

Incapacidad de los pacientes por acontecimientos adversos en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalentes

Inability of patients due to adverse events in the Polyvalent Intensive Care Unit

MSc. Zenia Hernández Millán; MSc. Yuliett Mora Pérez; MSc. Ana Belkys Hernández Millán; Msc. Lázaro Roberto Herrera Fragoso

Hospital universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

RESUMEN

Introducción: la seguridad del paciente se basa en la necesidad de contrarrestar los efectos nocivos que tienen los eventos adversos sobre los pacientes.

Objetivo: determinar el impacto de los acontecimientos adversos, en término de incapacidad, que aparecieron en los pacientes en que se reportó dicho incidente adverso.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo prospectivo en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalentes del Hospital Provincial de Cienfuegos durante los meses de febrero-abril 2010. Para determinar la gravedad según categoría y su relación con invalidantes del paciente, se revisó el formulario internacional de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. El universo lo constituyeron los 110 pacientes ingresados en el servicio durante el periodo de estudio.

Resultados: los de mayor prevalencia fueron los de categoría B y C para un total de 28,18 % y 25,45 %, representando los 31 y 28 incidentes comunicados; los de mayor gravedad fueron los incidentes asociados a la vía aérea, el 25,45 %; a pesar de dichos eventos adversos los pacientes no sufrieron invalidantes en términos de incapacidad física.

Conclusiones: se identificó la gravedad de los acontecimientos adversos y se determinó que no hubo invalidantes fatales en los pacientes que participaron en el estudio.

Palabras Clave: incidente; acontecimientos adversos; cuidados intensivos; invalidantes.

ABSTRACT

Introduction: patient safety is based on the need to counter the harmful effects that adverse events on patients.

Objective: To determine the impact of adverse events, in terms of disability, which appeared in patients in whom this adverse event was reported.

Methods: A prospective study was conducted at the Polyvalent Intensive Care Unit of the Provincial Hospital of Cienfuegos during the months of February to April 2010. To determine the severity according to category and disabling the patient regarding the international form of revised Spanish Society of Intensive Care and Coronary Units. The universe was composed of 110 patients admitted to the service during the study period.

Results: The most prevalent were those of category B and C for a total of 28.18% and 25.45%, representing 31 and 28 reported incidents; The most serious incidents were associated with airway, 25.45%; despite these adverse events suffered no crippling patients in terms of disability.

Conclusions: The severity of adverse events were identified and it was determined that there were no fatal disabling in patients enrolled in the study.

Keywords: incident; adverse events; intensive care; disabling.

INTRODUCCIÓN

La cuestión de la seguridad del paciente no es más que la unión de dos palabras, evidencia y seguridad, ellas conforman una gran alianza a favor del paciente, lo cual despierta un enorme interés para enfermería. Existe una gran preocupación en la actualidad por la seguridad del paciente. La Organización Mundial de la Salud lo sitúa como una de las prioridades de salud de las políticas y agendas de los gobiernos de los diferentes Estados miembros. La razón se basa en la necesidad de contrarrestar los efectos nocivos que tienen los eventos adversos sobre los pacientes, sus familias y el sistema sanitario. La Fundación Nacional de Seguridad del Paciente identificó las tres características que definen la seguridad del paciente:

- La seguridad del paciente tiene que ver sobre todo con el evitar y prevenir resultados o lesiones adversas que se originan de los procesos propios del cuidado de la salud.
- La seguridad emerge de la interacción entre los diversos componentes del sistema de cuidado de la salud.
- La seguridad del paciente está relacionada con la "calidad de la atención", pero los dos conceptos no son sinónimos; con mayor motivo se considera que el papel del personal de enfermería es fundamental en esa atención y por supuesto en la detección y prevención de los eventos adversos. Por ese motivo en la asistencia no puede dejarse nada al azar. La comunicación y el trabajo en equipo son esenciales para una asistencia de alta calidad o, lo que es lo mismo, para un cuidado del paciente eficaz y seguro. Los fallos de comunicación son causa suficiente para que el daño al paciente pase inadvertido.¹

En Cuba no existen experiencias de unidades de gestión de riesgos clínicos referente al tema, por lo que sería de mucha importancia el estudio en diferentes instituciones, para hacer extensibles en los próximos años a todo el sistema de salud cubano. Se consideró la necesidad de establecer la prevalencia de los acontecimientos adversos (AA) por las evidencias en las entregas y recibo de enfermería y por la documentación de los procesos en el Servicio de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.

Durante las entregas y recibos de enfermería en la unidad de cuidados intensivos polivalentes del Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, y ante evidencias documentadas en historias clínicas, se han detectado acontecimientos adversos en pacientes ingresados en el servicio. Por tal motivo se decide realizar este trabajo, con el objetivo de determinar el impacto de dichos eventos en términos de incapacidad, presentada en aquellos pacientes en que se reportaron acontecimientos adversos durante el periodo de febrero a abril del 2010.

MÉTODOS

Tipo de Estudio: observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo.

Escenario: Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital Provincial de Cienfuegos.

Periodo que abarcó el estudio: febrero-abril 2010.

Universo: constituido por los 110 pacientes ingresados en el servicio durante el periodo de estudio.

Criterio de Inclusión: todos los pacientes ingresados en la Unidad.

Variables a estudiar : clasificación de los acontecimientos adversos y gravedad de los mismos en el paciente, las cuáles se operacionalizaron por el método establecido.

Las definiciones operativas de las variables pueden consultarse en el [anexo](#).

Recolección de los datos: para la notificación de acontecimientos adversos se utilizó formulario internacional de la Sociedad española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarios (SEMICYUC), para la determinación de las categorías de los acontecimientos adversos se utilizó el existente y validado a nivel internacional. Se cumplimentaron los datos generales del enfermo al que se le asignó un número de identificación. Se entregó un formulario para cada paciente a su ingreso, que fue llenado por personal de enfermería para la notificación de los acontecimientos adversos que ocurrieron en cada paciente, así como la gravedad por categorías de los mismos y la aparición de invalidantes a consecuencia de estos eventos adversos. Los enfermeros responsables cumplimentaron, de forma voluntaria y anónima, los cuestionarios correspondientes.

Procesamiento de la información : los datos se procesaron utilizando el paquete estadístico SPSS (Statistic Package for Social Science, Chicago Illinois, Versión 15.0) y los resultados, para mejor comprensión, se expresaron en tablas y gráficos con números absolutos y por cientos.

Se les comunicó a los pacientes y a sus familiares antes de comenzar la investigación e iniciar la recolección de la información la importancia del estudio; así como su utilidad desde el punto de vista práctico y científico, para obtener de ellos el consentimiento informado, además se le solicitó autorización a la institución para la realización de este estudio.

RESULTADOS

La [tabla 1](#) refleja la gravedad de los acontecimientos adversos según categoría. Los de mayor prevalencia fueron los de categoría B con 31 acontecimientos comunicados (28,18 %) y C, con 28 (25,45%) en los meses del estudio. De igual forma encontramos 12 (10,91 %) acontecimientos adversos que contribuyeron al daño temporal de pacientes y se precisó intervención.

Analizando la [tabla 2](#) de gravedad de los incidentes se ve como los asociados a la vía aérea ocupan el 25,45 % con 28 incidentes, estos alcanzaron al paciente y no le causaron daño, sin embargo 19 de los incidentes reportados asociados a la vía aérea mecánica alcanzaron a pacientes, no siendo causa de daño, pero requirieron monitorización e intervención para comprobar que no le había causado daño. También se mostraron 12 (10,91 %) incidentes asociados a la vía aérea donde los acontecimientos adversos reportados contribuyeron o causaron daño temporal al paciente y se precisó intervención.

En la [tabla 3](#) podemos apreciar que de 110 pacientes solamente 3 sufrieron invalidantes no fatales para su vida representando el 2,72 %.

DISCUSIÓN

Realizando un análisis exhaustivo de la tabla de gravedad de los incidentes adversos, se pudo apreciar que el estudio coincide con el del grupo de trabajo sobre la calidad de la atención hospitalaria de Hospitales para Europa, que estimó que 1 de cada 10 pacientes de los hospitales Europeos sufre daños y efectos adversos ocasionados por los cuidados recibidos.² La preocupación por la seguridad del paciente se convirtió en un problema prioritario tras la publicación del estudio "To Error is Human: Building a Safer Health System"³ en 1999, por el Instituto de Medicina de Estados Unidos. En dicho estudio se estimaba que los "errores médicos" causan entre 44,000 y 98,000 muertes anuales, y sitúa al error médico como una de las causas principales de muerte en ese país. Además, sugiere que ello genera un importante coste económico para los sistemas sanitarios. Por otro lado, los errores asistenciales erosionan la confianza de los enfermos en el sistema, dañan a las instituciones y a los profesionales sanitarios y constituyen una importante fuente de demandas por responsabilidad sanitaria. Finalmente, los AA pueden influir negativamente en la práctica médica, especialmente cuando se asocian a acciones más que a omisiones; así, no todos los errores causan AA ni todos los AA son consecuencia de un error.⁴ Diferentes estudios sugieren que entre el 30 y 40 % de los pacientes no reciben un cuidado según las evidencias científicas actuales. Se estima que en El reino Unido los acontecimientos adversos afectan a un 10 % de admisiones al hospital coincidiendo con datos obtenidos en esta investigación estudio.⁵ En este trabajo se opina que cualquier incidencia puede tener repercusión en estos pacientes, pero los que sufren algún AA tienen mayor probabilidad de morir o sufrir una lesión permanente, según la categoría empleada.

Referente a los resultados obtenidos en la tabla 2 donde se relacionan los incidentes y la categoría según gravedad, se está en total acuerdo con otros estudios. Según los datos del año 2000 del Instituto de Medicina norteamericano, se estima que en el 2,9 % al 3,7 % de las hospitalizaciones ocurren algún AA, que el 8,8 % al 13,6 % de estos conducen a la muerte del paciente y que más de la mitad, son prevenibles.^{6,7}

Por otra parte, la detección de incidentes o errores que no tiene consecuencias para los pacientes es de vital importancia, ya que estos ocurren entre 3 a 300 veces más que los AA, definiendo el modelo de iceberg o pirámide propuesto por Heinrich. Los incidentes constituirían la base de la pirámide en cuya punta se situarían los AA más graves, con riesgo de muerte. Debido a que el proceso causal es común, el análisis y aprendizaje de los incidentes sería extrapolable a los AA. Además, los primeros serían más fáciles de notificar al estar exentos de las barreras psicológicas y del riesgo médico-legal, que en muchas ocasiones limitan la notificación de los AA más graves.⁸⁻

11

Existen, básicamente, dos sistemas diferentes de notificación de los AA. Los sistemas obligatorios o mandatorios, cuyo objetivo es la búsqueda de la responsabilidad de los proveedores y que registran básicamente los AA asociados a lesiones graves o muerte, y los sistemas de notificación voluntaria cuyo objetivo básico es la mejora de la calidad y que analizan tanto los AA como los sucesos que potencialmente podrían derivar en ellos, basándose en que los modelos causales de ambos son similares. Estos últimos han demostrado su eficacia en entornos como la industria aeronáutica y otras similares. De forma general, la notificación voluntaria de los AA es muy baja. Hasta el momento ningún sistema de notificación es capaz de detectar la inmensa mayoría de

incidentes. En los Servicios de Medicina Intensiva, la complejidad y gravedad de los enfermos, las múltiples interacciones entre el paciente y los profesionales, la frecuencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos e invasivos, la utilización de múltiples fármacos, el stress y la fatiga, la necesidad de una comunicación estrecha entre los diferentes profesionales hacen entre otros, que los enfermos críticos se encuentren en un ambiente de alto riesgo para que ocurran AA.^{12,13} Las teorías del error desarrolladas en la industria aeronáutica y otras industrias de alto riesgo sugieren que los errores tienen mayor probabilidad de ocurrir en los sistemas más complejos.¹⁴

Se aprecia que a pesar del número de incidentes y acontecimientos adversos comunicados los pacientes no sufrieron invalidantes en términos de incapacidad física, solamente el 2,72 % padeció de traqueítis por progresión del tubo endotraqueal. Estos resultados no coinciden con otros estudios donde se plantea una mayor incidencia por eventos adversos.

La mayoría de las pruebas disponibles sobre los eventos adversos proceden de los hospitales, porque los riesgos asociados con la atención hospitalaria son altos y las estrategias de mejora están mejor documentadas, y por la enorme importancia que tiene la confianza del paciente. Este fenómeno viene agravado por el actual "deslumbramiento tecnológico", un sentir extendido, en relación a que siempre debe "hacerse todo lo posible" frente al procurar "hacer todo lo necesario y lo adecuado", en palabras de Aibar y Aranaz,¹ lo que favorece el ejercicio de una asistencia sanitaria defensiva que facilita los errores y efectos adversos ligados a la sobreutilización de pruebas diagnósticas y de tratamientos complejos.

Es oportuno mencionar que si estos incidentes no tuvieron una repercusión fatal en los pacientes fue debido al liderazgo, la competencia y el desempeño del personal de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos donde se desarrolló el estudio, ya que los mismos cuando ocurrieron fueron notificados por los enfermeros y no estuvo involucrado el error humano.

Por lo que al culminar el estudio se pudo identificar la gravedad de acontecimientos adversos y se determinó que no hubo invalidantes fatales en los pacientes que participaron en este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit 2006; 20 Suppl 1: 41-7.
2. Martín MC, Ruiz J. Acontecimientos adversos en Medicina Intensiva. Gestionando el riesgo. Med Intensiva 2006; 30: 284-92.
3. Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. BMJ 2004; 328: 199.

4. Beckmann U, Gillies DM, Berenholtz SM, Wu AW, Pronovost P. Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients. An analysis of the reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care Med 2006;30:1508-10.
5. Otero MJ, Alonso P, Maderuelo JA, Ceruelo J, Domínguez-Gil A, Sánchez A. Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan ingreso hospitalario. Farm Hosp 2006;30:161-70.
6. Centro Canadiense de Salud y Seguridad [Internet]. Canadá c 1997-2006. [actualizado 27 Nov 1997; citado 06 Feb-Sep 2009]. Riesgos de Salud; [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.ccsso.ca/ohanswers/ergonomics/mmh/hlth_haz.html
7. Seguridad e higiene del trabajo en los servicios médicos y de salud [monografía en Internet]. [citado 8 Abr 2008]. Disponible en: <http://www.cepis.ops-oms.org/eswww/fulltext/repind61/ectsms/ectsms.html>
8. ISMP. 2004 ISMP Medication Safety Self Assessment® for Hospitals. 2004 [citado 10 Abr 2009]. Disponible en: <http://www.ismp.org/Survey/Hospital/Intro.htm>
9. Pardo R, Jara A, Menchen B, Padilla D, Martín J, Hernández J, et al. Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria. Rev Calidad Asistencial. 2005;20:211-5.
10. Michel P, Aranaz J, Limón R, Requena J. Siguiendo la pista de los efectos adversos: cómo detectarlos. Rev Calidad Asistencial 2005;20:204-10.
11. Aguiló J, Salvador P, García del Caño J, Muñoz C, Garay M, Viciano V. Experiencia en el estudio de efectos adversos en un servicio de cirugía general. Rev Calidad Asistencial 2005;20:185-92.
12. Holzmüller CG, Pronovost PJ, Dickman F, Thompson DA, Wu AW, Lubomski LH, et al. Creating the web-based intensive care unit safety reporting system. J Am Med Inform Assoc 2005;12:130-9.
13. Acontecimientos adversos en el enfermo crítico. XLI Congreso Nacional de la SEMICYUC. XXXII Congreso Nacional de la SEIUC. Pamplona 25-28 de junio 2006.
14. Luján JL, López JA. La convivencia cotidiana con la incertidumbre. 2006 [citado 20 Nov 2008]. Disponible en: <http://www.campus-oei.org/salactsi/cerezolujan.htm>

Recibido: 29 de mayo de 2014.

Aprobado: 7 de febrero de 2015.

MSc. Lic. Zenia Hernández Millán. Licenciada en enfermería. Máster en urgencias médicas. Especialista de primer grado en enfermería intensiva y emergencias. Profesor asistente. E-mail: zenia.hernandez@gal.sld.cu