

Revisión teórica de las clasificaciones de los eventos adversos

“Theoretical review of classifications of adverse events”

Lombo-Caicedo, Jadith Cristina

Enfermera, Magister en Enfermería. Profesora Asistente de Cátedra. Universidad del Tolima. Ibagué, Colombia E-mail: jclomboc@unal.edu.co

Recibido:	01	02	2013	Revisado:	05	03	2013
Corregido:	15	04	2013	Aceptado:	20	05	2013

Estilo de referencias: Vancouver X APA 6 Harvard ICONTEC

RESUMEN:

Este artículo resume las clasificaciones de los eventos adversos en todo el mundo. Es el resultado de la revisión de los estudios SYREC (Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico), IBEAS (Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos), ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización), JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente publicado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2009, entre otros. Las clasificaciones han sido construidas desde diversos enfoques por cada autor. No son excluyentes y pueden modificarse, ampliarse o integrarse según que los investigadores en el futuro lo decidan. Pero son útiles y su aplicación protege al enfermo.

Palabra clave: Clasificación, Paciente Seguro.

ABSTRACT

This article summarizes the classifications of adverse events worldwide. It results from the review of studies SYREC (Safety and Risk in Critically Ill), IBEAS (Iberoamerican Adverse Event Study), ENEAS (National Study of Adverse Events related to hospitalization), JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), the Framework for the International Classification for Patient Safety published by World Health Organization in 2009, among others. The rankings are built from different approaches by each author. They are not exclusive and may be

modified, extended or integrated according to researchers in the future to decide. But they are useful and protects the patient application.

Key Words: *Classification, Patient Safety.*

INTRODUCCIÓN

Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2002 con relación a la calidad de la atención y seguridad del paciente propone que: «Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente, pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran AE (Eventos Adversos), efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia [1]. Estima que a escala mundial cada año decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. Se conoce mucho menos acerca de la carga de la atención insegura en entornos diferentes de los hospitales, donde se presta la mayor parte de los servicios de atención sanitaria del mundo. Es importante tener presente que se sabe muy poco sobre la magnitud de las lesiones producidas por la atención insegura en los países en desarrollo, y que éstas pueden ser superiores a las de los países desarrollados debido a limitaciones de infraestructura, tecnología y recursos humanos. Por ejemplo, cada año en el mundo se administran 16 000 millones de inyecciones, en su mayor parte con fines terapéuticos. De ese total, el 40% se administra con jeringas y agujas reutilizadas no esterilizadas, y en algunos países la proporción asciende hasta un 70%. Cada año, las inyecciones administradas sin las suficientes precauciones de seguridad causan 1,3 millones de defunciones y la pérdida de aproximadamente 26 millones de años de vida, principalmente debido a la transmisión por vía sanguínea de virus tales como los de las hepatitis B y C y el VIH.

La carga económica ocasionada por la atención dispensada sin las suficientes precauciones de seguridad también es abrumadora. La atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año. El costo anual generado por las inyecciones administradas sin precauciones de seguridad se estima en US\$ 535 millones en gastos médicos directos. La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo”[2].

La seguridad del paciente se define dentro del contexto de calidad planteada por Donabedian y en concordancia con los objetivos de la calidad en la asistencia sanitaria como la ausencia de riesgo o daño potencial en los resultados asociados con la atención sanitaria y se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objetivo de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la atención en salud o de mitigar sus consecuencias[3].

En las unidades de cuidado intensivo, la complejidad y gravedad de los enfermos, las múltiples interacciones entre el enfermo y los profesionales[4], la frecuencia de procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos e invasivos, la utilización de muchos fármacos, la mayoría de ellos endovenosos[5][6], el estrés, la fatiga y la necesidad de una comunicación estrecha entre los diferentes profesionales permiten que los enfermos críticos estén en un ambiente de alto riesgo para que ocurran los EA[7].

El estudio SYREC(Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico)[8], publicado en el año 2009, identificó que la posibilidad de que ocurra un EA se incrementa entre un 8% y un 26% por cada día de estancia en las unidades de cuidado intensivo[9][10].La mayoría de los estudios han evaluado el impacto de los EA y han medido la posibilidad de prevención de los mismos. Son escasos los estudios que utilizan una escala de gravedad[11][12]y la mayor parte, no disponen de instrumentos para una valoración objetiva y claramente definida de los Eventos Adversos. JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)en el año 2005,el estudio SYREC y el IBEAS(Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos),la OMS (Organización Mundial de la Salud) en el 2009, establecieron clases y subclases para los Eventos adversos.

La posibilidad de prevención de los EAes del 45%, en el estudio de Rothschild [13]En el año 2000, se realizó un estudio en Colorado,[14]Estados Unidos, con 1133 historias clínicas y se determinó que el 70%de los eventos adversos eran prevenibles, 6% potencialmente prevenibles, 24 % no prevenibles. En Colombia en el año 2011 un reporte realizado por la Universidad Nacional[15] refiere que lo eventos adversos son prevenibles en el 60% de las veces.

Esta revisión de la literatura identifica las clasificaciones y subclasificaciones teóricas establecidas por diferentes Autores con respecto a los eventos Adversos.

CLASIFICACION DE LOS PRINCIPALES CONCEPTOS

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó un grupo para el desarrollo de la taxonomía internacional denominada Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP). Algunos de los términos contenidos en el siguiente cuadro fueron desarrollados por el grupo delCISP.

CLASIFICACIÓN	Organización de los conceptos en las clases y sus subdivisiones vinculados de manera que expresen las relaciones semánticas entre ellos
PACIENTE	Beneficiario de la asistencia sanitaria
SEGURIDAD	Ausencia de peligro
ASISTENCIA EN SALUD	Servicios recibidos por individuos o por comunidades para promover, mantener, vigilar o restaurar la salud
ATENCIÓN EN SALUD SEGURA	Atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias
EVENTO ADVERSO	Lesión o daño no intencional que se le causa a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles
EVENTO ADVERSO PREVENIBLE	Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado
EVENTO ADVERSO	Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado

NO PREVENIBLE	asistencial
DAÑO	Quebranto, perjuicio, menoscabo, a la estructura o función del cuerpo. Incluye la enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte
DAÑO ASOCIADO CON EL CUIDADO DE LA SALUD	Los daños que surjan en relación con los planes o acciones tomadas durante la atención en salud, sin relación con enfermedades o lesión de base
EVENTO CENTINELA	Es un tipo de evento adverso en donde está presente la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento o un cambio permanente de estilo de vida
INCIDENTE	Es un evento que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención
RIESGO	Probabilidad de ocurrencia de un incidente
PELIGRO	Circunstancia agente o acción que pudiera causar daño
COMPLICACIÓN	Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente
ERROR	Falla en la finalización de una acción planificada o la aplicación de un plan incorrecto
FACTOR CONTRIBUTUYENTE	Circunstancia, acción o influencia que participa en el origen o en el desarrollo de un incidente o que aumenta su riesgo
FALLA DEL SISTEMA	Falla mal funcionamiento o deficiencia orgánica en los métodos o procesos operacionales o en la infraestructura de la organización
REACCION ADVERSA	Los daños ocasionados por una acción inesperada justificada, en la que se siguió el procedimiento correcto para el contexto en que ocurrió el evento

Fuente:[16]MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA, Paquetes Instruccionales Guía Técnica “Buenas Practicas Para La Seguridad Del Paciente en las Instituciones de Salud”,2009.P.16,17.

[17]Runciman W, Hibbert P, Thomson R ,Van Der S, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms.International Journal for Quality in Health Care 2009; Volume 21, Number 1: pp. 18 –26

CLASIFICACION DE LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS POR GRAVEDAD

Para clasificar la gravedad de los incidentes y los EA un grupo de investigación de España[18], “Ruiz-Jarabo” contempló 9 categorías que miden si el error alcanzó a afectar al paciente. Así, de la Aa la C se consideran ISD (Incidentes Sin Daño), aquella situación con capacidad de producir un incidente, pero que no llega al paciente y de la D a la I, Evento Adverso; en la categoría I, el EA que causó o contribuyó a la muerte del paciente. Esta clasificación fue retomada en el estudio SYREC.

Categoría A: circunstancias o situaciones con capacidad de producir un incidente pero que no llegan a producirlo por ser descubiertas y solucionadas antes de llegar al paciente.

Categoría B: el incidente alcanzó al paciente y no le causó daño. No requirió monitorización ni intervención.

Categoría C: el incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no le había causado daño.

Categoría D: el incidente causó un daño imposible de determinar.

Categoría E: el incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención.

Categoría F: el incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización.

Categoría G: el incidente contribuyó o causó daño permanente al paciente.

Categoría H: el incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida.

Categoría I: el incidente contribuyó o causó la muerte del paciente.

CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES DE LOS EVENTOS ADVERSOS.

Diferentes autores y estudios[19][20][21][22][23] clasifican los factores contribuyentes para la ocurrencia de eventos adversos y establecen que en la medida en que éstos se conozcan, se podrá estudiar y disminuir la carga de los mismos dentro del contexto sanitario. La siguiente clasificación es propuesta y empleada en el estudio SYREC.

1. FACTORES INDIVIDUALES DEL PROFESIONAL IMPLICADO EN EL ISDO EN EL EA	▪ Aspectos físicos	
	▪ Salud general	
	▪ Discapacidades físicas	
	▪ Fatiga	
	▪ Aspectos psicológicos	
	▪ Estrés	
	▪ Impedimentos mentales	
	▪ Motivación	
	▪ Factores cognitivos	
	▪ Problemas domésticos / Tipo de vida	
	2. FACTORES DE EQUIPO Y SOCIALES	▪ Congruencia de rol
		▪ Roles no claramente definidos
		▪ Liderazgo
3. FACTORES DE COMUNICACIÓN	▪ No hay liderazgo efectivo	
	▪ Comunicación verbal	
	▪ Órdenes / indicaciones verbales ambiguas	
	▪ Órdenes dirigidas a la(s) persona(s) no adecuada(s)	
	▪ Comunicación escrita	
4. FACTORES LIGADOS A TAREA	▪ Problemas en la comprensión de los informes / órdenes escritas	
	▪ Dificultad para acceder a los datos del paciente	
	▪ Ausencia de guías, protocolos, procedimientos y políticas no actualizadas, disponibles ni accesibles	
	▪ No adhesión a protocolos	
	▪ Ayudas en la toma de decisiones	
	▪ No disponibilidad de ayudas externas (libros, revistas, material on-line, etc.)	
	▪ No acceso a especialistas y personal con mayor experiencia	
	▪ Pruebas complementarias	
	▪ Resultados erróneos recibidos de pruebas complementarias	
	▪ No disponibilidad de las pruebas complementarias adecuadas	
5. FACTORES LIGADOS A FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO	▪ Competencia	
	▪ Falta de conocimientos adecuados	
	▪ Falta de habilidades adecuadas	
	▪ Falta de experiencia	
	▪ Supervisión	
▪ Falta de supervisión adecuada		

6. FACTORES LIGADOS A EQUIPAMIENTO Y RECURSOS	▪ Falta de disponibilidad de consultores
	▪ Aparatos
	▪ Falta de conocimiento del aparataje
	▪ No disponibilidad de manuales
	▪ Controles poco claros
	▪ Nuevo equipo
	▪ Integridad
	▪ Funcionamiento incorrecto
	▪ Especificaciones de seguridad no efectivas
	▪ Programa de mantenimiento inadecuado
7. CONDICIONES DE TRABAJO	▪ Situación incorrecta para el uso
	▪ Almacenamiento inadecuado
	▪ Factores administrativos
	▪ Falta de eficiencia en general de los sistemas de admisión
	▪ Dificultad para la obtención de datos médicos previos
	▪ Diseño del entorno físico
	▪ Deficiencias en el diseño de áreas de trabajo: sillas de ordenador, altura de las mesas, pantallas anti-reflejos, pantallas de seguridad, botones antipánico, situación de archivadores, lugares de almacenamiento, etc.
	▪ Deficiencias en el diseño del área del paciente: longitud, forma, visibilidad, espacioso, estrecho.
	▪ Entorno
	▪ Mala limpieza
	▪ Mala temperatura
	▪ Mala iluminación
	▪ Nivel de ruido elevado
	▪ Plantilla
	▪ Falta de habilidades
	▪ Razón personal / paciente deficiente
	▪ Excesivas cargas de trabajo
	▪ Falta de liderazgo
▪ Uso de personal temporal	
8. FACTORES DE LOS PACIENTES	▪ Carga de trabajo / horas de trabajo
	▪ Fatiga ligada a turnos de trabajo
	▪ Descanso insuficiente entre horas de trabajo
	▪ Tareas ajenas
	▪ Tiempo
	▪ Presión de tiempo
	▪ Condición clínica
	▪ Complejidad de la condición
	▪ Gravedad de la condición
	▪ Factores sociales
	▪ Cultura / creencia religiosa
	▪ Forma de vida (tabaco/alcohol/drogas/dieta...)
	▪ Idioma
	▪ Factores mentales y psicológicos
▪ Estrés (presión familiar, financiera, ...)	
▪ Presencia de desorden mental	
▪ Alteraciones del comportamiento	
▪ Relaciones interpersonales	
▪ Mala interacción personal a paciente y paciente a personal	
▪ Mala relación paciente a paciente	
▪ Mala relación entre familia – parientes, padres, hijos	

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. En: Informe SYREC.2009,P.144.

Otra clasificación establecida dentro de los aspecto teóricos es la realizada en un estudio[24] realizado en 1995.En este estudio pusieron un observador al lado de la cama del paciente para observar a los clínicos en áreas médico-quirúrgicas en un hospital

universitario en Israel. Los clínicos cometieron 554 errores a lo largo de 4 meses o 1,7 errores por paciente por día y establecieron esta clasificación:

Tipos de errores:

- Errores por omisión
- Errores por comisión
- Relación omisión/comisión: 2/1

Quienes generan más errores:

- Profesionales con menos experiencia
- Profesionales que recién se incorporan a equipos de trabajo
- Profesionales que incorporan técnicas nuevas y necesitan superar la curva de aprendizaje

Dónde se producen más errores:

- En servicios de emergencias
- En áreas quirúrgicas y de anestesia
- En cirugías cardiovasculares, neurocirugías y cirugía vascular

En quienes es más frecuente:

- En mayores de 64 años
- En pacientes con patologías más severas
- En enfermedades que requieren atención urgente
- En el uso de intervenciones que podrían salvar vidas
- En la duración de la exposición al sistema de atención médica

El error médico puede ocurrir en tres condiciones: por la realización de acciones innecesarias, por la ejecución inadecuada de maniobras útiles y necesarias, o por la omisión de intervenciones benéficas, lo que se ha denominado sobreutilización, mala utilización y subutilización. Los dos primeros incluirían los errores de comisión y el último los de omisión[25].

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS POR GRUPOS Y SUBGRUPOS

Los eventos adversos se describen dependiendo de las áreas en las cuales se presentan, las características del paciente, el nivel de complejidad de la enfermedad y las características de los equipos de trabajo, según lo descrito hasta ahora por algunos autores de la OMS[26], el estudio SYREC y los estudios IBEAS Y ENEAS.

CLASIFICACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN LA OMS

ADMINISTRACION CLINICA	Proceso/servicio erróneo
	No se hizo cuando estaba indicado
	Incompleto/inadecuado
	No disponible
	Paciente erróneo

CLASIFICACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN LA OMS

DOCUMENTACION	Documento ausente o no disponible
	Demora en el acceso al documento
	Documento para un paciente erróneo o documento erróneo
	Documentación Información del documento poco clara/ambigua/ilegible/incompleta

CLASIFICACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN LA OMS

PROCESO/PROCEDIMIENTO CLÍNICO	No se hizo cuando estaba indicado
	Parte/lado/lugar del cuerpo erróneo
	Incompleto/inadecuado
	Paciente erróneo
	Proceso/tratamiento/procedimiento erróneo
No disponible	

CLASIFICACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN LA OMS

INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN SANITARIA	Torrente sanguíneo
	Sitio quirúrgico
	Absceso
	Neumonía
	Cánulas intravasculares
	Prótesis/sitio infectado
	Sonda/drenaje urinario
Tejidos blandos	

CLASIFICACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN LA OMS

SANGRE/PRODUCTOS SANGUÍNEOS	Paciente erróneo
	Sangre/producto sanguíneo erróneo
	Dosis o frecuencia errónea
	Condiciones de conservación inadecuadas
	Omisión de medicamento
	Cantidad errónea
	Sangre/producto sanguíneo caducado
	Información/instrucciones de dispensación erróneas

CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL ESTUDIO SYREC

EVETOS RELACIONADOS CON LOS PROCEDIMIENTOS	Retraso evitable en el inicio
	Procedimiento inadecuado
	Preparación inadecuado para el procedimiento
	Fallo en el equipo
	Monitorización inadecuada
	Daño inadvertido de un órgano
	Sangrado

CLASIFICACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL ESTUDIO SYREC

INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN SANITARIA	Neumonía asociada a la ventilación mecánica
	Bacteremia asociada a catéter
	Infección del tracto urinario asociado a sonda uretral

CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL ESTUDIO SYREC

EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y HEMODERIVADOS

Revisión teórica de la clasificación de los eventos adversos...



CLASIFICACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN LA OMS	
MEDICACION / LIQUIDOS	Paciente erróneo
	Medicamento erróneo
	Dosis o frecuencia errónea
	Forma galénica o presentación errónea
	Vía errónea
	Cantidad errónea
	Información/instrucciones de dispensación erróneas
	Contraindicación
	Condiciones de conservación Inadecuadas
	Omisión de medicamento o de dosis
	Medicamento caducado
	Reacción adversa al medicamento

CLASIFICACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN LA OMS	
NUTRICION	Paciente erróneo
	Dieta errónea
	Cantidad errónea
	Frecuencia errónea
	Consistencia errónea
	Condiciones de conservación inadecuadas

CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN LA OMS	
DISPOSITIVOS MEDICOS	Presentación/envasado deficiente
	Falta de disponibilidad
	Inadecuación a la tarea
	Avería/mal funcionamiento
	Desplazamiento/conexión incorrecta/retirada
	Error del usuario

CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL ESTUDIO SYREC	
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA MEDICACION	Error en la prescripción
	Error en la transcripción
	Error en la dispensación
	Error en la preparación
	Error en la administración
	Error en la monitorización

CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL ESTUDIO SYREC	
RELACIONADOS CON LA VIA AEREA Y VENTILACIÓN MECANICA	Obstrucción de la vía aérea
	Extubación no programada
	Reintubación
	Barotrauma relacionado con la ventilación mecánica
	Desconexión accidental de la ventilación mecánica
	Progresión del tubo oro traqueal Broncoaspiración

CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL ESTUDIO SYREC	
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS ACCESOS VASCULARES , SONDAS, TUBOS, DRENAJES Y SENSORES	Retirada no programada
	Desconexión o apertura no programada

Fuente: WHO/IER/PSP/2010.2.Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.2009.



CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL ESTUDIO SYREC

RELACIONADOS CON UN APARATO O EQUIPO MEDICO	Falla en el suministro eléctrico
	Falla en el suministro de gases medicinales
	Falla en el suministro de vacío
	Mal funcionamiento del aparato
	Mal uso de alarmas
	Alarmas no adaptadas específicamente para cada enfermo
	Alarma no atendida por el profesional
Alarma no conectada	

CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL ESTUDIO SYREC

RELACIONADOS CON PRUEBAS DIAGNOSTICAS(RADIOLOGIA,LABORATORIO,ENDOSCOPIA,NEUROFISIOLOGIA)	No identificadas
	Mala identificación de la prueba
	Retraso en la ejecución
	Retraso en el resultado
	Resultado erróneo
	Identificación errónea en el resultado
Complicación propia de la prueba	

CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL ESTUDIO SYREC

RELACIONADOS CON ERROR DIAGNOSTICO	Relacionada con el enfoque médico incorrecto
	No disponibilidad o retraso de medios diagnósticos adecuados
	Mala interpretación de los resultados y pruebas complementarias
	Solicitud de pruebas complementarias equivocadas

CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL ESTUDIO SYREC

RELACIONADOS CON CIRUGIA	Hemorragia asociada a procedimiento
	Lesión de víscera
	Cuerpo extraño
	Dehiscencia de sutura
	Infección de herida quirúrgica
	Reintervenciónsin relación con lo anterior

CLASIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN EL ESTUDIO SYREC

RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS	Caídas
	Inmovilización
	Ulceras por presión
	No aplicación de los cuidados indicados, los cuidados pactados no se han administrado de forma correcta

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. En: Informe SYREC.2009,P.144

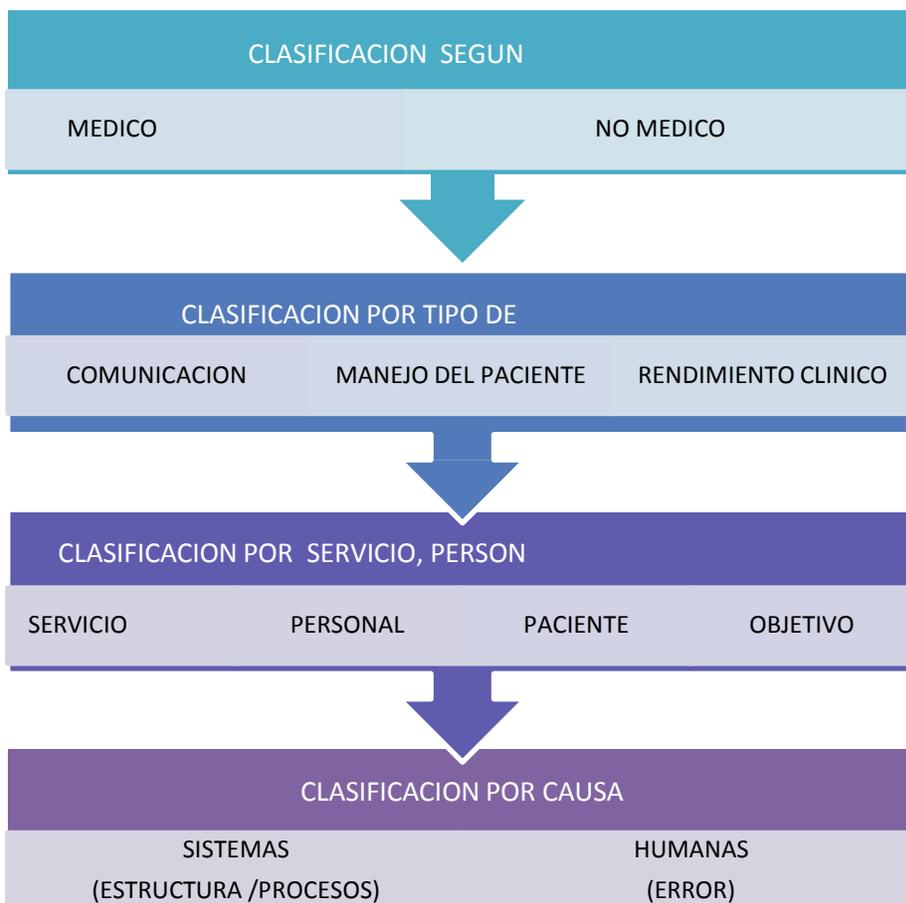
Clasificación de los eventos adversos según el estudio IBEAS Y ENEAS

PRINCIPALES GRUPOS DE EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS SEGÚN EL ESTUDIO IBEAS Y ENEAS	
GRUPO CUIDADOS	TIPO DE EA
	Úlcera por presión
	Quemaduras, erosiones y contusiones (incluyendo fracturas consecuentes)
	EAP e insuficiencia respiratoria
	Otras consecuencias de la inmovilización prolongada
	Otros relacionados con los cuidados
MEDICACIÓN	Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación
	Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos
	Otros efectos secundarios de fármacos
	Mal control de la glucemia
	Hemorragia por anticoagulación
	Hemorragia digestiva alta
	Retraso en el tratamiento
	Alteraciones neurológicas por fármacos
	Hipotensión por fármacos
	Tratamiento médico ineficaz
	Otros relacionados con la medicación
INFECCIÓN NOSOCOMIAL	Infección de herida quirúrgica
	Infección nosocomial del tracto urinario
	Otro tipo de infección nosocomial o infección nosocomial sin especificar
	Sepsis y choque séptico
	Neumonía nosocomial
	Bacteriemia asociada a dispositivo
	Otros relacionados con infección nosocomial
PROCEDIMIENTO	Hemorragia o hematoma relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento
	Lesión en un órgano durante un procedimiento
	Otras complicaciones tras intervención quirúrgica o procedimiento
	Intervención quirúrgica ineficaz o incompleta
	Desgarro uterino
	Neumotórax
	Suspensión de la intervención quirúrgica
	Dehiscencia de suturas
	Adherencias y alteraciones funcionales tras intervención quirúrgica
	Complicaciones neonatales por parto
	Flebitis
	Otros relacionados con un procedimiento
DIAGNÓSTICO	Retraso en el diagnóstico
	Error diagnóstico
	Otros relacionados con el diagnóstico

Fuente: ARANAZ, Andrés JesúsMaría et al. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005. Informe Febrero de 2006 [en línea]. Disponible en Internet: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
 ARANAZ, Jesus y AIBAR, Carlos. Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latino América. IBEAS. 2009 [en línea]. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Disponible en Internet: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf

CLASIFICACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS SEGÚN LA JOINT COMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATION

La JointCommissiononAccreditation of HealthcareOrganizations (JCAHO)[27], en el año 2005 realizólala siguiente clasificación de los eventos adversos:



FUENTE: Chang A, Schyve P, Croteau R, O’leary D AND Loeb J. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *International Journal for Quality in Health Care* 2005; Volume 17, Number 2: pp. 95–105.

Las diferentes clasificaciones de los eventos adversos en grupos y subgrupos buscan ser claras para permitir que los sistemas de salud establezcan un lenguaje común para referirse a los eventos, identificarlos, medirlos, compararlos y procurar disminuir su ocurrencia.

Los eventos adversos podrían a futuro enumerarse de manera general para todo el entorno asistencial y de manera específica para cada servicio interviniente. Un listado así, permitiría advertir el riesgo y limitar la ocurrencia. Se hace necesario desarrollar investigación en tal sentido en:

- Unidades de cuidado intensivo generales y especializadas
- Salas de cirugía generales y especializadas

- Salas de parto
- Salas de hemodinamia
- Unidades de terapia de remplazo renal
- Servicios de hospitalización
- Servicios de urgencias
- Consulta externa
- Áreas de imagenología

CONCLUSIONES:

- Los eventos adversos han ocurrido siempre. Su estudio debe continuar.
- Se podría identificar la lista general común y listas específicas de los posibles eventos adversos en cada área de atención.
- A pesar de los múltiples esfuerzos de los especialistas en el tema, podría intentarse una clasificación que unifique las existentes y permita el global entendimiento y control.
- Las clasificaciones actuales son útiles y protegen al enfermo.

Referencias

1. World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: WHO, 2002. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/> (acceso 26 de mayo de 2005).
2. The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en la web: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf.
3. COMETO, M y GOMEZ, P. Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. 2011, p. 23.
4. Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung CH, et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 1995;23:294-300.
5. Cullen DJ, Sweitzer BJ, Bates DW, Burdick E, Edmondson A, Leape LL. Preventable adverse drug events in hospitalized patients: a comparative study of intensive care and general care units. *Crit Care Med.* 1997;25:1289-97.
6. van den Bemt PA, Fijn R, van der Voort J, Gossen AA, Egberts TC, Brouwers JR. Frequency and determinants of drug administration errors in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2002;30:846-50.
7. Abramson NS, Wald KS, Grenvik ANA, Robinson D, Snyder JV. Adverse occurrences in intensive care units. *JAMA.* 1980;244:1582-4.
8. Ministerio de Sanidad y Política Social. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. En: Informe SYREC.
9. Graf J, von den Driesch A, Koch KC, Janssens U. Identification and characterization of errors and incidents in a medical intensive care unit. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2005; 49:930-9.
10. Bracco D, Favre JB, Bissonnette B, Wasserfallen JB, Revely JP, Ravussin P, et al. Human errors in a multidisciplinary intensive care unit: a 1-year prospective study. *Intensive Care Med.* 2001; 27:137-45.
11. Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung CL, et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 1995; 23:294-300.
12. Flaatten H, Hevrøy O. Errors in the intensive care unit (ICU). Experiences with an anonymous registration. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1999; 43:614-7.
13. Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, Kaushal R, Lockley SW, Burdick E, et al. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Crit Care Med.* 2005; 33:1694-700.
14. AHRQ. Medical Errors: The Scoop of the problem. Agency for Health Research and Quality. Estados Unidos de Norteamérica, february 2000. <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>
15. TORRES, M. Eventos adversos, un desafío para la medicina. Publicación de la Unidad de Medios de Comunicación-Unimedios- de la Universidad Nacional de Colombia. Disponible en la web: <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/Ediciones/110/10.html>
16. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL COLOMBIA, Paquetes Instruccionales Guía Técnica "Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En Las Instituciones De Salud", 2009. P.16,17
17. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der S, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care* 2009; Volume 21, Number 1: pp. 18 –26
18. Otero MJ, Codina C, Tamés MJ, Pérez M, en representación del grupo de trabajo Ruiz-Jarabo 2000. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. Resultados de la Beca Ruiz-Jarabo 2000. *Farm Hosp.* 2003; 27:137-49.
19. Neale G, Woloshynowych M and Vincent C. Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. *Journal of the Royal Society of Medicine.* 2001 94: 322.
20. Domínguez B, Calidad De La Atención De Salud. Error Médico Y Seguridad Del Paciente. *Rev Cubana Salud Pública* 2005;31(3):239-44
21. Chang A, Schyve P, Croteau R, O'leary D AND Loeb J. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *International Journal for Quality in Health Care* 2005; Volume 17, Number 2: pp. 95–105.

22. ARANAZ, A. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General de Sanidad. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005. Informe Febrero de 2006 [en línea]. Disponible en Internet: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
23. ARANAZ, J y AIBAR, C. Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latino América. IBEAS. 2009 [en línea]. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Disponible en Internet: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf
24. Lew D, Ortiz Z. Epidemiología del Error Médico. Disponible en la web: http://www.mpfm.gob.pe/descargas/revista_imi/0303_epidemiologia.pdf
25. MartínMC, Ruiz J. Acontecimientos adversos en Medicina Intensiva. Gestionando el riesgo. Med. Intensiva v.30 n.6 Madrid. ago.-sep. 2006
26. WHO. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. 2009.
27. Chang A, Schyve P, Croteau R, O'leary D AND Loeb J. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *International Journal for Quality in Health Care* 2005; Volume 17, Number 2: pp. 95–105.

COMO CITAR ESTE ARTICULO:

Lombo-Caicedo, J Revisión teórica de la clasificación de los eventos adversos. Rev salud hist sanid on-line 2013; 8(1): 77-92 Disponible en: <http://www.histosaluduptc.org/ojs-2.2.2/index.php?journal=shs>. Consultado en: (fecha de consulta)

*Los textos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando las fuentes.
Todos los contenidos de los artículos publicados, son responsabilidad de sus autores.*

Copyright. Revista Salud Historia y Sanidad ©

Grupo de Investigación en Salud Pública GISP-UPTC
Grupo de investigación Historia de la salud de Boyacá.

Tunja 2013