



ESTUDIO DE INCIDENCIA  
DE EVENTOS ADVERSOS  
HOSPITAL P. ALBERTO HURTADO  
2008



HOSPITAL PADRE HURTADO  
GERENCIA DE CALIDAD  
Unidad de Riesgo Clínico

## **PRESENTACION**

Existe en todo el mundo sanitario, a nivel global y en nuestro entorno cercano, un gran interés por conocer todos los aspectos relativos a los eventos adversos que se producen durante la atención de salud (su frecuencia, sus características, los factores favorecedores, los pacientes que son más proclives a padecerlos, y sus consecuencias), interés al que no puede permanecer ajena nuestra institución.

Por ello, cuando se planteó la realización de un Estudio Local en el Hospital Padre Hurtado, sobre los Eventos Adversos ligados a la Hospitalización, la Dirección del Hospital, la Gerencia de Calidad y las Jefaturas de Unidades de Gestión, decidieron colaborar en él. El año 2007, la Unidad de Gestión Clínica del Adulto, fue seleccionada, para realizar una experiencia piloto, lo que permitió que el Equipo del Comité de Riesgo Clínico ya constituido para entonces y el personal de dicha Unidad adquiriesen una valiosa experiencia, que posteriormente facilitó la realización del estudio a nivel hospitalario.

Conocida la metodología del proyecto, y una vez que el Prof. Jesús María Aranaz del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitari Sant Joan d` Alacant, de la Universidad Miguel Hernández de Alicante – Valencia, la había cedido para poder efectuar el estudio en nuestro ámbito, nos pusimos como objetivo la realización de este trabajo que ahora presentamos.

En él hemos contado con la participación y colaboración de los profesionales de enfermería de las distintas Unidades de Gestión del Hospital, que participan activamente del Comité de Riesgo, en las fases de cribado e identificación, a las que no podemos sino agradecer sinceramente su trabajo y dedicación en esta tarea; sin ellas no podríamos haberla llevado a cabo. Gracias a ellas, y a la colaboración del Proyecto IDEA, podemos hoy presentar este documento en el que se recogen los datos más relevantes en nuestro ámbito.

Pero el objetivo último no puede ser únicamente la publicación de este trabajo. Deberemos entenderlo como punto de partida para el análisis y la reflexión, para que su estudio detallado y pormenorizado nos permita identificar áreas de mejora en la seguridad de los pacientes, que se sigan de acciones para disminuir los riesgos a los que los enfermos están expuestos en nuestra Institución. Y hacer de ella, una institución de salud que, además de ser útil para los pacientes y la sociedad, principalmente las comunas a las que atendemos, sea también una institución segura, de forma tal que en la asistencia que se presta, la seguridad de los pacientes sea un objetivo prioritario y permanente para la organización y para todos los trabajadores.

Únicamente, en la medida en que logremos que todos lo tengamos presente en nuestra actividad cotidiana, esta iniciativa alcanzará éxito y tendrá una repercusión real en la asistencia que el sistema público chileno presta a sus ciudadanos.

Enf. Carmen Gloria Alarcón  
Enfermera de Calidad y Seguridad  
del Paciente Hospital Padre Alberto Hurtado

Dr. Armando Ortiz Pommier  
Jefe Unidad de Gestión de Riesgo  
Hospital Padre Alberto Hurtado

## INDICE

Contenidos	Página N°
I- RESUMEN	5
II- INTRODUCCION	7
III- PROPÓSITO	10
IV- OBJETIVO GENERAL	10
V- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
VI- DISEÑO	11
VII- METODOLOGÍA	11
VIII- INFORME DE RESULTADOS	12
IX- RESULTADOS DEL ESTUDIO	13
X- CONCLUSIONES	22
XI- ANEXOS	24

## I- RESUMEN

Una atención en salud de calidad debe estudiar y analizar los eventos adversos que sufren los pacientes, para conocer quienes los padecen, en que áreas son más frecuentes y cuales son las actuaciones, acciones o situaciones en que se producen. Este es el primer paso necesario para poder diseñar e implantar acciones de mejora que incrementen la seguridad de los pacientes en nuestro sistema de salud.

El presente trabajo ha abordado este problema en el ámbito local del Hospital Padre Alberto Hurtado y ha tenido como objetivos específicos:

- Determinar la incidencia de Eventos Adversos y la incidencia de los pacientes que los padecen en nuestra Institución.
- Describir las causas inmediatas del evento adverso.
- Establecer que eventos adversos podrían haberse evitado.
- Conocer el impacto de los eventos adversos en términos de incapacidad, exitus y/o prolongación de la estancia hospitalaria.

La metodología utilizada fue la del estudio nacional español ENEAS, aprovechando la experiencia de aquellos profesionales que habían participado en él. Dos profesionales del Comité de Riesgo de nuestro hospital, participaron seleccionados por el equipo español, de una capacitación en Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente dictada íntegramente por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, elaborando un Programa de Implementación para la Gestión del Riesgo Clínico y la Seguridad de los Pacientes, adquiriendo las herramientas necesarias para desarrollar esta tarea en nuestra Institución.

Los resultados obtenidos muestran que: La frecuencia de eventos adversos fue similar a la del estudio nacional español, pero fue mayor el número de incidentes derivados de la atención sanitaria sin repercusiones graves.

Los eventos adversos más frecuentes fueron relacionados con los procedimientos (diagnósticos y terapéuticos) y las infecciones nosocomiales, seguidos de los relacionados con la medicación.

La gravedad y las consecuencias de estos sucesos fueron, en nuestro medio, similares a las de los estudios realizados en otros ámbitos, fuera de nuestro país.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio se podrá estimar posteriormente el impacto de los eventos adversos en el hospital, planificar las acciones específicas que permitan reducirlos, e incrementar la seguridad clínica y la calidad asistencial en nuestra institución. Para ello hay que implicar a todos los profesionales, asistenciales y gestores, y a todas las profesiones comprometidas con la salud de los ciudadanos y mejorar con ello la atención de salud que prestamos a nuestra población.

## II- INTRODUCCION

La seguridad de los pacientes es un componente esencial de la calidad asistencial, además de un valor emergente para nuestra sociedad, que ésta aprecia cada vez más.

Una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos:

- identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y efectivos
- asegurar que se aplican a quien los necesita y
- realizarlos correctamente y sin errores<sup>1</sup>.

Los riesgos de la actividad sanitaria, a pesar de que ya fueron conocidos desde la Grecia clásica (el aforismo *primun non nocere* está enunciado en el Juramento Hipocrático) no fueron valorados, en su justa medida, hasta mediado el siglo XX por los profesionales de la salud, ni por la sociedad. Probablemente porque la asistencia sanitaria, aunque era poco efectiva, tampoco implicaba riesgos significativos para los pacientes.

Es a partir de la década de los años 50 cuando el progreso de la medicina posibilita una mayor supervivencia de los pacientes crónicos. En el ámbito quirúrgico el desarrollo de la anestesia y la cirugía permite el acceso a territorios antes inaccesibles, y aparecen materiales protésicos para la reparación o reposición de estructuras lesionadas. Hasta llegar a los trasplantes que, hoy en día, suponen una mejora significativa en la calidad de vida para muchos pacientes afectados de enfermedades crónicas que comprometen la vida.

<sup>1</sup> *Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What Practices Will Most Improve Safety ? Evidence-Based Medicine Meets Patient Safety. JAMA 2002; 228: 501-7.*

Las organizaciones de salud se hacen cada vez más complejas, en ellas interviene un número creciente de profesionales; adquieren mayor relevancia los pacientes con patología múltiple; el conocimiento avanza de forma exponencial custodiado en cada especialidad, muchas veces de forma fragmentada, y los enfermos son atendidos por diferentes especialistas en búsqueda de una mayor efectividad. La conjunción de todos estos hechos favorece un incremento de los riesgos asociados a la atención en salud.

Los primeros que se conocen, y describen, son los infecciosos. Tras la aparición de los quimioterápicos y la penicilina el mundo, no solamente los médicos, creen que se han controlado las enfermedades infecciosas. Lejos de ello, a los pocos meses se publican las primeras infecciones graves por bacterias resistentes que comprometen la vida de los enfermos.

Muchos de los avances en la atención en salud actual se ven amenazados por las complicaciones infecciosas; las intervenciones quirúrgicas y las transfusiones de hemoderivados entre otros. Pero, con ser importantes y las más conocidas, las infecciones no son los únicos riesgos que afectan a los pacientes.

El uso progresivamente creciente de medicamentos propicia la aparición de efectos secundarios; unas veces conocidos, en fármacos con un perfil de seguridad estrecho; pero otras veces desconocidos que aparecen, únicamente, tras su uso generalizado. Se describen daños como consecuencia de la interacción de diferentes medicinas o por su utilización en enfermos con algún compromiso funcional. La seguridad de los medicamentos se convierte, así, en un aspecto primordial de su utilización.

La multiplicidad de actores en la atención sanitaria actual hace que la relación sea una de las características de nuestro trabajo y ello hace de la comunicación un punto débil del que pueden derivar eventos adversos en los pacientes por identificación incorrecta, toma de decisiones equivocadas, demoras injustificadas, etc. Por que si el ejercicio de la medicina solía ser simple, poco efectivo y



relativamente seguro en el pasado, en nuestra era se ha transformado en complejo, muy efectivo y potencialmente peligroso.<sup>2</sup>

El progresivo aumento de la actividad asistencial, junto al creciente aumento de la complejidad y de la especialización de los procesos y técnicas asistenciales, ha requerido un mayor avance en las exigencias de la calidad, eficacia y eficiencia de la atención de salud.

Así mismo, por el envejecimiento de la población y los cambios del entorno social (expectativas de los usuarios, acceso a medios de comunicación, relación médico-paciente, etc.), ha sido necesario generar un sistema de mejoramiento continuo de la calidad de atención que gestione el riesgo clínico inherente a la atención sanitaria.

En este contexto, ha habido algunas iniciativas nacionales tendientes a garantizar que la seguridad del paciente, sea uno de los pilares fundamentales de las políticas de salud, siguiendo una de las acciones internacionales más significativas como lo es la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, que emprendió la OMS en 2004, con el objetivo principal de disminuir las consecuencias negativas de los cuidados médicos.

Con este propósito, se ha definido el siguiente Estudio de Prevalencia de Eventos Adversos del Hospital P. Hurtado, dentro del marco del *Programa de Seguridad y Gestión del Riesgo Clínico* del Establecimiento, formulado durante el año 2006.

La primera experiencia del Estudio piloto realizado durante el año pasado en las Unidades de hospitalización básica de adulto, arrojó resultados importantes acerca de la prevalencia obtenida (14,6%) , su distribución y algunos otros datos que sirvieron de base para la formulación del Sistema de Vigilancia de EA y la definición de pacientes y áreas de mayor riesgo. Debido a la posibilidad de utilizar una metodología que permita identificar claramente los EA relacionados a la atención brindada en el Establecimiento, se definió efectuar un **Estudio de Incidencia** basado en el diseño y metodología de la experiencia realizada en hospitales españoles, el Proyecto IDEA del año 2004 y el proyecto ENEAS el 2005.

<sup>2</sup> Chantler C. *The role and education of doctors in the delivery of health care. Lancet. 1999; 353: 1178-81.*

### **III- PROPÓSITO**

Contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención de salud del paciente, a través de la gestión de riesgo clínico.

### **IV- OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la incidencia de eventos adversos en las áreas de hospitalización del Hospital Padre Alberto Hurtado, durante el periodo de estudio.

### **V- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar los eventos adversos más frecuentes producidos en las áreas de hospitalización del Hospital P. Alberto Hurtado, en el periodo de estudio.
- Identificar las áreas donde ocurre la mayor tasa de eventos adversos producidos durante el periodo estudiado.
- Definir los principales factores de riesgos del paciente que se asocian a eventos adversos identificados durante el estudio.
- Estimar el porcentaje de eventos adversos *evitables* identificados durante el estudio.
- Identificar las consecuencias más frecuentes producidas por los eventos adversos pesquisados.

## VI- DISEÑO

Estudio de cohortes retrospectivo de Incidencia.

## VII- METODOLOGÍA

- **AMBITO DE ESTUDIO:** áreas de hospitalización de la UGCA, UGCN y UGCM y RN.
- **SUJETOS DE ESTUDIO:** pacientes egresados de las áreas de hospitalización durante los días 05, 07 y 09 de mayo de 2008, con más de 24 horas de hospitalización y de los cuales se tenga la ficha clínica disponible.
- **PARTICIPANTES:** Integrantes del comité de Gestión de Riesgo Clínico, grupo de trabajo organizado al interior de las UGC.
- **INSTRUMENTOS:** guía de cribado utilizado en la asistencia hospitalaria de la comunidad Valenciana, formulario para estudio de prevalencia de EA adaptado, planilla Excel y la ficha clínica del paciente.  
Los formularios utilizados para este Estudio de Incidencia de EA , se adjuntan al final del presente Informe.
- **PLAN DE TRABAJO:** durante la segunda semana de septiembre de 2008, la Unidad de Riesgo Clínico entrega el programa del estudio de Prevalencia, los instrumentos para el cribado y la cantidad de egresos producidos en la fecha antes mencionada, correspondientes a cada UGC. A contar de esa fecha, cada grupo de trabajo aplica la Guía de cribado de Eventos Adversos (EA) a todas las fichas de los pacientes sujetos de estudio.  
El plazo para aplicar la guía de cribado es 30 de octubre de 2008.

Todas las Guías de cribado que califiquen con un *S/* alguna de las casillas del Formulario resumen de la historia clínica, determinan que pase a la segunda etapa para determinar la presencia de EA y algunas de sus características.

En la segunda etapa, se aplicará el Formulario del Estudio de Prevalencia EA del Hospital, elaborado según el MRF2 versión española del Cuestionario Modular para revisión retrospectiva de casos<sup>3</sup>.

El plazo para aplicar los formularios del estudio de Prevalencia completos es el 30 de noviembre de 2008.

Los datos obtenidos serán ingresados a una planilla especialmente diseñada para la realización y análisis de este estudio.

## **VIII- INFORME DE RESULTADOS**

El informe de los resultados obtenidos será presentado en reunión al Comité de Riesgo Clínico y Comité de Calidad del Hospital, entregando el documento a la Dirección y a la Gerencia de Calidad antes del 31 de diciembre de 2008.

<sup>3</sup>“Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I-II*. NEJM 1991; 324:370-84”

## IX- RESULTADOS DEL ESTUDIO

La Guía de Cribado se aplicó durante el mes de octubre del año en curso, a un total de 192 Historias Clínicas de pacientes egresados de las áreas de hospitalización los días 05, 07 y 09 de mayo de 2008, que tenían más de 24 horas de hospitalización.

Esta Guía fue aplicada por integrantes del Comité de Riesgo Clínico al interior de cada UGC, asesorados por la Enfermera Encargada de Calidad y Seguridad del Paciente.

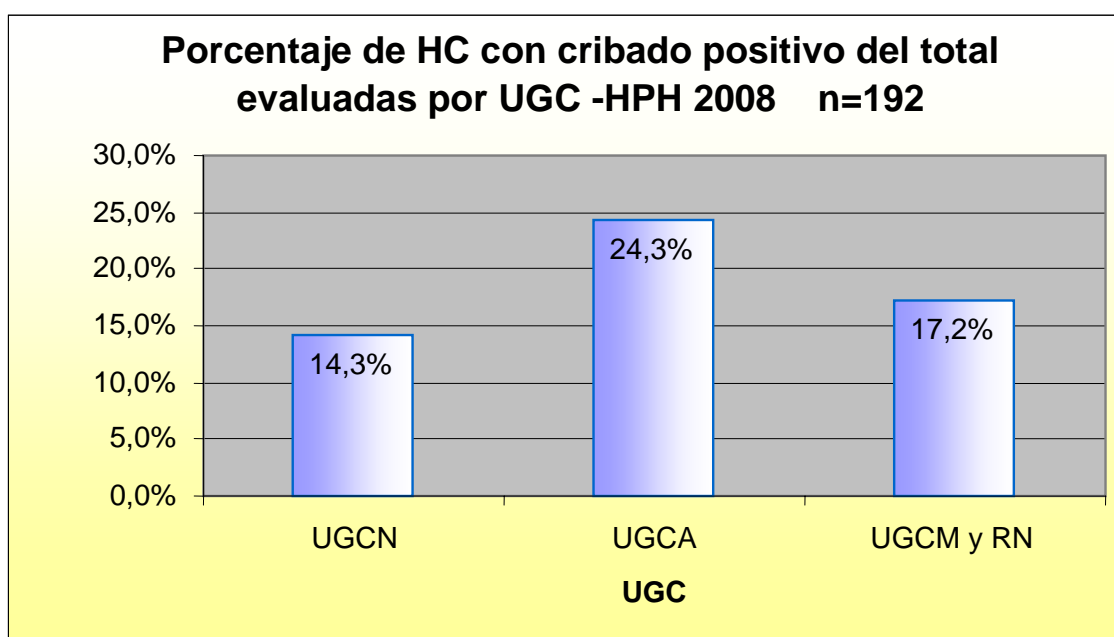
El 19,3 % (37 pacientes) obtuvo un Cribado positivo y pasó a segunda etapa para evaluar la presencia real de Evento Adverso (EA), lo que responde al porcentaje esperado según describe la experiencia del Estudio realizado en EEUU en el año 1991<sup>4</sup>.

cribado	nº	%
<b>Cribado positivo (Seleccionadas para MRF2)</b>	<b>37</b>	<b>19,3 %</b>
<b>Cribado negativo (no seleccionadas para MRF2)</b>	<b>155</b>	<b>80,7 %</b>
<b>Total de HC evaluadas</b>	<b>192</b>	<b>100 %</b>

<sup>4</sup> *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice study I-II NEJM 1991*

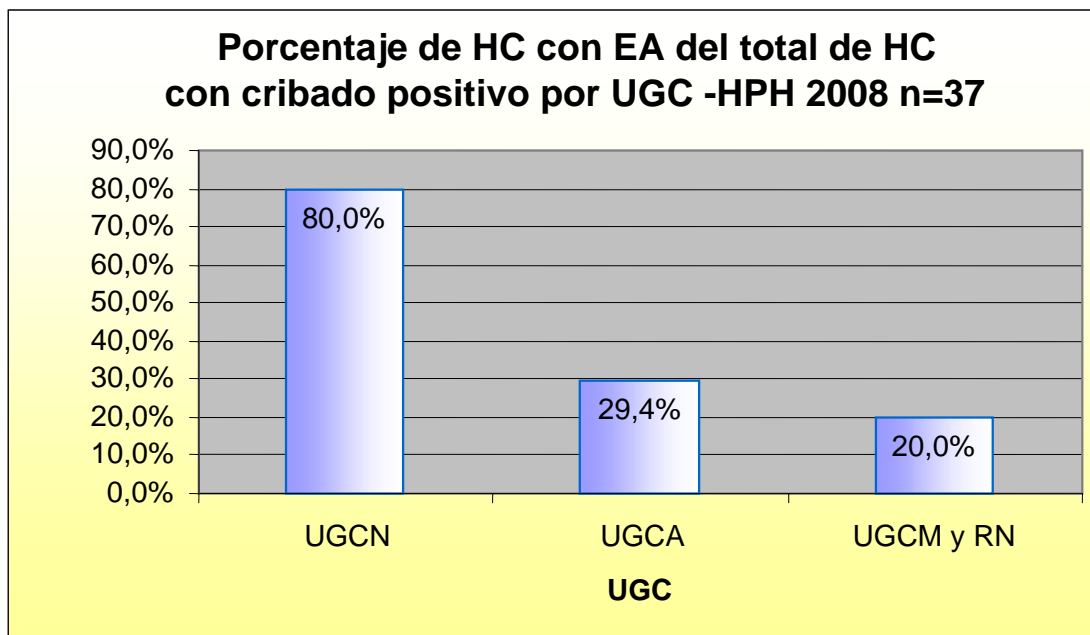
La siguiente tabla indica la distribución por Unidad de Gestión Clínica:

UGC	Nº total de HC evaluadas	Nº de HC con cribado positivo	%
UGCN	35	5	14,3%
UGCA	70	17	24,3%
UGCM y RN	87	15	17,2%
total	192	37	19,3%



Del total de pacientes con cribado positivo, en 12 pacientes se identificó la presencia de EA a través de la revisión de los registros disponibles en la Historia Clínica del paciente, lo que corresponde a un 32,4 % de las HC con cribado positivo, porcentaje mayor al descrito en el Estudio norteamericano antes mencionado, que obtuvo un 20% de Historias Clínicas con EA, respecto al total con cribado positivo.

UGC	Nº de HC con cribado positivo	Nº de HC con registro de EA	%
UGCN	5	4	80,0%
UGCA	17	5	29,4%
UGCM y RN	15	3	20,0%
total	37	12	32,4%

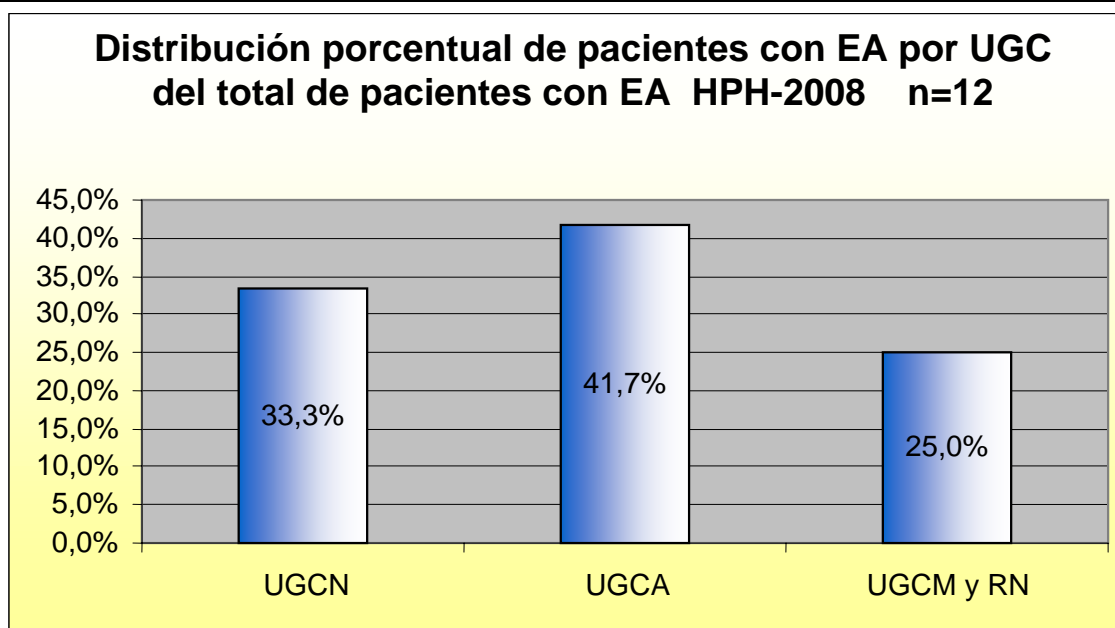


La siguiente tabla indica el porcentaje de pacientes con EA identificados en el Estudio, lo que se traduce en una Tasa de Incidencia del 6,3%, cifra significativamente menor a la obtenida en el Estudio Piloto (14,6%) realizado el año 2007, que incluyó sólo las áreas de atención básica de la UGCA.

Porcentaje de pacientes con Eventos adversos	nº	%
Pacientes con EA	12	6,3 %
Pacientes sin EA	180	93,7 %
Nº de Historia Clínica	192	100 %

La distribución de pacientes con Eventos Adversos por UGC se detalla en la siguiente tabla:

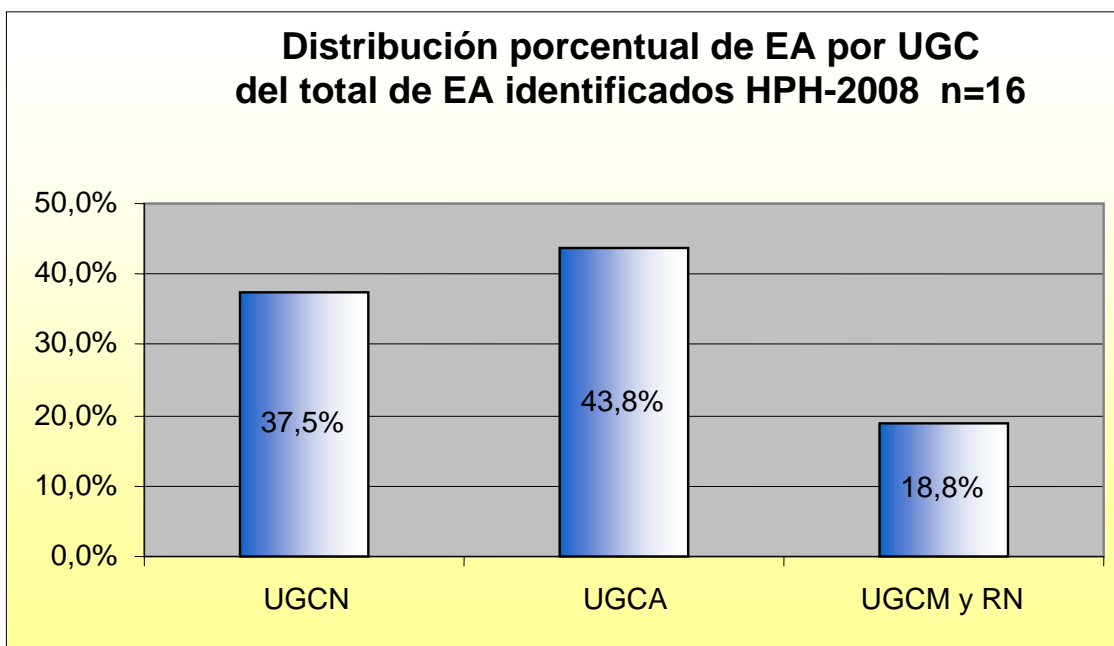
Pacientes con Eventos adversos por UGC	nº de pacientes con EA	%
UGCN	4	33,3 %
UGCA	5	41,7 %
UGCM y RN	3	25 %
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100 %</b>



La distribución de los Eventos Adversos (EA) por Unidad de Gestión Clínica es la siguiente:

Eventos adversos por UGC	nº de EA	%
UGCN	6	37,5%
UGCA	7	43,8%
UGCM y RN	3	18,8%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100 %</b>





La siguiente tabla detalla la Tasa de Incidencia de pacientes con EA distribuida por UGC.

Incidencia de pacientes con Eventos adversos por UGC	nº de pacientes con EA	Total de pacientes evaluados	Tasa de Incidencia de pacientes con EA
UGCN	4	35	11,42%
UGCA	5	70	7,14%
UGCM y RN	3	87	3,44%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>192</b>	<b>6,3%</b>

La tasa de Incidencia de Eventos Adversos en el total de pacientes evaluados, es un poco mayor, debido a que hubo pacientes con más de un EA. Se identificó un total de 16 EA, lo que representa una **Incidencia de un 8,3%**.

La siguiente tabla indica la Tasa de Incidencia de Eventos adversos por UGC.

Incidencia de Eventos adversos por UGC	nº de EA	Total de pacientes evaluados	Tasa de Incidencia de EA
UGCN	6	35	17,1%
UGCA	7	70	10%
UGCM y RN	3	87	3,4%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>192</b>	<b>8,3%</b>

La gravedad del EA se ha clasificado de acuerdo a los criterios utilizados en el Proyecto IDEA, que corresponde al siguiente:

**GRAVEDAD EA**

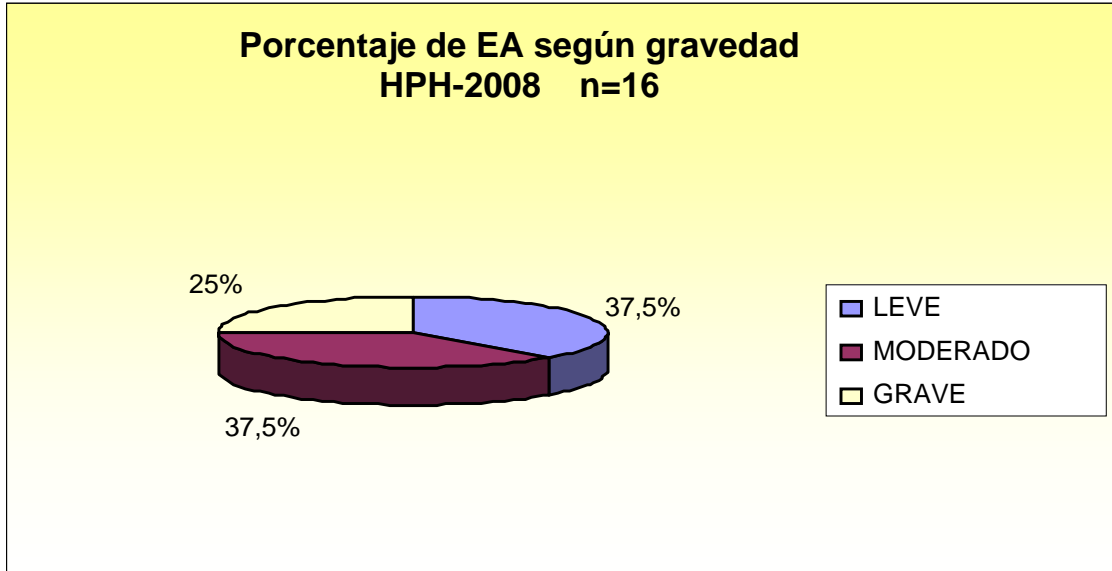
**Leve:** ocasiona lesión o complicación sin prolongar la hospitalización.

**Moderado:** debido a la lesión, prolonga la hospitalización al menos en 1 día.

**Grave:** provoca muerte o incapacidad residual al alta, o requiere intervención quirúrgica.

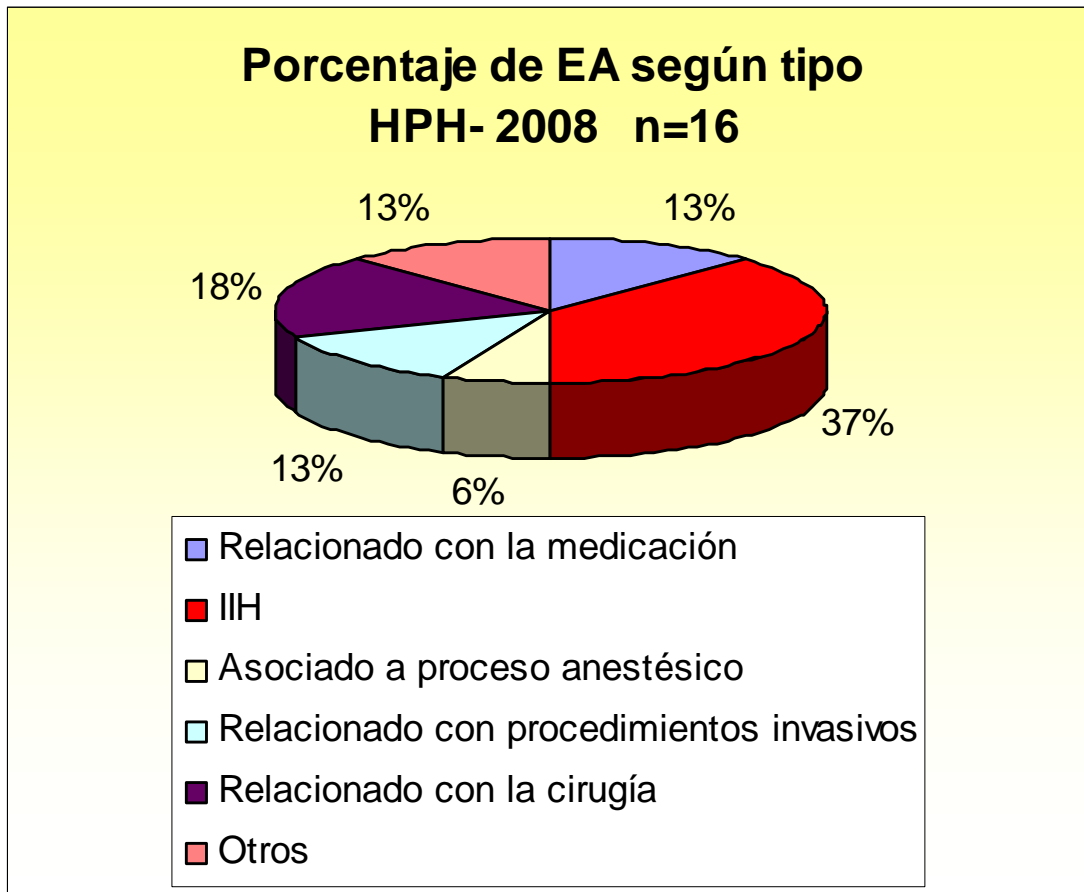
Según esta clasificación, los EA identificados en el Estudio se distribuyen de la siguiente forma:

Gravedad de EA por UGC	nº de EA LEVE	nº de EA MODERADO	nº de EA GRAVE	Nº total EA
UGCN	2	3	1	6
UGCA	3	2	2	7
UGCM y RN	1	1	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>16</b>



La clasificación de los EA según tipo se distribuye de la siguiente forma:

Tipo de EA	nº de EA
Infección nosocomial	<b>6</b>
Relacionado con la medicación	<b>2</b>
Relacionado con procedimientos invasivos	<b>2</b>
Asociado a proceso anestésico	<b>1</b>
Relacionado con la cirugía	<b>3</b>
Otros	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>



Los EA relacionados con la medicación se refiere a la omisión de un tratamiento oral y a la neutropenia causada por un medicamento, cuyo antecedente constaba en la Historia Clínica del paciente en una hospitalización anterior en el mismo servicio. Ambos EA se registraron en la UGCA.

Las IIH se refieren a neumonía, una Infección de prótesis traumatológica, una infección de herida op. en cesárea, una infección de episiorrafia. Además de una flebitis asociada a vía venosa periférica en UGCA y una infección de tracto urinario de paciente con catéter urinario en esta misma Unidad.

En el caso de los EA relacionados con los procedimientos invasivos se refiere a una extubación accidental en la UGCN y una extravasación de vía venosa en la UGCA.

Los EA relacionados con la cirugía corresponden a una hospitalización no programada de paciente operado en pabellón ambulatorio (otorrino), un hemoperitoneo ocurrido en la UGCN y la fijación accidental del drenaje con punto de sutura durante la cirugía.

El EA asociado al proceso anestésico corresponde a una descompensación hemodinámica de la paciente, atribuible a la anestesia regional en la UGCM y RN.

Por último, los EA clasificados como otros se refieren al retraso del plan terapéutico en un paciente diagnosticado oportunamente y al mal manejo del dolor del paciente, ambos ocurridos en la UGCN.

De acuerdo a la información obtenida en este Estudio, se estima que alrededor del 80% de los EA identificados correspondería a Eventos Adversos evitables, sin embargo, es necesario realizar un análisis más exhaustivo (Causa Raíz), para determinar el grado de prevención de cada caso. Se realizará un análisis en conjunto con las Unidades relacionadas para determinar este aspecto y evaluar los factores de riesgo que influyeron en la ocurrencia de estos EA.

## X- CONCLUSIONES

La Tasa de Incidencia de pacientes con EA del Hospital correspondiente al periodo de estudio es de un 6,3%, cifra que está dentro de los parámetros descritos en la bibliografía consultada, donde se indican tasas que van de un 4% a un 17%.

Comparando el resultado obtenido por la UGCA en este estudio con el piloto que se realizó el año 2007, la incidencia de pacientes con EA del año 2008 es menor (7,14%) a la obtenida con igual metodología durante el año anterior (14,6%). Sin embargo, es difícil aventurar una conclusión en relación al motivo de esta disminución, porque puede resultar de un impacto positivo en el mejoramiento de la seguridad clínica, como en el empeoramiento de los registros clínicos en que se basa el Estudio.

La Tasa de Incidencia de Eventos Adversos correspondiente al periodo de estudio es de un 8,3%, pero se desconocen referentes que permitan comparar este dato, el que parece importante de señalar, debido a que con frecuencia un paciente presenta más de un EA.

En concordancia con los estudios mundiales referidos a los EA, el mayor porcentaje de eventos corresponde a las Infecciones Intrahospitalarias, cuya identificación es también algo más fácil de pesquisar, a diferencia por ejemplo de los EA de medicación, cuya ocurrencia puede pasar desapercibida sino tiene algún daño evidente en el paciente.

Llama la atención los resultados de la UGCN, que registra la tasa más alta de pacientes con EA y de EA en general, sin dejar de considerar que la calidad de los registros en Pediatría tienden a ser más completos, nuevamente es un factor importante de analizar si se tiene presente que la identificación de los EA se realiza en base a los registros disponibles en la Historia Clínica del paciente.

Cabe señalar que en esta oportunidad, se identificó un 25% de EA considerados como graves, que corresponde a 4 casos, cuya gravedad en todos los casos se refiere a la necesidad de realizar una intervención quirúrgica a consecuencia del EA. No hubo fallecimientos ni incapacidad residual al alta para los pacientes incluidos en este estudio.

Finalmente, es necesario ratificar la necesidad de realizar estudios de Prevalencia y/o Incidencia periódicos, que permitan comparar la situación del Hospital respecto de la seguridad clínica y medir el impacto de las iniciativas emprendidas.

Enf. Carmen Gloria Alarcón  
Enfermera de Calidad y Seguridad  
del Paciente Hospital Padre Alberto Hurtado

Dr. Armando Ortiz Pommier  
Jefe Unidad de Gestión de Riesgo  
Hospital Padre Alberto Hurtado

San Ramón, 30 de diciembre de 2008

## **XI- ANEXOS**

Se adjuntan los formularios utilizados en el Estudio.





**ESTUDIO DE PREVALANCIA**  
Identificación de Eventos Adversos  
**GUÍA DE CRIBADO DE EVENTOS ADVERSOS**

Revisor: \_\_\_\_\_

Caso N°: \_\_\_\_\_

N° Historia Clínica (NHC): \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

(Completar sólo si no aparece el NHC)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_

Diagnostico Principal: \_\_\_\_\_

Intervención \_\_\_\_\_ Fecha de Intervención: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO (F. R.)**

Indicar si el paciente presenta alguno de los siguientes factores de riesgo. Marcar con una X en la casilla correspondiente.

F. R. INTRÍNSECO		SI	No		F. R. EXTRÍNSECO		SI	No
1	Coma			1	Sonda urinaria abierta			
2	Insuficiencia renal			2	Sonda urinaria cerrada			
3	Diabetes			3	Catéter venoso periférico			
4	Neoplasia			4	Catéter arterial			
5	Inmunodeficiencia/SIDA			5	Catéter central de inserción periférica			
6	Enf. pulmonar crónica			6	Catéter venoso central			
7	Neutropenia			7	Catéter umbilical (vena)			
8	Cirrosis hepática			8	Catéter umbilical (arteria)			
9	Drogadicción			9	Nutrición parenteral			
10	Obesidad			10	Nutrición enteral			
11	Hipoalbuminemia/desnutrición			11	Sonda nasogástrica			
12	Úlcera por presión			12	Traqueostomía			
13	Malformaciones			13	Ventilación mecánica			
14	Insuficiencia Cardíaca			14	Terapia inmunosupresora			
15	Enfermedad Coronaria			15	Bomba de infusión			
16	Hipertensión			16	Hemodiálisis			
17	Hipercolesteronemia			17	Diálisis peritoneal			
18	Prematuridad							
19	Alcoholismo							

**ESTUDIO DE PREVALANCIA**  
 Identificación de Eventos Adversos

**FORMULARIO RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Marque con una X en la casilla correspondiente, al lado de la respuesta adecuada.

	Si	No
1. Hospitalización previa durante el último año en paciente menor de 65 años, u hospitalización previa en los últimos 6 meses en paciente igual o mayor de 65 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tratamiento antineoplásico en los seis meses previos a la hospitalización.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Traumatismo, accidente o caída durante la hospitalización.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reacción Medicamentosa Adversa (RAM) durante la hospitalización.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fiebre mayor de 38,3° C el día antes del alta hospitalaria del ingreso previo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Traslado de una unidad de hospitalización general a otra de cuidados especiales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Traslado a otro hospital de agudos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Segunda intervención quirúrgica durante este ingreso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tras la realización de un procedimiento invasivo, se produjo una lesión en un órgano o sistema que precisara la indicación del tratamiento u operación quirúrgica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Déficit neurológico nuevo en el momento del alta hospitalaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. IAM (infarto agudo de miocardio), ACVA (accidente cerebro-vascular agudo) o TEP (tromboembolismo pulmonar) durante o después de un procedimiento invasivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Parada cardiorrespiratoria o puntuación apgar baja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Daño o complicación relacionado con aborto, amniocentesis, parto o preparto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Éxitus inesperado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Intervención quirúrgica abierta no prevista, o ingreso (para intervención) después de una intervención ambulatoria programada, sea laparoscópica o abierta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Algún daño o complicación relacionado con cirugía ambulatoria o con un procedimiento invasivo que resultaran en ingreso o valoración en el servicio de urgencias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Algún otro Efecto Adverso (EA).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Cartas o notas en la historia clínica (incluida la reclamación patrimonial), en relación con la asistencia que pudieran sugerir litigio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cualquier tipo de infección nosocomial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SI ALGUNA RESPUESTA HA SIDO POSITIVA, COMPLETAR EL CUESTIONARIO MODULAR (MRF2) PARA LA REVISIÓN RETROSPECTIVA DE CASOS**

ESTUDIO DE LA INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA - PROYECTO FIS  
 PI021076 Basado en "Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I-II.* NEJM 1991;324:370-84