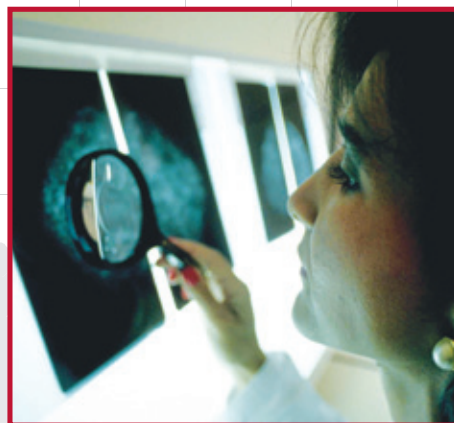


IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica

Hacia una atención hospitalaria más segura



WHO/IER/PSP/2010.3

© Organización Mundial de la Salud, 2010

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica

Hacia una atención hospitalaria más segura

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

RESEARCH

Better knowledge for safer care

TABLA DE CONTENIDOS

Prólogo	1
Introducción	2
El estudio IBEAS en Latinoamérica	4
Principales resultados del estudio IBEAS	5
¿Qué repercusiones tuvieron?	7
Conclusiones y recomendaciones	8
¿Cómo se hizo el estudio IBEAS?	9
Agradecimientos	10

PRÓLOGO

Cada año decenas de millones de pacientes de todo el mundo sufren daño o fallecen como consecuencia de una atención sanitaria no segura. En distintos lugares del mundo se está realizando un esfuerzo organizado para conocer cuáles son los principales riesgos de la atención de la salud; identificar sus causas y desarrollar y poner en práctica soluciones efectivas a esos problemas. Conocer la realidad es el primer paso para diseñar soluciones dirigidas a prevenir los riesgos y a disminuir la carga de enfermedad asociada a incidentes involuntarios en los cuidados de salud. El Proyecto IBEAS ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para conocer la magnitud de los problemas que pueden ocurrir en los hospitales como resultado de la atención. Se ha tratado de un esfuerzo valiente que reconoce la complejidad del sector y que realza el compromiso de sus líderes con la salud y el bienestar de sus pacientes.

El conjunto de hospitales que han decidido, de manera coordinada, colaborar en el proyecto IBEAS está demostrando con ello su compromiso firme por avanzar hacia una mayor seguridad en la atención y por la mejora de sus sistemas de salud. La tarea desarrollada en este proyecto ha sido de gran magnitud e importancia. Se ha establecido un modelo colaborativo en el que han participado 58 centros y equipos de investigadores de **Argentina, Costa Rica, Colombia, México y Perú**, bajo el liderazgo de sus respectivos Ministerios de Salud. Se ha fortalecido con ello una masa crítica de profesionales cualificados en seguridad del paciente de enorme importancia para el futuro del sector en América Latina.

El liderazgo técnico de los expertos investigadores, bajo el patrocinio de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social español, ha contribuido a establecer sinergias a ambos lados del Atlántico en materia de seguridad del paciente en base a las experiencias previas desarrolladas en España. La colaboración auspiciada por las organizaciones Panamericana y Mundial de la Salud sugiere un modelo para nuevos proyectos internacionales. El movimiento político, social e institucional generado alrededor de IBEAS es significativo y nos gustaría creer que ya es imparable. En estas páginas, se presentan los principales resultados del proyecto IBEAS. En ellas se señalan algunos riesgos cuya prevención contribuirá a mejorar la seguridad de los pacientes. Sus lecciones y mensajes clave son válidos más allá de sus fronteras y por ello representan un modelo y guía para otros lugares del mundo. Enhorabuena a todos los actores que han contribuido a construir este proyecto.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'David Bates'.

Dr David Bates

Asesor Principal de la OMS para Investigación en Seguridad del Paciente

INTRODUCCIÓN

Cada año, decenas de millones de pacientes en todo el mundo sufren lesiones o mueren como consecuencia de unos cuidados médicos no seguros.



A pesar de que la intención de los servicios de salud es prevenir o curar enfermedades, en demasiadas ocasiones la atención sanitaria causa daño a sus usuarios. Algunas infecciones, lesiones producidas por intervenciones médicas, amputaciones de órganos o miembros equivocados, intoxicaciones o incluso la muerte por la utilización de dosis equivocadas de un fármaco, se deben a incidentes o eventos adversos ocurridos en la atención sanitaria.

Detrás de dichos incidentes se encuentra sufrimiento, discapacidad y en muchos casos vidas devastadas, además de la enorme cantidad de recursos económicos gastados en hospitalizaciones prolongadas y atención innecesaria, pérdida de ganancias y de la credibilidad del sistema de salud.

La mayoría del conocimiento actual sobre como evitar estos incidentes y mejorar la atención insegura procede de los países más avanzados. Es imperativo ampliar este conocimiento para desvelar cuál es la realidad en los países con economías emergentes como primer paso para poner soluciones.

El Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), es el primer estudio sobre incidentes que causan daño en la asistencia sanitaria que se realiza a gran escala en Latinoamérica. La ausencia de estudios previos en el ámbito latinoamericano supone un difícil reto, pero a la vez pone de relieve la trascendencia del Estudio IBEAS como primer paso necesario para avanzar en la seguridad de los pacientes.



Algunas razones para pensar en la seguridad del paciente

- **Se estima que uno de cada diez pacientes** hospitalizado sufrirá un incidente que le provocará daño durante su estancia. Esta cifra, estudiada en países con economías medias y altas, no se conoce aún en países con economías emergentes, pero se piensa que en éstos la magnitud del problema puede ser aún mayor.
- Según estimaciones realizadas, en un día cualquiera, **1,4 millones de personas** están sufriendo en el mundo alguna **infección contraída en el entorno sanitario**.
- En algunos países, **uno de cada diez ingresos** en el hospital es debido a **reacciones adversas a medicamentos**.
- Lo que es más grave es que alrededor de **la mitad de los incidentes que provocan daño podrían haberse evitado** con los estándares actuales de cuidados sanitarios. A veces con **pequeños gestos**, tales como el lavado de las manos o la utilización sistemática de una hoja de verificación, se puede contribuir a salvar muchas vidas.
- Los incidentes que causan daño pueden tener consecuencias muy negativas para los pacientes que los sufren: además del **daño físico y moral**, las lesiones pueden producir bajas laborales temporales, permanentes o incluso, en algunos casos extremos, su **muerte**.
- En **algunos países** se ha calculado que ocasionan **un coste económico anual de varios miles de millones de dólares**, debido a que estos incidentes, además de producir bajas laborales, aumentan los días extra en el hospital y hacen que se consuman muchos más recursos (más medicación, más intervenciones quirúrgicas, más pruebas diagnósticas, más cuidados en general).
- Por todo ello, la falta de seguridad en la atención es considerada hoy en día como **un problema de salud pública mundial** y, como tal, se deben dedicar todos los esfuerzos posibles para luchar contra este problema.
- Todas las personas y entidades que de un modo u otro tienen que velar por los cuidados de los pacientes (no sólo **el personal sanitario**, sino también **las personas con responsabilidad en la gestión y en la autoridad sanitaria**) son esenciales para que se establezca una cultura de seguridad.
- Los propios pacientes, **adecuadamente informados**, pueden también ayudar a mejorar su seguridad.



La falta de seguridad en la atención es considerada hoy en día como un problema de salud pública mundial.

El estudio IBEAS en Latinoamérica

El objetivo principal del Estudio IBEAS consistía en valorar cuál es la situación de la seguridad del paciente en algunos hospitales de Latinoamérica.



Con este estudio se buscaba

- Obtener una primera visión sobre la **magnitud** del problema
- Estudiar qué **tipos** de incidentes dañinos se producían con mayor frecuencia, **cómo eran de graves, en qué momento se producían y cuál había sido su causa más probable**
- Analizar **en qué medida los incidentes que causaron daño se podrían haber evitado** y cuáles eran los **factores determinantes**

Hablar de Latinoamérica es hablar de diversidad cultural y geográfica pero a la vez de unos condicionantes comunes. Por tanto, para tener una mejor idea de la situación, era necesario realizar un estudio en varios países y a gran escala. En concreto, la investigación se realizó en **58 centros hospitalarios (11379 pacientes)** pertenecientes a los siguientes **5 países**: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú.

Estos cinco países han tenido la valentía de participar, sabiendo que expondrían, a la vista de todos, posibles defectos de sus centros hospitalarios.

Pero lo más importante para los centros que han participado es que esta experiencia les ha convertido en pioneros en la integración de una cultura de seguridad de los pacientes. Una cultura que, tal como se pudo comprobar, se empezaba a producir ya desde el primer momento de empezar el estudio y tenía lugar a través de dos vías principales:

1. Los trabajadores de los centros, al saber que se estaba realizando esta investigación, tendían a tener mayor preocupación por las consecuencias de su trabajo en la seguridad de los pacientes.
2. El mero hecho de investigar permitía desvelar áreas de mejora con lo que ponía a estos hospitales en la línea de salida hacia mayores cotas de seguridad.

Principales resultados del estudio IBEAS

¿De qué estamos hablando? magnitud del problema

- **10 de cada 100 pacientes ingresados en un día determinado** en los hospitales estudiados habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios (Resultado del estudio de prevalencia, ver “Cómo se realizó el estudio IBEAS”)
- Este riesgo se duplicaba si considerábamos todo el tiempo en que el paciente estuvo hospitalizado. De modo que 20 de cada 100 pacientes ingresados presentaron al menos un incidente dañino a lo largo de su estancia en el hospital. (Resultado del estudio de incidencia, ver “Cómo se realizó el estudio IBEAS”).

Uno de cada diez pacientes ingresados presentaban, en el día del estudio, las consecuencias de un incidente en la atención sanitaria.



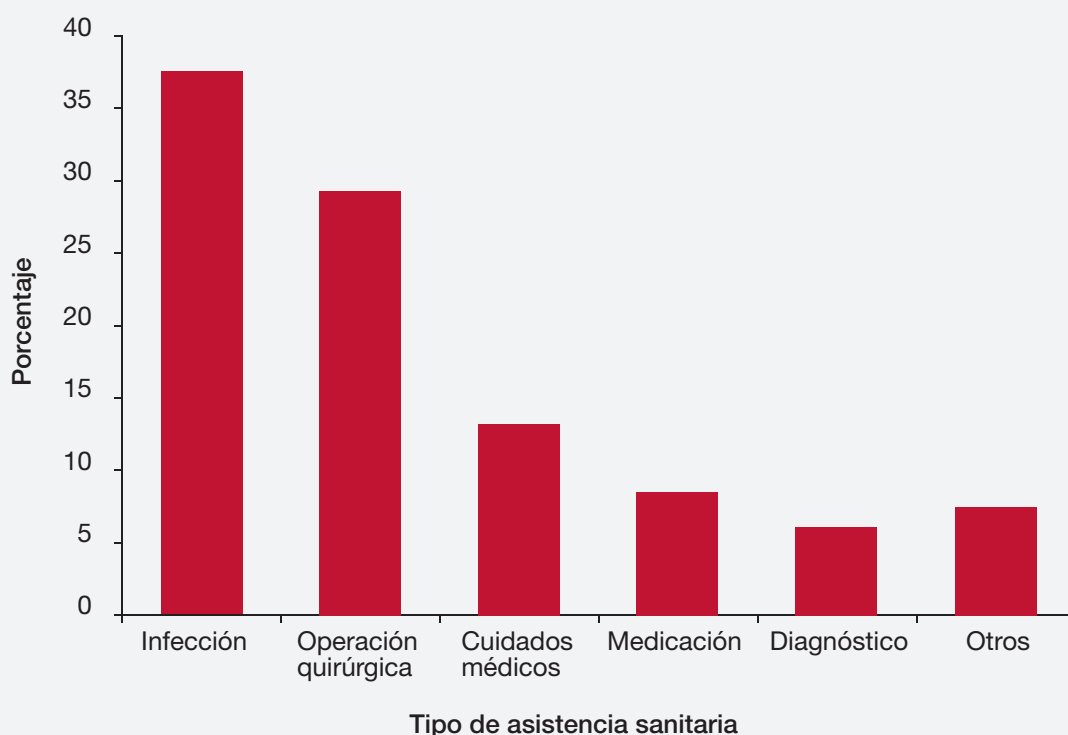
¿Qué factores influyeron en la aparición de los incidentes que causaron daño?

- El servicio en el que estaba ingresado el paciente (mayor frecuencia en las Unidades de Tratamiento Intensivo, y en los servicios de cirugía; menor en los servicios médicos)
- El tiempo que llevaba hospitalizado (cada día suponía un riesgo mayor)
- Si el paciente sufría más de una enfermedad (cuanto mayor era el número de enfermedades o condiciones, mayor era el riesgo de sufrir incidentes)
- La presencia de factores de riesgo tales como cateterización y otras “vías” de entrada.

¿Cuáles fueron las 10 lesiones más frecuentes asociadas a los incidentes?

1. Neumonía	7. Consecuencias en la salud debido al retraso en el diagnóstico o a un diagnóstico erróneo
2. Infección de una herida quirúrgica	8. Lesión de un órgano debida a una intervención o un procedimiento médico
3. Úlceras por presión (por inmovilización)	9. Hemorragia o hematoma debido a una intervención o un procedimiento médico
4. Sepsis y shock séptico	10. Invasión bacteriana de la sangre, debido a algún dispositivo por ejemplo, un catéter).
5. Necesidad de cuidado en la Unidad de Tratamiento Intensivo	
6. Flebitis	

Figura 1.



¿Qué repercusiones tuvieron?

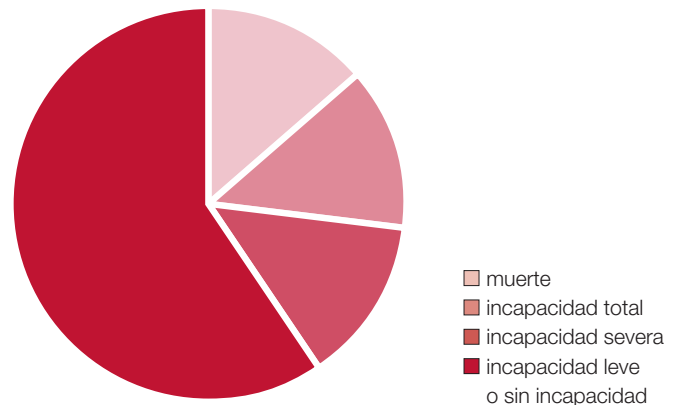


Más de la mitad de los incidentes que causaron daño podrían haberse evitado.

Figura 2. Secuelas físicas de los incidentes
Efectos en el estado físico del paciente

En el estado físico del paciente:

- De cada 100 pacientes que sufrieron incidentes dañinos,
- **7 murieron** (2 como consecuencia directa del incidente y 5 por la suma del incidente con otras condiciones)
 - **17 quedaron con una incapacidad total**
 - **12 con una incapacidad severa** y
 - **64 con incapacidades leves o sin incapacidad**



En los días extra en el hospital:

- De cada 100 incidentes dañinos, 63 alargaron la estancia en el hospital, 18 dieron lugar a un reingreso y sólo 19 no tuvieron efectos sobre los días de estancia en el hospital
- De media, **los incidentes que causaron daño aumentaron la estancia en el hospital más de 16 días por paciente** (una variación entre países que va desde 13 a 19 días).

¿Podrían haberse evitado?

- **De cada 10 incidentes debidos a los cuidados sanitarios que produjeron daño, casi 6 podrían haberse evitado.** La proporción de incidentes dañinos evitables era mayor en los servicios de obstetricia y los servicios médicos.

Conclusiones y recomendaciones

¿Qué sabemos ahora?

- El Estudio IBEAS ha permitido disponer, por primera vez, de una estimación sobre la magnitud en algunos hospitales pioneros de Latinoamérica, del problema de seguridad del paciente o daños producidos como consecuencia de los cuidados hospitalarios.
- Sabemos ahora que estamos ante un problema de salud pública muy grave de los sistemas sanitarios.

¿Y ahora qué? ¿Qué podemos hacer?

Ante la gravedad de este problema, nuestro objetivo tiene que ser mejorar la seguridad de los pacientes, pero para ello tenemos que diseñar y llevar a cabo estrategias de control de los incidentes. Para diseñar éstas debemos conocer aún con más detalle la situación. En otras palabras, necesitamos **investigar para conocer, conocer para actuar y actuar para mejorar la seguridad del paciente.**

En concreto:

1. Dar a conocer el problema de la atención sanitaria insegura y sensibilizar a los actores de la salud para mejorar la seguridad del paciente
2. Diseñar estrategias específicas encaminadas a la mejora en la seguridad basadas en los resultados obtenidos en el Estudio IBEAS. Los resultados han mostrado áreas donde los problemas parecen ser más frecuentes y que serían susceptibles de mejora
3. Prestar especial atención a las personas mas vulnerables, tales como los pacientes con patologías múltiples, y a los menores de 1 año y los mayores de 65
4. Recomendar políticas sanitarias que favorezcan la seguridad del paciente
5. Fomentar una cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los gestores de la salud
6. Seguir investigando para conocer, conocer para actuar y actuar para mejorar la seguridad del paciente. El mero hecho de participar en este tipo de estudios aumenta la cultura de la seguridad (no sólo entre los investigadores, sino entre el resto de los profesionales).

Investigar para conocer, conocer para actuar y actuar para mejorar la seguridad del paciente.



¿Cómo se hizo el estudio IBEAS?

El Estudio IBEAS utilizó un **doble diseño**, incluyendo un **estudio de prevalencia** y un análisis de incidencia retrospectivo.

- En concreto, el estudio de prevalencia consistió en determinar, entre todos los pacientes ingresados en un día determinado (DIA 0) en los hospitales que participaron en la investigación, cuántos presentaban eventos adversos atribuibles a la asistencia sanitaria
- El **estudio de incidencia** consistió en la revisión de las historias clínicas de una muestra al azar de un 10% de los pacientes hospitalizados el DIA 0 en los centros participantes. En los historiales médicos se buscó si en algún momento de su ingreso en el hospital (o previamente) habían sufrido daño debido a incidentes en la atención sanitaria, independientemente de si las consecuencias del incidente estaban aún presentes en el DIA 0 y se siguió al paciente hasta su alta.

Los estudios de incidencia exigen un mayor esfuerzo humano y económico que los de prevalencia.



En ambos estudios, para detectar los incidentes los investigadores se ayudaron de dos herramientas: la Guía de Cribado (**GC**) y el Cuestionario Modular para la identificación de eventos adversos mediante la Revisión de Historias Clínicas (**CM**).

- En primer lugar, se pasaba la GC a los pacientes en estudio. Ésta servía como sistema de alerta o rastreo de posibles incidentes dañinos
- Si un paciente daba positivo en uno o más de los 19 criterios de alerta de la GC, se estudiaba su caso mediante el CM. Este permitía un estudio en profundidad de las historias clínicas evaluando si realmente era cierto que el paciente presentaba las consecuencias de un incidente (verdadero positivo) y, en este caso, caracterizando el tipo de incidente, su gravedad, los factores asociados, si era o no evitable a juicio del revisor, etc.

Lógicamente, **lo habitual es que el estudio de incidencia detecte proporcionalmente muchos más incidentes dañinos que el de prevalencia**, pues investiga toda la estancia del paciente en el hospital y es capaz de detectar más muertes y lesiones de corta duración. **Sin embargo exige un mayor esfuerzo** humano y económico que el estudio de prevalencia.

Datos básicos de las muestras estudiadas

- Se realizó entre el 2007 y el 2009
- 5 países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú
- 58 centros hospitalarios
- 11379 pacientes estudiados en el análisis de prevalencia (el total de los pacientes ingresados el día del estudio, DIA 0)
- 1088 pacientes estudiados en el análisis de incidencia (una muestra al azar del 10% de los pacientes ingresados el día del estudio de prevalencia, DIA 0).

Agradecimientos

El Estudio Iberoamericano de eventos adversos (IBEAS), se ha producido gracias al esfuerzo colaborativo de los gobiernos de los 5 países latinoamericanos participantes, Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España quien contribuyó a su financiación. Los profesores Jesús Aranaz y Carlos Aibar de las Universidades Miguel Hernández y de Zaragoza dirigieron los equipos técnicos que realizaron el estudio. Los doctores Analía Amarilla, Raúl Francisco Restrepo, Orlando Urroz, Odet Sarabia, Fresia Cárdenas y Luis García Corcuera a su vez coordinaron los respectivos equipos nacionales que participaron en IBEAS. Cerca de mil personas se formaron en los aspectos técnicos y participaron desde sus respectivos hospitales y grupos de coordinación a nivel local y nacional aportando los datos necesarios para el estudio. Yolanda Agra y Enrique Terol desde el Ministerio de Sanidad de España, Jonás Gonseth desde la Organización Panamericana de Salud y en colaboración con las oficinas locales de dicha organización e Itziar Larizgoitia de la Organización Mundial de la Salud impulsaron y coordinaron el estudio a nivel global. Este documentado ha sido redactado por Gemma Revuelta del Observatorio de Comunicación Científica de la Universidad Pompeu Fabra.





**Organización
Mundial de la Salud**

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

RESEARCH

Better knowledge for safer care