



> análisis de situación

+ Existen limitaciones importantes para conocer la situación de partida en que se encuentra un sistema sanitario concreto en relación con la seguridad clínica. Éstas son debidas fundamentalmente a la escasa integración de los actuales sistemas de información, al hecho de no disponer de una terminología común que permita la identificación y medida de EA y a la escasa implantación de sistemas de notificación. Todos estos aspectos se traducen en un desarrollo desigual de elementos vinculados a una cultura de seguridad entre profesionales y ciudadanía.

3.1. PUNTOS CRÍTICOS DETECTADOS

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo convocó un taller de expertos en Madrid (febrero 2005), con el fin de realizar un análisis de situación en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios en España, así como detectar puntos críticos y proponer actuaciones. Los aspectos identificados se relacionan con:

ausencia de cultura de seguridad y calidad

ausencia de información y sistemas de registro y análisis de incidentes

resistencia y débil compromiso entre los distintos colectivos profesionales

falta de incorporación de rutinas de gestión de riesgos en la gestión global de la asistencia sanitaria

3.2. ESTUDIO ANDALUZ SOBRE EVENTOS ADVERSOS LIGADOS A LA HOSPITALIZACIÓN

En el año 2005 se llevó a cabo un Estudio de cohortes retrospectivo con el objetivo de evaluar la incidencia de EA ligados a la hospitalización en los hospitales públicos de Andalucía, en el que se describen los factores asociados a su aparición, su impacto en términos de incapacidad, éxitos y/o prolongación de la estancia y su evitabilidad.

Para ello se estudiaron, a partir de las historias clínicas, todas las hospitalizaciones cuyas altas se produjeron durante una semana (4-10 de junio de 2005) en una muestra de 6 hospitales públicos de Andalucía, representativos según su tamaño (grandes, medianos y pequeños). Los sujetos a estudio fueron aquellos pacientes ingresados más de 24 horas y que hubieran sido dados de alta a lo largo de la semana elegida para la recogida de datos.

Se definió como alerta de EA, aquellas hospitalizaciones en las que la evaluación inicial (cribado) fue positiva para alguno de los criterios de probabilidad de que se presente un EA y como EA aquella lesión o complica-

ción asociada a la asistencia sanitaria, más que a la enfermedad o a las propias características del paciente.

La recogida de datos se realizó en dos fases: la primera de cribado, en la que todas las historias clínicas muestreadas fueron evaluadas por un grupo de enfermeras de cada hospital previamente entrenadas para tal fin, utilizando un instrumento de cribado definido (Guía para el cribado de efectos adversos, adaptada del estudio de Harvard) y la segunda, de evaluación y confirmación de EA, realizada por médicos especialistas en Medicina Interna y en Cirugía General, mediante un Cuestionario Modular para revisión retrospectiva de casos (MRF2) que consta de 5 módulos que exploran diferentes aspectos relacionados con el EA (identificación del EA, descripción del mismo, circunstancias en las que ocurrió, particularidades de las mismas, causalidad y evitabilidad).

3.2.1. Resumen de los Principales Resultados

-
- La incidencia global de EA ligados a la hospitalización (EAh) en la población hospitalizada fue de 6,93%. Por servicio de ingreso, la incidencia en servicios médicos (7,87%) es mayor que en los quirúrgicos (6%).
-
- En el ámbito quirúrgico, la mayoría de EAh están relacionados con complicaciones en la herida (20,45%). En servicios médicos, la principal causa de EAh son los relacionados con reacciones adversas a medicamentos (28,75%).
-
- Las comorbilidades más frecuentes en los pacientes con EAh son de tipo cardiovascular (20,34%), otras comorbilidades (13,98%), y endocrinas (12,29%).
-
- La incidencia mayor de los EAh se produce durante los cuidados en hospitalización (38,35%) y en el procedimiento principal (cirugía y anestesia) (33,08%).
-
- Existen diferencias significativas entre la población con EAh y sin EA según edad, duración de la estancia y presencia de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos. No hay diferencias significativas en cuanto al sexo, el servicio de ingreso ni el tipo de hospital.
-
- La presencia de factores de riesgo intrínsecos o extrínsecos, mayor edad y más duración de la estancia hospitalaria se encontraron relacionadas con la presencia de EAh.
-
- El 53,63% de los EA produjeron una prolongación de la estancia hospitalaria, en forma de prolongación de la misma o de reingresos.
-
- El 39,66% de los EA detectados causaron algún tipo de incapacidad, siendo, por lo general, ésta, una incapacidad social leve.
-
- Los episodios de hospitalización expuestos a EA mostraron un riesgo 7,37 veces mayor de éxitus que los no expuestos a EA.
-

-
- El 25,6% de los EAh identificados en la población a estudio se consideraron evitables, presentándose con mayor frecuencia en mujeres y ocasionando un mayor número de días de hospitalización.
-

3.2.2. Conclusiones

-
- La incidencia de EAh en el SSPA es del 6,93%, con una evitabilidad del 25,6%. La relevancia de estos resultados radica en que se han obtenido a partir de una muestra representativa y se ha desarrollado con una metodología común, que está siendo aplicada a nivel nacional (ENEAS).
 - La incidencia de EA en la literatura oscila entre 2,9% en el estudio de Utah-Colorado (Thomas, 2000) y 16,6% en Australia (Wilson, 1995). Esta variabilidad puede deberse a la diferente amplitud de la definición operativa de EA utilizada en los distintos estudios.
 - La prolongación de la estancia asociada al EA es de 3,9 días adicionales, notablemente inferior a la de estudios anteriores, que imputan al EA entre 6,7 y 8,4 días adicionales de estancia (Classen, 1997).
 - La incidencia de éxitus en los pacientes con EA fue del 8,78 frente al 1,3 en los pacientes sin EA. El análisis de la asociación entre EA y éxitus no permite valorar la relación causal.
 - La tipificación de los EAh es coincidente con resultados anteriores, siendo entre los EA quirúrgicos los más frecuentes, aquellos asociados a infección de la herida quirúrgica, y entre los médicos los asociados al uso de medicamentos.
 - Contamos con un punto de partida sobre el que basar el diseño de estudios futuros en el ámbito de nuestra comunidad, permitiendo evaluar el efecto que, las distintas iniciativas que se desarrollen en materia de seguridad clínica, pueden tener sobre la incidencia de EA, así como, realizar comparaciones de ámbito autonómico, nacional e internacional.
 - Los EA se identifican cumplimentando dos formularios a partir de la información recogida en las historias clínicas, y en ocasiones no toda la información necesaria para identificar y tipificar el EA está disponible en la misma, con lo cual la incidencia obtenida podría estar infravalorada. El estudio encontró un 77,4% de informes adecuados para juzgar un EA. Por su beneficio potencial en múltiples vertientes, deben fomentarse y reconocerse de manera expresa, todas aquellas iniciativas para mejorar la calidad de la información recogida en las historias clínicas, ya que es una de las principales dificultades para este tipo de estudios.
 - La información disponible sobre EA procede clásicamente de los hospitales, por lo que es prioritario diseñar estudios de incidencia de EA en Atención Primaria (AP) a tenor del volumen de actuaciones que se llevan a cabo en este nivel asistencial.
-