

Eventos adversos en el cuidado de enfermería

Enf. Card. Ana Rosa Hernández Cruz,* Enf. Card. Evelia Mendoza Romero,*
EASE Florencia Cabrera Ponce,** Lic. Enf. Carolina Ortega Vargas***

* Jefe de Servicio de Hospitalización Adultos "B".

** Jefe de Servicio del Comité de Control Infecciones Nosocomiales.

*** Jefe de Departamento de Calidad del Cuidado.

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

RESUMEN

En la actualidad, la seguridad en la atención de los pacientes es uno de los aspectos más importantes que requieren revisarse y desarrollarse para establecer un proceso efectivo de garantía de calidad en la atención de enfermería. Para que la seguridad pueda establecerse como un valor necesario en el cuidado de enfermería, es necesario conocer cuáles son las situaciones adversas que pueden presentarse cuando se realiza algún procedimiento de cuidado enfermero, con el fin de evitar o controlar los factores que predisponen a los errores y que atentan contra la seguridad de los pacientes. Como una estrategia para realizar estas acciones se hace necesario crear una base de registros de incidencias en la atención de enfermería que nos permita conocer la prevalencia de los eventos adversos (EA) como una fuente de información continua y eficiente. Que dirija la detección, el análisis y el control de focos rojos como una estrategia de garantía de calidad de los cuidados de enfermería y como premisa de planeamiento de actividades de mejora continua en beneficio de los usuarios externos e internos.

Palabras clave: Eventos adversos, seguridad, enfermería.

ABSTRACT

At present, security in patient attention is one of the most important aspects requiring to be reviewed and developed in order to establish an effective process which may guarantee a quality care in infirmity attention. So as to make it sure that security may be stated as a necessary condition in infirmity attention, it is elementary to know what the adverse developments are and how they might be present when some risky processes of nurse care are undertaken. This is important to reach the aim of avoiding and controlling those factors that could predispose to errors and attempt against patients security. As a strategy to carry out those mentioned procedures, it is necessary to create a data base which may allow us to know the prevalence of adverse events (AE) as a continuous and efficient information source. It would be important that this data base can lead alarm signs detection, their analysis and control, as a strategy of achieving high-quality infirmity cares, as well as a premise for planning lasting improvement activities which could serve to the benefit of external and internal patients.

Key words: Adverse events, security, infirmity.

INTRODUCCIÓN

Un EA se define como un daño o lesión causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente inducido por los profesionales de atención de la salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estadios subyacentes.¹ Una incidencia o un error en el cuidado puede convertirse en un evento adverso

Recibido para publicación: 3 de agosto 2006.

Aceptado para publicación: 18 de agosto 2006.

Dirección para correspondencia:

Enf. Card. Ana Rosa Hernández Cruz

Juan Badiano Núm. 1 Sección XVI Tlalpan, D.F. 14080

Tel. 55 73 29 11 Ext. 1150

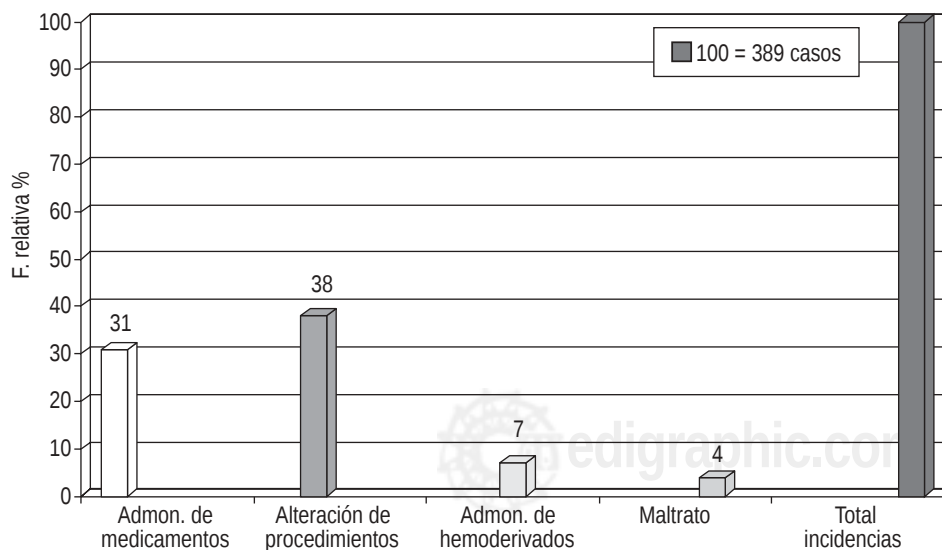
E-mail: carolina.ortega@cardiologia.org.mx

serio, donde se amenaza la vida del usuario y que requiere de hospitalización prolongada como resultado de una incapacidad o invalidez persistente e inclusive contempla una posible defunción como consecuencia del suceso.² Si bien los errores humanos pueden en ocasiones dar origen a fallas graves, existen generalmente factores sistémicos más profundos, que de haberse tratado oportunamente, hubieran evitado una serie de complicaciones en los pacientes, estas complicaciones se consideran también como errores, inseguridad en la atención de los pacientes y EA.³

La mayoría de los EA no se deben a negligencias o falta de información sino que se producen debido a causas latentes en los propios sistemas; lo que determina y provoca los eventos adversos son los factores propios de la organización como: la rutina del servicio, su cultura, el planteamiento de la gestión de la calidad y de la prevención de riesgos, así como la capacidad de sus miembros de aprender de los errores.⁴ El problema de los EA en la atención sanitaria no es nuevo ya que se realizaron estudios en el año 1950 y 1960 pero no se prestó atención a este tema. En 1991 se publicó el Harvard Medical Practice Study que concluyó que un 4% de los pacientes sufren algún tipo de daño en el hospital, el 70% de los eventos adversos provocan una incapacidad temporal, y el 14% de los incidentes son mortales. Posteriormente se realizaron investigaciones en Australia, donde en 1995 se observó una tasa de eventos adversos del 16.6% entre pacientes hospitalizados; Estados Unidos de América reportó que existen 44,000 defunciones cada año por error mé-

dico, siendo este índice mayor que el de los accidentes de automóvil, cáncer de mama o SIDA y la Gran Bretaña en su informe estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones.⁵ En México, de los casos analizados en el año 2002 por la CONAMED el 29% correspondió a asuntos derivados del tratamiento y considerados como desviaciones en la proporción del servicio, que pudieron ser prevenidas; otra de las acciones que se realizan en nuestro país al respecto es la de implementar una encuesta sobre la percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud, la cual sitúa al maltrato como una de las causas de mala calidad en la atención.⁶

En la Séptima Reunión Anual del Foro Europeo de las Asociaciones de Enfermería y la Organización Mundial de la Salud, se enfatizaron puntos importantes en relación a la seguridad de los pacientes, en estos puntos se reconoció que la seguridad del paciente conlleva a un análisis y comprensión de los EA y una estimación real del problema. Esto implica generar una cultura donde las enfermeras puedan informar sobre problemas y errores con el fin de que en sus centros interinstitucionales puedan adoptar políticas y procedimientos con el propósito de reducir la incidencia de riesgos y sus consecuencias.⁷ Esta cultura involucra un cambio de paradigma, el cual consiste en adoptar una actitud más activa dentro del área hospitalaria, colaborando con el resto de las disciplinas sanitarias en el desarrollo de iniciativas dirigidas a la prevención de errores.

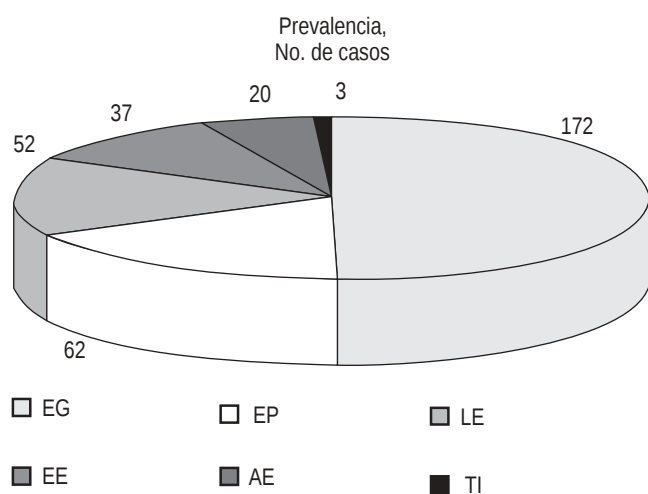


Fuente: Dirección de Enfermería. INCICH. Programa de información y registro de incidencias y desviaciones en el cuidado enfermero. México, 2005.

Figura 1. Frecuencia relativa de incidencias presentadas del año 2000 al año 2004. Jefatura de Calidad del Cuidado.

Un cuidado seguro puede definirse como aquel que además de cumplir con las necesidades y expectativas del paciente, al ser desarrollado alcanza un estado de logro que beneficia en todos los sentidos a la persona que es atendida. Es un aspecto prioritario que dirige la organización y el funcionamiento del sistema y es factor determinante para la calidad de atención, actualmente el cuidado seguro es uno de los puntos medulares en la gestión de los servicios de enfermería y en los programas de calidad que se desarrollan en diversas instituciones. Para proporcionar un cuidado seguro, establecer garantía de calidad y prevenir los errores es necesario establecer un mecanismo de información que permita a los gestores de enfermería determinar la existencia de focos rojos y la posibilidad de controlarlos, disminuirlos o desaparecerlos.⁸ Esto se puede lograr a través de un sistema de información de EA o incidencias en la atención de enfermería y en el desarrollo de procedimientos, como el establecido en la Dirección de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, el cual desde 1995 ha desarrollado este sistema de registro que permita conocer de forma concreta y objetiva la prevalencia de incidencias y EA en la atención de enfermería.

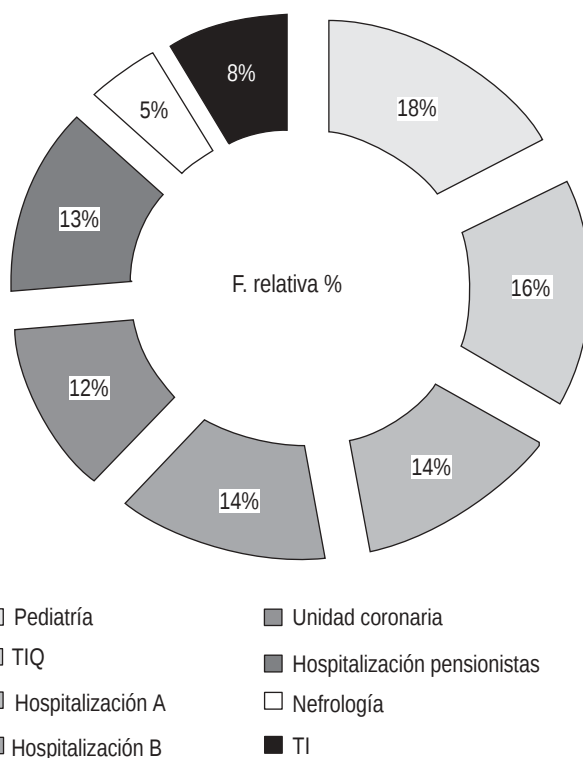
Este sistema de datos ha aportado fundamentos que han permitido tomar diferentes decisiones a la gerencia de enfermería en materia de calidad y de gestión para la calidad, con el fin de validar el sistema y establecer estrategias de mejora continua, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y li-



Fuente: Dirección de Enfermería INCICH. Programa de información y registro de incidencias y desviaciones en el cuidado enfermero. México, 2005.

Figura 2. Frecuencia relativa de incidencias presentadas del año 2000 al año 2004 y su relación con el nivel académico.

neal de los registros obtenidos de enero del año 2000 a diciembre del año 2004, analizando 389 eventos registrados, donde las categorías estudiadas se resumen en frecuencia, porcentaje y medida. Los **resultados** aportaron que de 389 casos registrados el 31.1% corresponden a errores en la administración de medicamentos como causa más frecuente de error, el 38.3% se atribuye a la alteración en el desarrollo de procedimientos de enfermería en general; un 6.94% a error en la administración de hemoderivados y el 3.85% a quejas por maltrato, el 19.73% restante se atribuye a diversas variables que reflejan atención inadecuada (*Figura 1*). En relación al nivel académico se observa que predomina el nivel académico para enfermera general (EG) en 172 casos, pasante de enfermería (EP) 62, licenciada en enfermería (LE) 52, enfermera especialista (EE) 37, auxiliar de enfermería (AE) 20 y técnico en inhaloterapia (TI) 3 (*Figura 2*). Analizando los servicios, se observó mayor frecuencia de inciden-



Fuente: Dirección de Enfermería INCICH. Programa de información y registro de incidencias y desviaciones en el cuidado enfermero. México, 2005.

Figura 3. Frecuencia relativa de incidencias presentadas del año 2000 al año 2004 y su relación con los servicios de atención.

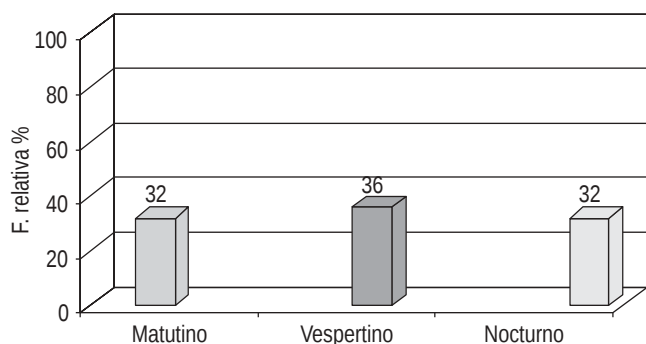
cias en los servicios de cardiopediatría en un 17.48%, terapia intensiva quirúrgica en un 15.93%, hospitalización cardiología adultos "B" en un 14.13%, hospitalización cardiología adultos "A" en un 13.62%, unidad coronaria con un 11.82%, hospitalización pensionistas 13%, terapia intermedia, 7.711%, nefrología 5.39% (Figura 3). Las incidencias se presentaron con mayor frecuencia en el turno vespertino, siguiendo turno nocturno y por último turno matutino, aunque no existe una diferencia significativa entre los tres (Figura 4). En este análisis se consideró que por las consecuencias clínicas y emocionales en los pacientes afectados, el error en la administración de medicamentos constituye un evento de mediano impacto, la desviación en el desarrollo de procedimientos de enfermería un evento de mediano impacto, las alteraciones en la administración de hemoderivados como eventos de alto impacto y las alteraciones en el trato digno de bajo impacto, en ningún caso de los 389 revisados se observaron consecuencias de alto impacto con alteraciones clínicas graves, lo que nos hace inferir que todos fueron detectados a tiempo y corregidos. Se detectó que el factor humano como predeterminante para EA es preponderante, con base a los siguientes factores observados: no verificación de procesos por el personal involucrado, falta la supervisión de personal, carencia o personal insuficiente, personal de mandos medios o administrativo que no apoya con material y equipo para la realización de procesos y cansancio. El mayor número de eventos se relaciona con el cambio de turno y en horas pico, considerando éstas para turno matutino de 10:30 a 12:30 horas, para turno vespertino de 17:00 a 18:00 ho-

ras y para turno nocturno de 01:00 a 3:50 horas (Figura 5).

CONCLUSIONES

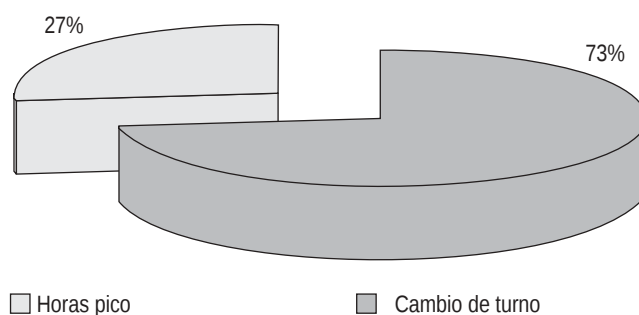
La seguridad en la atención de los pacientes es un aspecto prioritario y tiene implicaciones directas en la calidad de atención. Dentro de los procesos de mejora continua para la atención de los pacientes se debe incluir el desarrollo de una cultura de reporte y registro de errores, incidencias o EA, esta cultura permite prevenir los EA de mediano y alto impacto, sacar a la luz y mitigar sus efectos cuando se producen, para ello se requiere capacidad para aprender de los errores, la cual se adquiere informando aquellos sucesos que se presentan y alteran el desarrollo de nuestros procedimientos, investigando todos los incidentes que se detecten y propiciando un intercambio responsable de datos. También es necesario rastrear las debilidades del sistema que pueden dar lugar a un EA y que ameriten la introducción de mejoras en el propio sistema de prestación de atención sanitaria para que se reconfiguren las estructuras y se reajusten los incentivos de calidad.

El conocer y reportar los eventos adversos es clave para su corrección y para la seguridad en la atención del paciente lo que permite hablar en términos reales de **garantía de calidad en el cuidado de enfermería**. Establecer un sistema donde el personal de enfermería pueda reportar y medir el impacto del EA en el usuario sin buscar culpables, establece un buen inicio en el desarrollo de una cultura de calidad, tan necesaria para los profesionales de enfermería.



Fuente: Dirección de Enfermería.INCICH. Programa de información y registro de incidencias y desviaciones en el cuidado enfermero. México, 2005.

Figura 4. Frecuencia relativa de incidencias presentadas del año 2000 al año 2004 y su relación con los turnos.



Fuente: Dirección de Enfermería.INCICH. Programa de información y registro de incidencias y desviaciones en el cuidado enfermero. México, 2005.

Figura 5. Frecuencia relativa de incidencias presentadas del año 2000 al año 2004 y su relación con horas de mayor frecuencia en incidencias.

REFERENCIAS

1. Comunicado de prensa [en línea]. 29 de Abril del 2002. http://www.inc.ch/matters_ptsafety.htm (consulta en agosto 2005).
2. Instituto Nacional de Salud Cápac Yupanqui 1400, Jesús María Lima Perú [en línea]. Octubre 2000. <http://www.ins.gob.pe/eveensayosclinicos.asp> (consulta en agosto 2005).
3. Gómez RH, Mora GF. *La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia*. Colombia: Biblioteca Jurídica; 2000.
4. Centro de promoción de la Calidad. *Rev Asociación Española de la Calidad* 1997; 2(87): 1-3.
5. Centro de investigaciones epidemiológicas [en línea]. Argentina. Boletín Error en Medicina y Seguridad en la atención de los pacientes, mayo 2004. <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/vigilancia1.asp> (consulta marzo 2005).
6. Tena TC, Juárez DNL. Error y conflicto en el acto médico. *Revista Médica IMSS* 2003; 41(6): 461-463.
7. Colegio Profesional de Enfermería de Valladolid. Séptima Reunión Anual del Foro Europeo de las Asociaciones de Enfermería y Matronas y la Organización Mundial de la Salud [en línea]. <http://www.enfermeriavalladolid.com/modules.php?name=New&file=erticle&cid=33> (consulta septiembre 2005).
8. Ortega VMC et al. *Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería*. México: Editorial Médica Panamericana; 2006.