



ORIGINAL

Identificación de eventos adversos en pacientes hospitalizados por gripe



J.M. Aranaz-Andrés^{a,b,c,*}, M.T. Gea-Velázquez de Castro^{b,c,d}, F. Jiménez-Pericás^d,
A.I. Balbuena-Segura^d, M.C. Meyer-García^d, N. López-Fresneña^a,
J.J. Miralles-Bueno^c, B. Obón-Azuara^{e,f}, J. Moliner-Lahoz^{e,f} y C. Aibar-Remón^{e,f}

^a Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández, Sant Joan d'Alacant, Alicante, España

^d Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial, Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant, Sant Joan d'Alacant, Alicante, España

^e Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^f Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS), Zaragoza, España

Recibido el 29 de julio de 2014; aceptado el 7 de enero de 2015

Disponible en Internet el 7 de febrero de 2015

PALABRAS CLAVE

Eventos adversos;
Seguridad del
paciente;
Fiabilidad

Resumen

Objetivos: Testar la fiabilidad interobservador de la guía de cribado y del formulario modular de revisión (MRF2) para identificar eventos adversos (EA). Comparar la incidencia de EA entre un grupo de pacientes sometidos a precauciones de aislamiento de contacto y gotas por gripe frente a un grupo de pacientes no aislados.

Método: Estudio de casos y controles anidados en una cohorte. Los casos son 50 pacientes sometidos a precauciones de aislamiento por gripe, y los controles son 50 pacientes ingresados y no aislados.

Resultados: La incidencia de EA varía entre el 10 y el 26% por efecto del observador (26% [IC 95%: 17,4-34,60%]; 10% [IC 95%: 4,12-15,88%]; 23% [IC 95%: 14,75-31,25%]). Es siempre menor en la cohorte expuesta al aislamiento que en la no expuesta, y esa diferencia alcanza significación estadística cuando aplicamos el criterio de máxima exigencia en la definición de caso.

La concordancia respecto del cribado fue buena (porcentaje simple de concordancia superior al 76%; índice Kappa entre 0,29 y 0,81).

La concordancia respecto de la identificación precisa de EA relacionado con la asistencia fue menor (porcentaje de concordancia entre el 50 y el 93,3%; índice Kappa de 0,20 a 0,70).

Conclusiones: Antes de realizar un estudio epidemiológico sobre EA hay que analizar la fiabilidad interobservador para mejorar la precisión de los resultados y, por ende, la validez del estudio.

Los revisores presentan diferentes grados de concordancia. El índice Kappa muestra niveles elevados para la guía de cribado, no así para la identificación de EA.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesusmaria.aranaz@salud.madrid.org (J.M. Aranaz-Andrés).

KEYWORDS

Adverse events;
Patient safety;
Reliability

Sin una buena metodología no se pueden garantizar los resultados alcanzados y, consecuentemente, las decisiones tomadas a partir de ellos. Por tanto, los investigadores han de ser garantes del método utilizado y este debe acercarse lo más posible al óptimo alcanzable.

© 2014 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Identification of adverse events in hospitalised influenza patients**Abstract**

Objective: To test the inter-observer agreement in identifying adverse events (AE) in patients hospitalized by flu and undergoing precautionary isolation measures.

Methods: Historical cohort study, 50 patients undergoing isolation measures due to flu, and 50 patients without any isolation measures.

Results: The AE incidence ranges from 10 to 26% depending on the observer (26% [95% CI: 17.4%-34.60%], 10% [95% CI: 4.12%-15.88%], and 23% [95% CI: 14.75%-31.25%]). It was always lower in the cohort undergoing the isolation measures. This difference is statistically significant when the accurate definition of a case is applied.

The agreement as regards the screening was good (higher than 76%; Kappa index between 0.29 and 0.81).

The agreement as regards the accurate identification of AE related to care was lower (from 50 to 93.3%, Kappa index from 0.20 to 0.70).

Conclusions: Before performing an epidemiological study on AE, interobserver concordance must be analyzed to improve the accuracy of the results and the validity of the study.

Studies have different levels of reliability. Kappa index shows high levels for the screening guide, but not for the identification of AE.

Without a good methodology the results achieved, and thus the decisions made from them, cannot be guaranteed. Researchers have to be sure of the method used, which should be as close as possible to the optimal achievable.

© 2014 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los estudios epidemiológicos sobre eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria (EARA) son el punto de partida para conocer su frecuencia y poder implementar prácticas seguras que minimicen su impacto en los pacientes.

En España se han desarrollado varias iniciativas y estudios para determinar la frecuencia de EARA. El primero de ellos, el estudio ENEAS, puso de manifiesto que la incidencia acumulada de efectos adversos en nuestro país en 2005 fue del 9,3%. De todos ellos, el 37,4% de los EARA están relacionados con la medicación, el 25,3% con la infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) y el 25% con problemas técnicos durante un procedimiento.

La definición de EARA utilizada en Estados Unidos y Australia en estudios de cohortes retrospectivas con revisión de historias clínicas fue la de «daño no intencionado provocado por un acto médico más que por el proceso nosológico en sí»¹.

Sin embargo, el estudio ENEAS utilizó una definición operativa más precisa y acorde con la práctica clínica, considerando como EARA al conjunto de efectos e incidentes adversos. El efecto adverso supondrá una lesión o complicación que prolongue la estancia hospitalaria, que precise procedimientos diagnósticos o terapéuticos adicionales, o

que esté relacionado con el fallecimiento o la incapacidad al alta hospitalaria mientras que el incidente no tiene repercusión en el paciente^{2,3}.

El segundo EARA más frecuente es la IRAS, según el estudio ENEAS⁴. El estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España (EPINE)⁵, que se realiza desde hace más de 2 décadas, y del *Point Prevalence Study*, efectuado en diversos países de Europa durante el año 2010⁶, estableció que alrededor del 7% de los pacientes hospitalizados presentan una IRAS⁷. Estas comportan una elevada morbimortalidad, un mayor coste económico y, según el estudio ENEAS, son evitables en un 56,6%⁸. Los principales tipos de IRAS son la infección respiratoria, la quirúrgica, la urinaria y la bacteriemia de catéter vascular. Esta distribución es similar a la que ya se había puesto de manifiesto en otros estudios semejantes⁵.

Para reducir las IRAS existen recomendaciones internacionales de prevención de las mismas. Desde 1996, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan añadir a las precauciones estándar las precauciones específicas basadas en la transmisión (contacto, aéreas o gotas) en pacientes en los que se sabe o se sospecha que están infectados o colonizados con patógenos importantes desde el punto de vista epidemiológico. Las precauciones basadas en la transmisión o «aislamiento» deben aplicarse ante la sospecha clínica de infección, y no solo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1091052>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1091052>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)