con 27 (46%) y 18 (31,5%) casos para EA e incidente respectivamente. En adelante, los EA relacionados a algún procedimiento y a la medicación son los que tienen mayor frecuencia con 15 (25,4%) y 13 (22%) casos respectivamente. La mayor frecuencia de incidentes presentados, adicionales a los relacionados con IAAS son los asociados a la medicación con 10 (17,5%) casos (Figura 1).

El aumento de la estancia hospitalaria por presencia de EA se presentó principalmente en un rango de 7 a 14 días, lo que conduce a la gravedad de los mismos, encontrándose que para EA hubo una mayor frecuencia

en gravedad moderada con 42 casos que representan un 24,9% de un total de 59; seguido de gravedad leve con 11 casos que representan un 6,5%; para los incidentes se encontró mayor frecuencia en gravedad leve con 23 casos correspondiente al 13,6% y una gravedad moderada con 13 casos correspondientes a 7,7% de un total de 57 (Tabla 2).

Los datos demuestran que en los EA los errores por omisión (error que ocurre como consecuencia de una acción no ejecutada estando indicada), tales como: no toma medidas de precaución, seguimiento inadecuado de la terapia/protocolos o no usar las pruebas indicadas entre los más relevantes, presentaron una mayor proporción (69,5%) en comparación con los errores por comisión (22,03%), entendidos estos como el error ocurrido por la ejecución de una acción. Al contrario, con los incidentes se evidenció más frecuencia de errores por comisión (59,6%), como técnica quirúrgica inadecuada, tratamiento inapropiado, entre otros, en comparación con los errores por omisión (40,3%). Se presentaron 5 casos de EA que representan una falla en el sistema de salud (8,5%), como la no autorización de la medicación por parte de la EPS tratante (Tabla 3).

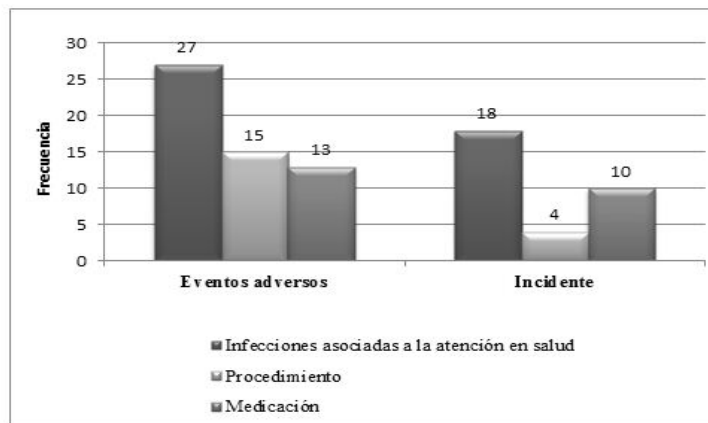


Figura 1. Caracterización de EA e Incidentes en la atención

Fuente: Formulario MRF2 EA en un Hospital Pediátrico de Tercer Nivel de Bogotá, aplicación del Proyecto IBEAS 2013-2014

Tabla 2. Gravedad del suceso en la Atención en Salud

	Clasificación del suceso						Total	
	Evento adverso		Falso positivo		Incidente			
	n	%	n	%	n	%	N	%
Espacios vacíos	3	1,8	53	31,4	20	11,8	76	45
Grave (fallecimiento o incapacidad al alta o requirió intervención Qx)	3	1,8	0	0	1	0,6	4	2,4
Leve (ocasiona lesión sin prolongación de la estancia)	11	6,5	0	0	23	13,6	34	20,1
Moderado (prolongó estancia de un día en adelante)	42	24,9	0	0	13	7,7	55	32,5
Total	59	34,9	53	31,4	57	33,7	169	100

Fuente: Formulario MRF2 EA en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá, aplicación del Proyecto IBEAS 2013-2014

De acuerdo con el grado de consideración de prevención para EA e incidentes, en una escala de valoración de 1 a 6, siendo 1 no prevenible y 6 (11,9%) totalmente prevenible, se encontró que 23 casos (38,9%) con EA se clasificaron en moderada probabilidad de prevención y en un margen regular se clasifican entre una ligera y total posibilidad de prevención; en contraste, en los incidentes se describieron 17 casos (29,8%) con ausencia de evidencia de posibilidad de prevención y en tendencia baja a mínima posibilidad de prevención (Tabla 4); 8 casos de EA y 22 casos de incidentes no se clasificaron dentro de la posibilidad de prevención por falta de información en la historia clínica y/o notificación de suceso.

De la notificación de EA, durante el periodo de selección de historias clínicas para el estudio, se identificó el número de hospitalizaciones en el lapso comprendido de mayo a julio de 2013, reportando un número de 7.182 pacientes. Durante este mismo periodo y en los mismos servicios se reportaron en la institución una tasa

de 82 EA con una proporción de 1,14 %. En cuanto a pacientes egresados y los reportados en ese tiempo, se identificaron mediante el instrumento MRF2 116 sucesos adversos (incidentes y EA) con una proporción de 1,61%. En el análisis de estos, se encontraron 9 casos notificados por la institución que coincidían con los pacientes identificados y el tipo de suceso según el MRF2, con una proporción de 7,75%, dato que muestra un subregistro en la misma. En general se revela una diferencia de los EA que se dejaron de reportar por la Institución de 92,2% según el formato MRF2 (Figura 2).

Discusión

En el presente estudio los pacientes con algún tipo de suceso (EA y/o incidente) tienen una edad media de 4 años, encontrándose a su vez una mayor prevalencia en menores de un año; por consiguiente, se observa que los neonatos y niños menores de 5

Tabla 3. Tipo de error del suceso en la atención en salud

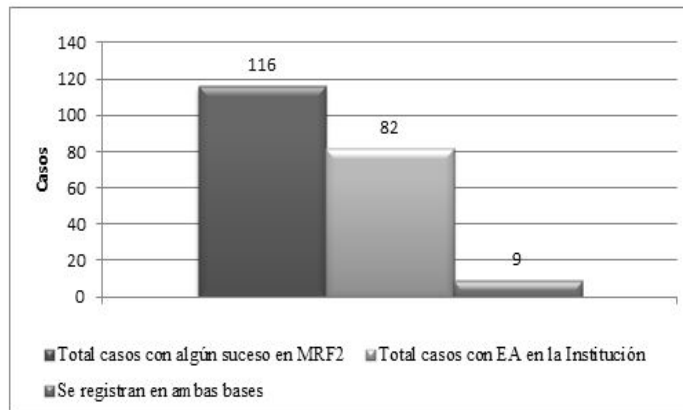
		Evento adverso	Incidente	Total
Error humano	Comisión	13	34	47
	Omisión	41	23	64
Fallo	Fallo en el sistema	5	0	5
Total		59	57	116

Fuente: Formulario MRF2 EA en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá, aplicación del Proyecto IBEAS 2013-2014

Tabla 4. Probabilidad de prevención del suceso en la atención en salud

	Clasificación del suceso		Total
	Evento adverso	Incidente	
Ausencia de evidencia de posibilidad de prevención	6	17	23
Mínima posibilidad de prevención	1	5	6
Ligera posibilidad de prevención	7	2	9
Moderada posibilidad de prevención	23	3	26
Elevada posibilidad de prevención	7	4	11
Total evidencia de posibilidad de prevención	7	4	11
Total	51	35	86

Fuente: Formulario MRF2 EA en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá, aplicación del Proyecto IBEAS 2013-2014

**Figura 2.** Notificación de EA según reportes de hallazgos MRF2 y correlacionados

Fuente: Formulario MRF2 EA en un Hospital Pediátrico de Tercer Nivel de Bogotá, aplicación del Proyecto IBEAS 2013-2014

años se encuentran con mayor riesgo de presentar sucesos durante la estancia hospitalaria; por ejemplo, presentan fragilidad en su estado inmune, que reaccionan de manera diferente frente a antígenos y generan susceptibilidad a patógenos, por consiguiente el riesgo de infecciones o complicaciones en su estado de salud es mayor [9-11]. El grado de vulnerabilidad de este grupo poblacional aumenta ligado a los factores

intrínsecos (netamente del paciente) o extrínsecos (ligados a los procedimientos y/o cuidados médicos) que presentan cada uno de ellos; en el estudio IBEAS, al igual que en el desarrollado en el Hospital, hubo convergencias relacionadas con el número de factores e incremento de posibilidad de sufrir un EA [10].

Se debe resaltar la capacidad del equipo de salud para mitigar el riesgo presentado en los factores

modificables o extrínsecos, a diferencia de los factores intrínsecos. Se observó, por ejemplo, una presencia de 39 EA y 19 incidentes relacionados con la asistencia sanitaria, a su vez, 16 EA y 26 incidentes relacionados con el proceso de la enfermedad; por consiguiente si se logra controlar los factores de riesgo relacionados con los procedimientos y/o cuidados del equipo de salud (Ejemplo: Tiempo de uso de un catéter venoso central), se minimizaría considerablemente el riesgo de ocurrencia de EA, principalmente en servicios de alta complejidad, servicios en los cuales se presentaron mayores casos de sucesos durante el estudio. A partir de la premisa anterior se observa una relación directa entre el servicio de hospitalización y la incidencia de EA.

En el estudio IBEAS de Latinoamérica se relacionaron los factores que influyen en los sucesos con el servicio en el que estaba ingresado el paciente; se observaron resultados congruentes comparados con la investigación, en el cual hubo “mayor frecuencia de sucesos en las Unidades de Tratamiento Intensivo, y en los servicios de cirugía; con una frecuencia menor en los servicios médicos [1].

La estancia prolongada en el hospital al igual que las características de los pacientes, influyen en el aumento del riesgo de un EA [1,12]. En el estudio IBEAS, se encontró que uno de cada diez pacientes ingresados, presentaban en el día del estudio las consecuencias de un incidente en la atención sanitaria, es de anotar que para la réplica realizada en esta institución de Bogotá, no se encontró la misma razón de suceso-paciente; los datos arrojados por la investigación, muestran que tres de cada diez pacientes presentaron un EA o incidente durante la atención en salud, en donde las variables que explicaban la ocurrencia de los sucesos durante la hospitalización fueron: El servicio en donde estaba ubicado, el tiempo total de hospitalización y si había sido expuesto a factores de riesgo extrínseco o presentaba co-morbilidades [1].

Cabe resaltar dentro de los resultados de la investigación los EA e incidentes relacionados con IAAS, de los que se reportaron 45 casos. Según el último informe del Instituto Nacional de Salud este tipo de infecciones ha aumentado en los últimos 10 años, cada vez por gérmenes más resistentes a la acción de los antimicrobianos [13]. En la investigación de Villalobos “Vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia bacteriana y el consumo de antibióticos en hospitales de alta complejidad”, se describe que estas se originan en cualquier ámbito de atención en salud intra y extra mural, además de estar directamente asociados con el aumento de la estancia hospitalaria, morbilidad, mortalidad y costos de la atención en salud [14, 15].

En cuanto a los factores significativos con influencia positiva al riesgo se encuentran las patologías; estas afectan los mecanismos de defensa del organismo aumentando la probabilidad de posibles complicaciones

y presencia de sucesos relacionados con la asistencia. El servicio de Oncohematología, por las características especiales de cada paciente, presentó un mayor número de casos de IAAS; con 12 casos de 45, seguido de Especialidades Quirúrgicas con 6 casos, siendo en este último importante considerar la alteración situacional de condiciones fisio-anatómicas de los pacientes.

Relacionado con lo anterior, de acuerdo a un estudio descriptivo realizado en un hospital de Cuba por Guanche Garcell y colaboradores de 2004 a 2008, se encontró que de 10.714 pacientes egresados se realizaron 8.752 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 642 se diagnosticaron con infección asociada al cuidado de la salud, 479 infecciones del sitio operatorio (ISO). En el mismo artículo se afirmó en el primer lugar para ISO y en el segundo las infecciones del torrente sanguíneo, dato que se corresponde a resultados de esta investigación, siendo las infecciones en sangre un evento de importancia [16].

Se evidenció una responsabilidad de prevención y control de infecciones por parte de los profesionales de la salud, los cuales son los encargados de minimizar el riesgo del paciente vulnerable y ante todo, proporcionar un manejo y mantenimiento adecuado de dispositivos médicos invasivos. Conforme a lo mencionado anteriormente esta investigación arroja 30 casos con presencia de un fallo en la oportunidad de minimización del riesgo para paciente vulnerable, de los cuales 21 casos presentaron fallo en los cuidados del mantenimiento de los catéteres, vías, drenajes y/o heridas. Datos significativos en la evaluación del accionar profesional para mejora en la seguridad del paciente y su familia.

Por consiguiente las instituciones prestadoras de servicios de salud deben mantener un mejoramiento continuo en la atención a los sujetos de cuidado, para tal fin se deben identificar los factores o variables que predisponen a la presencia de sucesos y generar estrategias que respondan a las necesidades de cuidado y que integren un trabajo interdisciplinario.

En el proceso de notificación de EA del hospital, se encontró un subregistro comparado con los hallazgos de la investigación (Figura 2); llama la atención los EA reportados que no se encontraban registrados en la historia clínica para la fecha del estudio. Riquelme en su investigación en la ciudad de Santiago de Chile [9], refiere que “la notificación de EA no debe constituirse en una barrera que agregue complejidad al proceso de atención de la persona, ni mucho menos en una forma punitiva de evaluar el desempeño, transformando la cultura de seguridad en cultura del horror o castigo”. Por ende se observa la importancia de que el equipo de salud se comprometa con el proceso y se considere como propio en la prestación de los servicios de salud.

De acuerdo con la Resolución 2003 de 2014 [17], “por la cual se definen los procedimientos y condiciones

de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud”, en el estandar de procesos prioritarios se determinan los lineamientos con respecto a la política formal de seguridad del paciente, con un referente equipo para la gestión de la seguridad de los pacientes. Además del programa de capacitación que garantice la cobertura de la política al personal de salud y un sistema de seguimiento del evento adverso que inicie con la identificación del mismo hasta su gestión e implementación de acciones de mejora. De este modo abarca la globalidad del tema e involucra al equipo a participar en el proceso, principalmente en la notificación de eventos e incidentes.

La tendencia actual descrita en la literatura e investigaciones previas considera, en mayor medida, los EA e incidentes en población adulta, siendo esta una limitación para la investigación, por lo tanto, en este estudio, comparar el riesgo de desarrollar un EA es difícil, debido a que hay pocas investigaciones enfocadas en pediatría [9, 10]. Sin embargo en los procesos investigativos llevados a cabo hasta la fecha el objeto de estudio no ha sido el evento adverso en general, sino la especificidad del EA, en cuanto al tipo y la responsabilidad del equipo de salud.

No obstante este vacío de investigación en pediatría se considera a su vez una fortaleza, debido a la posibilidad de generar la apertura en investigación de EA pediátricos, incidentes y caracterización de los mismos.

Por investigaciones futuras se debe lograr una incorporación sistemática y permanente de programas de monitoreo que contribuyan a la vigilancia epidemiológica de los diferentes sucesos que se presentan durante la prestación de servicios de salud.

La prevención de EA en pediatría debe ser una estrategia prioritaria; por lo tanto se invita a la realización de investigaciones que logren dar respuesta a: ¿Cuál es la eficacia de los programas de seguridad del paciente que contribuyen a la vigilancia epidemiológica de los EA?, ¿Cuáles son las actividades que facilitan la vigilancia de ocurrencia de sucesos en la prestación de servicios de salud?, ¿Qué tanto afecta el Sistema de salud en Colombia para la incidencia de EA pediátricos?, ¿Cuál es el impacto social y económico de los EA, especialmente en niños con enfermedades crónicas no transmisibles?

En términos generales, las interacciones entre el personal de la salud y los sujetos de cuidado, el pronóstico de su enfermedad, la frecuencia de procedimientos invasivos, tanto diagnósticos, como terapéuticos, la polifarmacología, el estrés y la fatiga de los profesionales de salud, hace, entre otros, que los sujetos de cuidado, se hallen en un ambiente de alto riesgo para la presencia de EA.

Conclusiones

Tres de cada diez pacientes presentaron un EA o incidente durante la atención en salud, aumentando los días de hospitalización por EA prevenibles y generaron un incremento de gastos intrahospitalarios; por lo tanto, se hace necesario el cumplimiento de las prácticas seguras.

Se encontró un gran número de EA relacionados con IAAS por errores de omisión por parte del personal de salud, que evidencian la importancia de adherencia a protocolos establecidos por el programa de seguridad del paciente; a su vez el subregistro de notificación en las historias clínicas desdibuja la cultura de notificación de reportes de EA en el personal de salud.

Fortalecer la cultura de seguridad del paciente y la actitud preventiva reduciría la carga de culpa y la actitud punitiva a la que se asocia al tema de EA.

La aplicación de los instrumentos (Guía de Cribado y MERF2) a las historias clínicas y la recolección de los datos, requiere de conocimientos clínicos y de seguridad del paciente, además de manejo de programas de análisis de datos estadísticos para replicar y desarrollar este tipo de investigación.

El porcentaje de pacientes con algún factor de riesgo en la guía de cribado y el factor de riesgo para posible EA son comparables a los hallados en los estudios IBEAS de Latinoamérica y ENEAS de España. Por lo tanto, se puede afirmar que los instrumentos son adecuados para la identificación de EA.

Recomendaciones

En el análisis y socialización de la investigación se resalta la importancia de manejar y enfatizar los resultados como una oportunidad de mejora, para generar estrategias y no para ser punitivos.

Se debe fortalecer la cultura de seguridad del paciente, por medio de capacitaciones que permitan prevenir y actuar ante un EA. Además de sensibilizar al equipo de salud a cerca de la importancia de la cultura de reporte, con el fin de llevar a cabo la gestión correspondiente, que redunde en barreras de seguridad durante la atención. Se requiere la implementación de estrategias que permitan la disminución de EA e incidentes.

Se debe hacer énfasis a todo el personal de salud en el registro de historias clínicas, de acuerdo con la normatividad vigente: importancia de la claridad, uso de palabras adecuadas y sin abreviaturas no convencionales, que mejoren la cultura de diligenciar toda la información y resalten la implicación legal del inadecuado registro de las situaciones del paciente.

Se invita a nuevos procesos investigativos relacionados con el registro de historia clínica que los profesionales de salud llevan en los centros hospitalarios.

Para llevar a cabo la aplicación correcta de los instrumentos de valoración de EA se requieren competencias acerca de la detección de EA, política de seguridad del paciente, conocimientos sobre la institución y captura de datos de forma puntuada y organizada.

La evaluación continua de un estudio de descripción de EA requiere una supervisión permanente y apoyo interdisciplinario para el análisis de las historias clínicas, a su vez el personal de salud debe ser cualificado para el estudio de una manera optimizada y pertinente.

Se recomienda una adaptación de los formatos (Guía de cribado y MRF2) para manejos en institutos pediátricos.

Referencias

- 1 España, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
- 2 Organización Mundial de la Salud. 10 Datos sobre la seguridad del paciente. [Internet] [Consultado junio 16 de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
- 3 Ministerio de Salud y de la Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. [Internet] Bogotá: El Ministerio; 2010. [Consultado junio 16 de 2014]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.
- 4 Barragán JL. UN periódico. Tasa de EA en Colombia es cercana al 10%. Unimedios. [Internet] [Consultado el 02 de mayo de 2013] en línea: <http://www.unperiodico.unal.edu.co/dper/article/tasa-de-ea-en-colombia-es-cercana-al-10.html>.
- 5 León RC. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Rev Cubana Enfermer. [Revista en Internet] 2006 [consultado 16 de febrero de 2014]; 22(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html
- 6 Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas Internacionales Para La Investigación Biomédica En Seres Humanos. [Internet] CIOMS, OMS: Ginebra; 2002. [consultado el 02 de mayo de 2013] Disponible en: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm.
- 7 Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas Internacionales Para La Investigación Biomédica En Seres Humanos. [Internet] CIOMS, OMS: Ginebra; 2002. [consultado el 02 de mayo de 2013] Disponible en: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm.
- 8 Colombia, Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 de 1993: por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
- 9 Riquelme G, Ourcilleón A. Descripción de eventos adversos en un hospital pediátrico de la ciudad de Santiago, Chile. Enfermería Global. 2013; 29: 268.
- 10 España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 [Internet] [Consultado 05 de julio 2014]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
- 11 Lewis D, Wilson C. Developmental immunology and role of host defences in neonatal susceptibility to infection. In: Remington J, Klein J, eds. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1995:20–98
- 12 Palacios A, Bareño S. Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. Rev CES Med. 2012; 26(1): 19-28
- 13 Instituto Nacional de Salud. ¿Qué son las IAAS? [Internet] Bogotá: INS; 2014 [Consultado 05 de julio 2014]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/iaas/Paginas/que-son-las-iaas.aspx>
- 14 Villalobos A, Barrero L, Rivera SM, Ovalle MV, Valera D. Vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia bacteriana y consumo de antibióticos en hospitales de alta complejidad, Colombia, 2011. Revista Biomédica. 2014; 34 (supl 1): 67-80. doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v34i0.1698>.
- 15 Gudiol F, Limón E, Fondevilla E, Argimon J, Almirante B, Pujol M. The development and successful implementation of the VINCat Program. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012; 30(3): 3-6
- 16 Guanche H, Morales C, Fresneda G, González J. Incidencia de la infección nosocomial en cirugía general: Hospital «Joaquín Albarrán» (2002-2008). Rev Cubana Cir [Revista en Internet]. 2010; 49(1).
- 17 Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá: El Ministerio; 2014.