

Metodologías utilizadas en la asistencia sanitaria para la detección de efectos adversos

Methods used in healthcare for detecting adverse events

Sr. Director:

La seguridad en la asistencia sanitaria es un requisito de calidad asistencial. En el año 1991, el *Harvard Medical Practice Study* estimó una incidencia de efectos adversos en pacientes hospitalizados del 3,7%¹. Otros estudios internacionales estiman una incidencia entre el 2 y el 16%^{2,3}. Sin embargo, la incidencia de efectos adversos en Atención Primaria no está suficientemente documentada, pese a que es en este nivel donde se produce el mayor número de actuaciones sanitarias. Se estima que en Estados Unidos anualmente se producen aproximadamente 75.000 hospitalizaciones derivadas de efectos adversos ocurridos en Atención Primaria⁴. En el año 2008, se publicó en España el estudio nacional sobre efectos adversos en Atención Primaria, en el que se recoge una prevalencia del 10,11%⁵.

Además de conocer la incidencia para elaborar estrategias de prevención, es necesario conocer las diferentes metodologías empleadas, las ventajas e inconvenientes, y utilizar en cada trabajo la más adecuada.

La metodología más utilizada es, además de la notificación voluntaria, la revisión manual de historias clínicas mediante estudios retrospectivos. Una de las ventajas de este método es la posibilidad de identificar el eslabón de la cadena asistencial donde ocurre el error, siempre que la información esté bien recogida. Asimismo, permite conocer el carácter evitable de los efectos adversos. Entre las desventajas se incluye el coste asociado de los recursos humanos y económicos necesarios, lo cual conlleva la necesidad de seleccionar una muestra representativa de las historias.

Otra manera de identificar los efectos adversos es a partir de la historia clínica informatizada, puesto que muchos centros sanitarios la utilizan. Los datos de los informes de alta se recogen en soporte informático en una base de datos clínico-administrativa, el Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD), la cual utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para la codificación de diagnósticos. Con este método, además de una reducción de costes en personal y tiempo, se pueden analizar muestras grandes de población. Conviene tener en cuenta, que si nos basamos en datos informáticos para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria, los datos deben estar bien recogidos. Con este objetivo, Librero analizó informes de altas hospitalarias mediante indicadores de calidad y observó que el CMBD contenía escasos errores en variables administrativas, pero sí existían deficiencias en la información clínica⁶. Por tanto, este es un punto que necesariamente debe mejorarse.

Otro método de detección de efectos adversos son los indicadores de alerta, también conocidos con el término inglés *triggers*. Son una herramienta electrónica que avisa

sobre la posible existencia de efectos adversos a partir de los informes médicos, pruebas de laboratorio, medicaciones, etc. que se encuentran en soporte informático. Una vez detectado el efecto adverso, el programa avisa del mismo mediante una señal y posteriormente se ha de confirmar mediante la revisión manual de la historia clínica. La combinación de señales de alerta junto con la revisión manual permite una actuación rápida, por lo que en algunos casos el efecto adverso se puede evitar. Sin embargo, no todos los hospitales disponen de las herramientas informáticas adecuadas y además, cada alerta debe ser investigada para confirmar su validez, por lo que también se precisa de importantes recursos humanos y económicos.

En conclusión, en el momento actual no existe ningún método ideal para la detección de los efectos adversos ni en la Atención Primaria ni en la especializada. Probablemente la combinación de varias metodologías sería el modelo más eficaz. Es necesario fomentar la investigación en este campo, continuar elaborando estrategias de mejora en aquellas áreas que presentan mayor incidencia de efectos adversos y que el personal sanitario reciba formación en seguridad del paciente.

Bibliografía

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Result of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324:370–6.
2. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav E, Zeena T, Williams E, et al. Incidence and types of adverse events and negligent in Utah y Colorado. *Med Care*. 2000;38:261–71.
3. Aranaz JM. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. Informe Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc-sp2.pdf>.
4. Woods DM, Thomas EJ, Holl JL, Weiss KB, Brennan TA. Ambulatory care adverse events and presentable adverse events leading to a hospital admission. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:113–27.
5. Aranaz JM. *Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
6. Librero J. Análisis automatizado de la calidad del conjunto mínimo de datos básicos. Implicaciones para los sistemas de ajuste de riesgo. *Gac Sanit*. 1998;12:9–21.

María Cristina Rodríguez-Díez^{a,*},
María Teresa Díaz Navarraz^{a,1},
Susana Aramburu^b y María Seguí-Gómez^a

^a Centro Europeo de Prevención de Lesiones (ECIP),
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública,
Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^b Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra
España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: cristinard@unav.es
(M.C. Rodríguez-Díez).

¹ Fallecida.

doi:10.1016/j.aprim.2010.07.004