



# **SESION PLENARIA EVENTOS ADVERSOS**

**III JORNADA NACIONAL DE SACAS**

**Dra. Nélica Fernández Busso**

**2004**

Fundación  
**ISALUD**

*Marketing y Calidad de la Atención Médica*

Director :Arturo Schweinger

**Grupo de Estudio sobre Eventos adversos**

Coordinador: Dante Graña

■ Integrantes:

- Graciela Alaluf
- Nélide Busso
- Natalia Garozzo
- Mónica Insua
- Ricardo Otero
- Alfredo Vidal

# **Experiencia en Hospital Pediátrico de Alta Complejidad**

## *Programa de Garantía de Calidad*

### **TRES EJES**

- Evaluación del desempeño asistencial
- Evaluación de los procesos gerenciales
- Evaluación de la aceptabilidad social

# Estudio de Pacientes Fallecidos

## ■ Procesos evaluados :

### ■ *Diagnóstico*

- Adecuación de estudios

### ■ *Terapéuticos*

- Corrección del tratamiento clínico /quirúrgico

## ■ Resultados evaluados

### ■ *Complicaciones*

- Esperables
- No esperables

### ■ *Evitabilidad*

- Prevenible
- No prevenible

## ■ Evaluación final de la atención

### ■ Atención correcta

### ■ Atención discutible

### ■ Atención inadecuada

# Estudio en pacientes fallecidos

Fuente :Hospital de Pediatría

<i>Atención</i>	<i>Correcta:</i> %	<i>Discutible:</i> %	<i>P</i>
<b>Complicaciones:</b>			
Esperables	56,4	29,6	<0,0005
No esperables	5,5	63,0	
<b>Tratamiento:</b>			
Adecuado	100	33,3	<0,0005
No adecuado	0	66,7	
<b>Elaboración y Síntesis médicas</b>			
SI	81,8	29,6	<0,0005
NO	18,2	70,4	

# Estudio en pacientes fallecidos

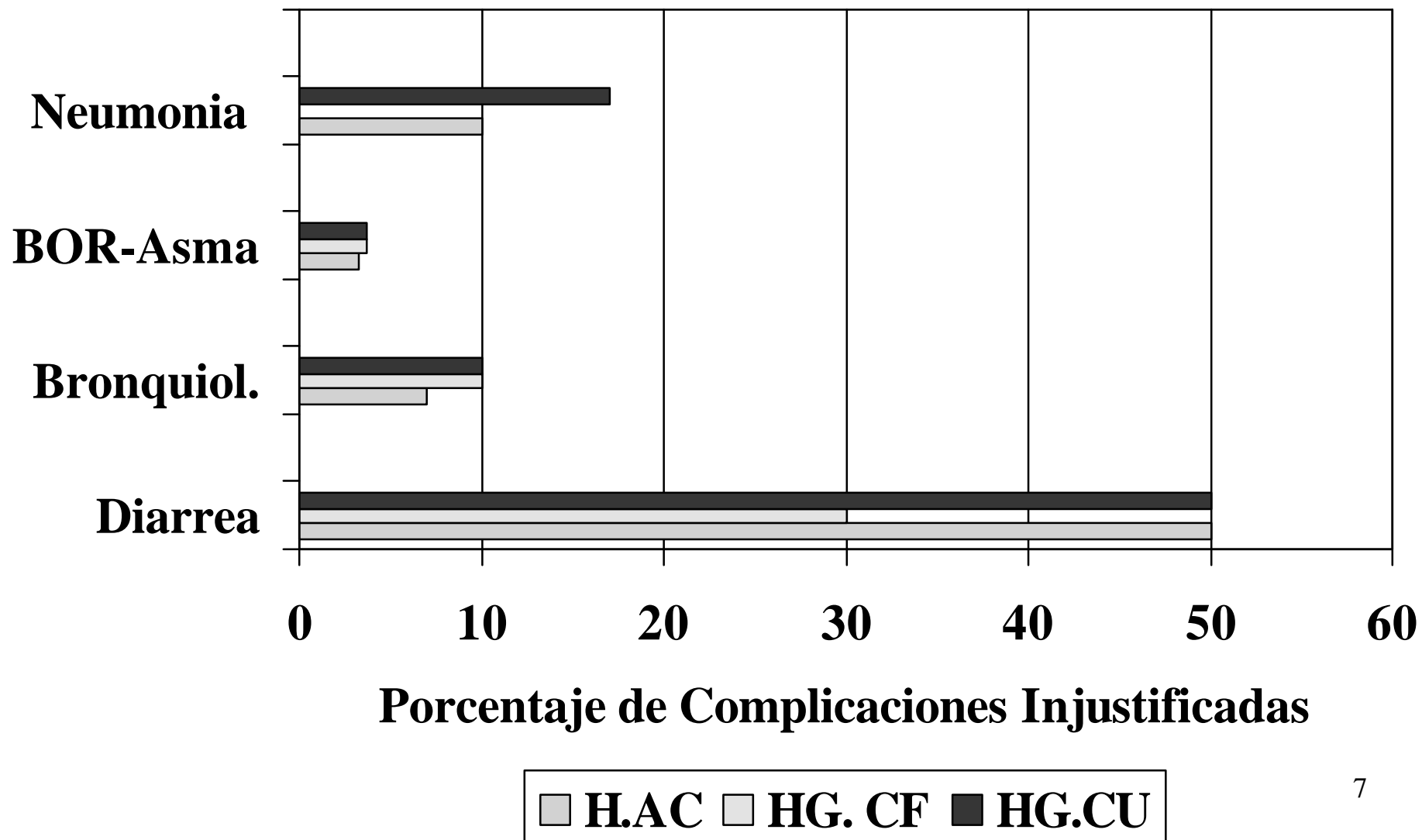
## Relación entre complicación y muerte

<b>Complicación</b>	<b>Causa %</b>	<b>Contribuyó %</b>	<b>No %</b>	<b>Total %</b>
<b>Esperable</b>	23,2 ↓	58,9 ↓	17,9 ↓	100
<b>No esperable</b>	35,0	65,0	0	100
<b>Total</b>	27,1	61,0	17,9	100

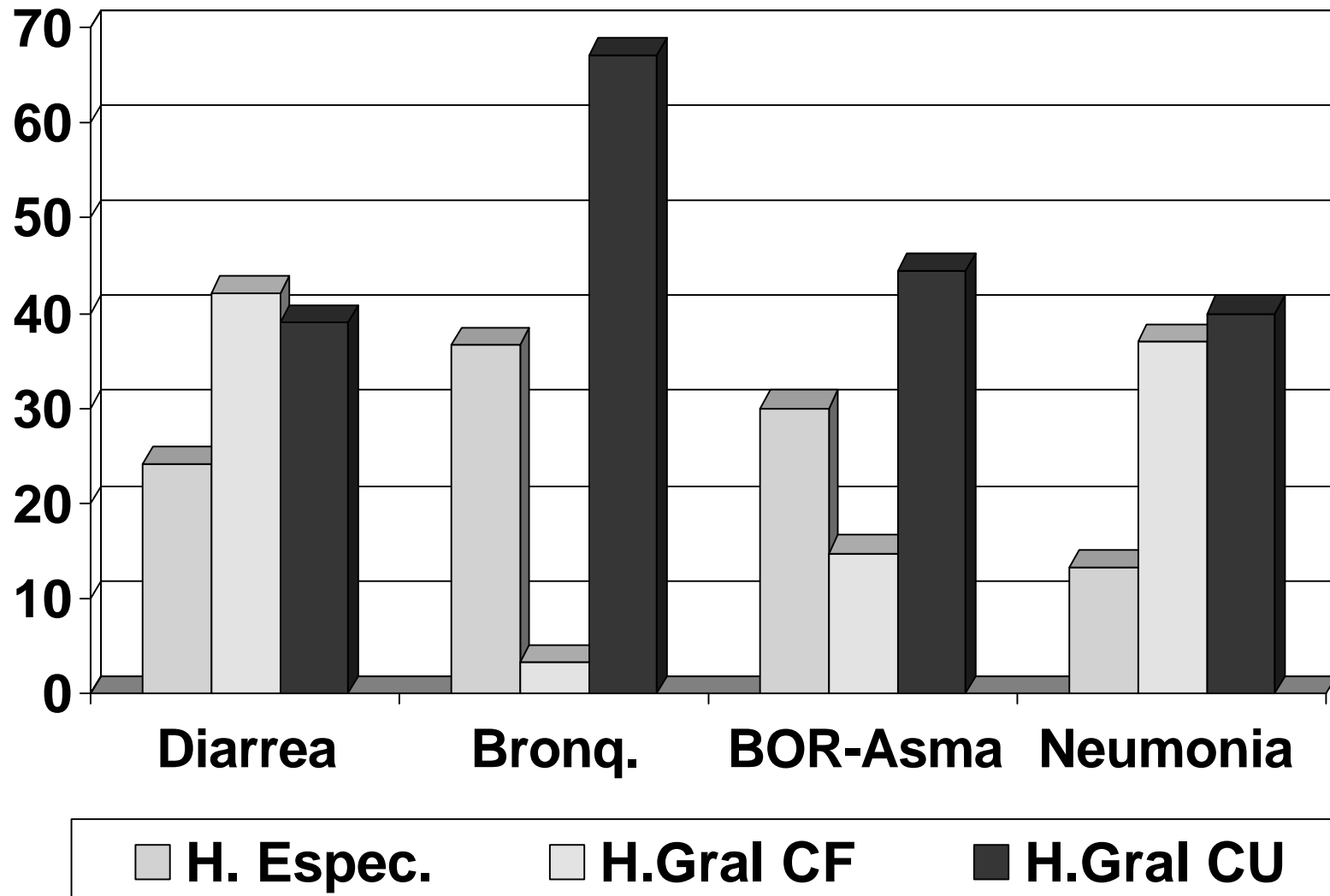
Fuente: Hospital de Pediatría

# Estudio colaborativo OPS: Chile -Argentina 1994

## Metodología de Trazadoras



# Porcentaje de tratamientos inadecuados en internación



# Estudios internacionales recientes sobre errores en pediatría : Pediatrics y JAMA (2001-2003)

- *Han aumentado las publicaciones a partir del Informe del IOM*
- *Pero aún son menos conocido y estudiados que en adultos.*
  - Sin embargo son importantes porque:
- *Algunos estudios demostrarían que la magnitud de los errores es superior a la de los adultos.*
- *En otros se afirma que si bien es similar a la de los adultos tienen mayor posibilidad de causar daños.*

# Patient Safety Events During Pediatric Hospitalizations

*Miller M, et al. Pediatrics 2003*

## Datos estadísticos del Proyecto de Utilización y Costos de 1997 (AHRQ) Indicadores de Seguridad de Pacientes para cirugías programadas

- ❑ *3.8 millones de egresos de < 19 años de 22 estados EEUU. Códigos de ICD-9-CM.*
- ❑ *Tasas entre 0.2 a 154.0 por 10000. Mayores: “traumas de nacimiento” “infecciones posquirúrgicas y “accidentes obstétricos”*
- ❑ *Excepto trauma asociadas a: gravedad de enfermedad y a instituciones hispánicas urbanas. “Trauma” asociado con cuestiones étnicas: negros e hispanos*
- ❑ *Comparando con los informes con y sin eventos se encontró: Aumento del tiempo de estadía, mortalidad y costos en eventos*

# **Hospital-Reported Medical Errors in Children**

*Slonim A, et al, Pediatrics 2003*

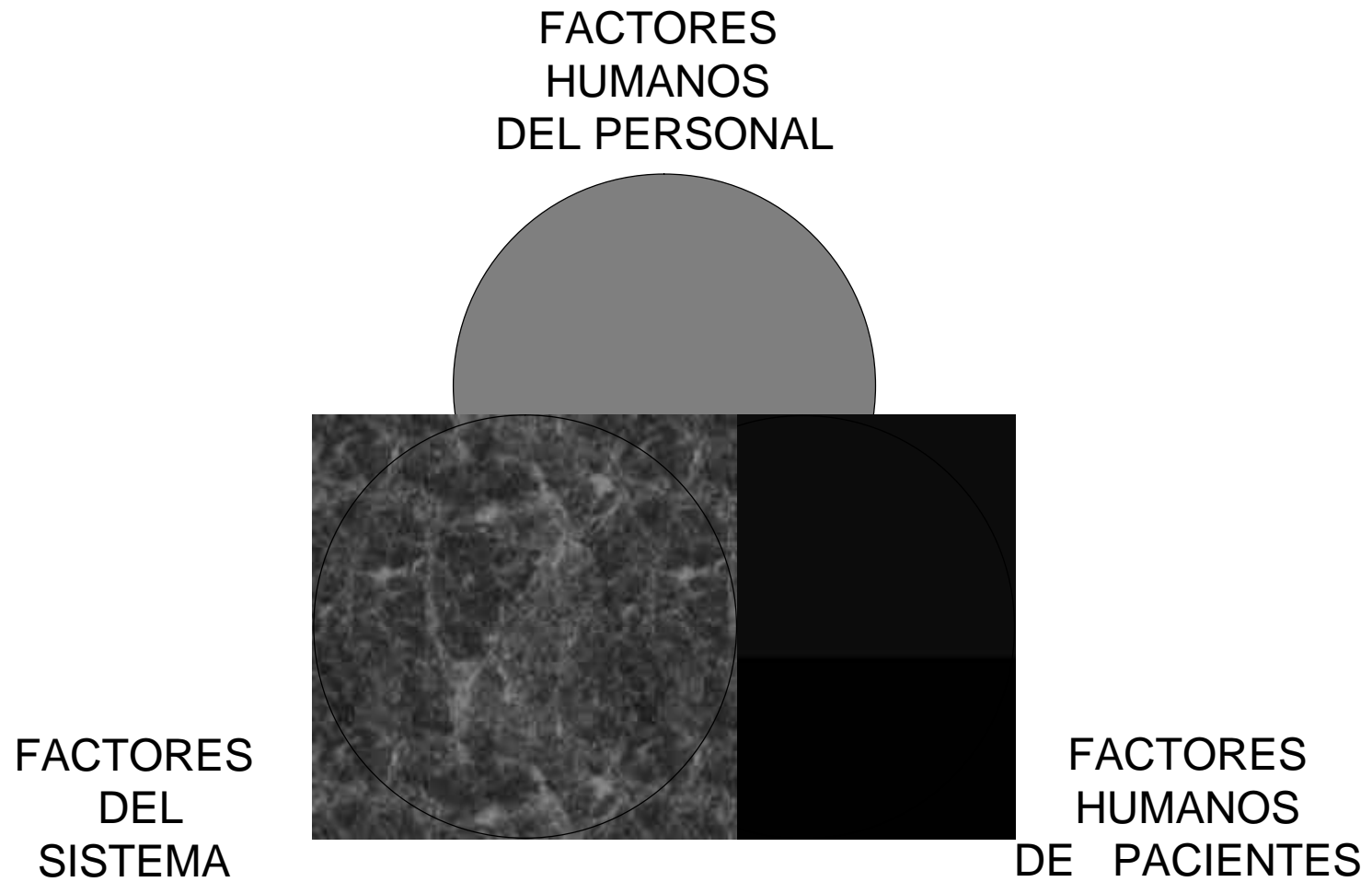
- *Elaboración de los datos entre 1988, 1991 1994 y 1997 del AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)*
- *La tasa nacional de errores en niños hospitalizados varía entre 1,81 a 2.96 por % registros y estadísticamente menores en 1988*
- *No hubo diferencias significativas por género, raza, cobertura, pero si por ingresos familiares.*
- *Niños con necesidades médicas especiales o con dependencia tecnológica tuvieron tasas mas altas*

# Abordaje epidemiológico de las causas y soluciones.

*“el problema de los errores es una real epidemia de la actualidad”* Eisemberg (AHRQ)

- Notificación
- Vigilancia o monitoreo
- Triada multicausal

# ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO DE CAUSAS Y SOLUCIONES



# Hay muchos errores y clasificaciones ..

## Errores humanos activos:

*“Son los que cometen las personas que están en contacto directo con el paciente y que combinados con fallas latentes del sistema u organización pueden resultar en un accidente.”*

<b>Etapa cognitiva</b>	<b>Tipo de error</b>
Planificación	<b>Equivocación</b>
Almacenamiento	<b>Lapsus</b>
Ejecución	<b>Desliz</b>

# Pero.....

- No solo los profesionales y el equipo asistencial directo tiene responsabilidad
- Los administradores, gerentes, planificadores, sanitaristas, calicistas, autoridades
  - **Errores de políticas sanitarias**
  - **Errores de organización y gerencia**
- Los investigadores: **errores éticos** (*ensayos temerarios* )

**La seguridad de los pacientes  
es asunto de todos**