



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

Facultad de Medicina

Departamento de Cirugía

Tesis Doctoral

**CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD CLÍNICA EN
PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

María Sáez Lorenzo

Salamanca 2014



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA,
SALAMANCA
SALUD PÚBLICA Y MICROBIOLOGÍA MÉDICA

Campus Miguel de Unamuno
37007

Tfno.: 923294540
Ext.: 1801

D. JOSÉ ANTONIO MIRÓN CANELO, PROFESOR TITULAR DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA Y MICROBIOLOGÍA MÉDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA Y **D^a. MARIA FERNANDA LORENZO GÓMEZ**, PROFESORA ASOCIADA DE CIRUGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

CERTIFICAN:

Que **Dña. María Sáez Lorenzo**, licenciada en Farmacia, ha realizado bajo su dirección el estudio de investigación “**Calidad asistencial y Seguridad clínica en pacientes con discapacidad intelectual**” y que dicho trabajo reúne, a su juicio, originalidad y méritos académicos suficientes para ser presentado como trabajo para optar al Grado de Doctor de la Universidad de Salamanca.

Y para que conste, firman el presente certificado en Salamanca, a 25 de junio de 2014.

Fdo.: J.A. Mirón Canelo

Fdo.: M.F. Lorenzo Gómez

AGRADECIMIENTOS

- ✓ *Al Dr. José Antonio Mirón Canelo y a la Dra. María Fernanda Lorenzo Gómez por su dirección y ayuda en la elaboración del trabajo. Mi más sincero agradecimiento al Prof. Dr. J.A. Mirón por haber confiado en mi persona y ofrecerme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza fundamental para la realización de este trabajo.*
- ✓ *Al personal docente e investigador del Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología Médica por su amabilidad y buena disposición.*
- ✓ *A Santiago por su cariño, comprensión y constante estímulo, por escucharme y aconsejarme siempre.*
- ✓ *A mis padres, que siempre me han motivado a seguir adelante y luchar pese a las dificultades para alcanzar la meta que uno se propone, pues como bien me han enseñado desde pequeña, la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr objetivos.*
- ✓ *A mi hermana, por el ánimo, ayuda, apoyo y alegría prestada.*
- ✓ *A toda mi familia, por acompañarme en los momentos importantes.*
- ✓ *A Rosa M^a Molina Hernando por el afecto y apoyo prestado.*
- ✓ *A los discapacitados y no discapacitados por la ayuda y colaboración.*
- ✓ *Al Servicio de Documentación del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*
- ✓ *A la Junta de Castilla y León por financiar dicha investigación en base a la convocatoria de Proyectos de I+D+I de Biomedicina, Gestión sanitaria y Atención Sociosanitaria de 2013.*

A todos ellos les dedico este trabajo

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. La Salud como Derecho Humano	6
1.2. La Promoción de la Salud ante la discapacidad	8
1.3. La Atención Sociosanitaria	13
1.4. Magnitud de la Discapacidad	20
1.5. Calidad asistencial y Seguridad clínica	21
1.6. Ética y Seguridad Clínica	25
1.7. Objetivos	27
2. MATERIAL Y MÉTODOS	29
2.1. Diseño del estudio	30
2.2. Fuente de datos	31
2.3. Ámbito del estudio	32
2.4. Población de estudio	32
2.5. Emparejamiento de las Cohortes	34
2.6. Proporción de número de pacientes de la CPD de la muestra	38
2.7. Instrumento de medida y recogida de datos	38
2.8. Base de datos y análisis estadístico	39
3. RESULTADOS	41
4. DISCUSIÓN	130
4.1. Análisis e interpretación de los resultados	131
4.2. Limitaciones del estudio	148
5. CONCLUSIONES	150
6. BIBLIOGRAFÍA	152
7. ANEXOS	163

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- LA SALUD COMO DERECHO HUMANO

La Salud constituye un recurso fundamental para la Vida en todas las diferentes etapas y facetas vitales que conlleva el desarrollo vital. Se incluye en la misma varias de las capacidades personales relevantes como la fortaleza, la vitalidad, la atención y las destrezas. Para las personas constituye un factor que puede, en gran medida, facilitar o disminuir la capacidad de funcionamiento racional, físico y sensorial. Este funcionamiento integral está determinado por múltiples factores, uno de los más influyentes o determinantes es la existencia de problemas de Salud asociados o no a diferentes déficits físicos, sensoriales y sociales.

Frente a la situación real y evidente de discriminación y desigualdad que vienen padeciendo algunos grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad, entre los que se suele encontrar el colectivo de las personas con discapacidad, la noción de Estado Social y Democrático de Derecho de nuestro país y entorno europeo, sitúa entre sus principales cometidos el promover las condiciones necesarias para que la igualdad de las personas sea real y efectiva. Es decir, se cumpla de manera efectiva el Derecho a la Salud consagrado en la Constitución Española de 1978¹. Según se recoge en el artículo 14 de la Constitución Española¹, *“todos los españoles somos iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”*. En esta misma línea, la Constitución Española, en su artículo 43, garantiza el *derecho a la protección de la Salud de todos los españoles*, y en su artículo 49, encomienda jurídicamente a los *poderes públicos llevar a cabo una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad, prestando la atención especializada que se requiera y el amparo necesario para el disfrute de los derechos reconocidos a todos los ciudadanos*¹.

Para que estos mandatos constitucionales se hagan efectivos y no sólo teóricos, es necesario conocer los problemas sanitarios y las necesidades que tienen las personas con discapacidad y, especialmente, aquellos que difícilmente pueden comprender lo que les pasa y, en consecuencia, no tienen los recursos personales defenderse ante la

enfermedad y/o promocional su Salud, este grupo poblacional lo constituyen las Personas con Discapacidad Intelectual ².

Una de las nuevas orientaciones sobre discapacidad en la legislación nacional se plasma en la Ley, 51/2003, del 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (LIONDAU), la cual supera el enfoque fundamentalmente rehabilitador que inspiró la Ley 13/1982, del 22 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) aprobada el 7 de abril de 1982, que trata de reglamentar y desarrollar los derechos que el artículo 49 de la Constitución reconoce en razón a la dignidad que les es propia, a las Personas con Discapacidad en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales para su completa realización personal y su total integración social, y a los de mayor grado y gravedad de discapacidad para la asistencia y tutela necesarias ³.

Junto a la citada normativa, tiene particular importancia la Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia ⁴ que suponía un punto de inflexión en el tratamiento integral de las personas con discapacidad y/o dependencia, pero que después de casi una década de desarrollo está muy lejos de lo que proponía, mejorar la autonomía personal y, por tanto, un tratamiento integral y no sólo curativo o rehabilitador de la dependencia o falta de capacidad funcional frente a las actividades de la vida diaria.

Por último, la *Convención Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (CDPD)* constituye una llamada a la toma de conciencia por parte de la Sociedad del Siglo XXI sobre la efectividad de los Derechos de las personas con discapacidad. El sistema de Derechos Humanos desarrollado por la ONU se ha mostrado insuficiente para proteger y promover los derechos de las personas con discapacidad. Estos se pueden clasificar en tres generaciones, la 1ªG. perseguía la Libertad, la 2ªG la Igualdad y la 3ªG el Compromiso Social y la Solidaridad. Los Derechos Humanos entendidos como un concepto histórico y, por tanto, evolutivo del mundo moderno que por cualidad debe de reconocer y hacer efectivos unos derechos humanos que tradicionalmente se han clasificado en civiles, políticos, sociales,

económicos y culturales. Entre los sociales se encuentra el Derecho a la Salud, reconocido en nuestra Constitución del 78 en el art 43. Su concepción social se debe a la interacción de estas personas con la Sociedad y, por tanto, a las repercusiones y efectos positivos que cabe esperar de la misma: apoyos, integración y normalización para mejorar su Bienestar y su Calidad de Vida.

La ONU reconoce en esta Convención que las personas con discapacidad representan la minoría más numerosa y desfavorecida que está en situación de desprotección y vulnerabilidad y cuyos derechos son violados de manera sistemática y por ello desarrolla este instrumento internacional para mejorar la toma de conciencia y tratar de fomentarlos para revertir esta situación.

La OMS ha establecido como consecuencia de esta Convención Internacional un *Plan de Acción 2014-21* para contribuir a que mejorar la Salud, el Bienestar y el reconocimiento y efectividad de los Derechos Humanos en las personas con discapacidad.

A nivel de la Unión Europea un estudio multicéntrico realizado entre 2005 y 2008 en 14 países, entre ellos España, utilizando una serie de indicadores de Salud para valorar el nivel de Salud de las personas con discapacidad intelectual. Los resultados observados en España señalan que las personas con discapacidad intelectual padecen más *trastornos de conducta* que la población general. Las limitaciones del estudio realizado en España condicionan que no se obtengan más evidencias.

1.2.- LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ANTE LA DISCAPACIDAD

La Promoción de la Salud constituye una estrategia poblacional necesaria e imprescindible que vincula a las personas con sus entornos medioambientales y sociales y, que con vistas a crear un futuro más *saludable*, combina la sinergia entre lo individual o personal con la Responsabilidad Social. Integra tanto las condiciones y los comportamientos necesarios para lograr *estilos de vida saludables* como el conjunto de actividades, recursos y procesos orientados al desarrollo global del ser humano, buscando una mayor igualdad de oportunidades para disfrutar de la Vida y fomentar

mayor satisfacción para vivirla, es decir, Bienestar y Calidad de Vida relacionada con la Salud.

La Discapacidad es el término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras, las limitaciones en la capacidad de funcionamiento para llevar a cabo las actividades de la vida personal y familiar y las restricciones en la participación social, según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS ⁵. En consecuencia, la Atención Sociosanitaria que reciben las personas con Discapacidad por parte de las instituciones y organizaciones sanitarias debe ser de Calidad y ante todo segura para no empeorar la situación y, por tanto, la capacidad de funcionamiento que ya está reducida en relación con la población general de referencia. Las Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo constituyen un grupo poblacional de pacientes que por sus características y factores condicionantes pueden presentar un mayor número de efectos adversos asistenciales y como consecuencia de dicha discapacidad, también están expuestas a una serie de riesgos sanitarios entre los que podemos destacar los relacionados con la comunicación, con los desplazamientos y con la medicación.

Al igual que para el conjunto de la población, para las personas con discapacidad y sus familias, la Salud y su atención es una de las mayores preocupaciones en el momento actual. La Salud en su sentido amplio es considerada cada vez más como un recurso para la Vida y esto es más relevante, por su impacto, en las personas con discapacidad. Una situación saludable –buen nivel de salud- es un Derecho necesario e imprescindible para el Bienestar, Autonomía y Calidad de Vida de estas personas.

Los pacientes con Discapacidad Intelectual, por el hecho de presentar esta discapacidad, reciben un peor trato que la población general, pero, lo que es aún peor, las leyes que supuestamente garantizan una asistencia sanitaria efectiva y de calidad para todos son, en ocasiones, una importante fuente de discriminación indirecta, puesto que en su intento de garantizar la igualdad ignoran que un colectivo con las características inherentes a la discapacidad intelectual tiene necesidades específicas para las que hay que aportar soluciones diferenciales. En estas personas se hace más relevante y trascendente la atención personalizada. Aspecto especialmente relevante

en aspectos como la adaptación de los Programas preventivos y de Educación para la Salud, flexibilización de los procedimientos y trámites de acceso a los servicios de Salud del Sistema Sanitario Español, desde la Atención Primaria a la Hospitalaria y la formación profesional y actitudinal de los profesionales sanitarios. Por todo lo cual, en el momento actual, se hace imprescindible mejorar las competencias transversales de *carácter humanístico* de los médicos y de los demás profesionales sanitarios.

Así pues, las desigualdades en el Estado de Salud del colectivo de personas con discapacidad intelectual deben ser analizadas desde la perspectiva de los Derechos Humanos y de la Ética Biomédica para procurar y perseguir su efectividad. Los esfuerzos de los Gobiernos para cumplir sus obligaciones en este ámbito, y por tanto, en el ámbito de la Salud, deben ser deliberados, concretos y de objetivos claramente trazados. En este sentido, se reconoce cada vez más la necesidad de sensibilizar y capacitar a los profesionales de la Salud acerca de los Derechos Humanos, haciendo hincapié en la ausencia de discriminación y acerca de la forma de abordar este asunto en todas sus dimensiones en las situaciones prácticas.

Al ser consideradas las personas con Discapacidad como “minusválidas”, se ha entendido, tradicionalmente y de manera paternalista, que sus derechos no van más allá de la *beneficencia* y la *solidaridad*. Sin embargo, como ciudadanos de pleno derecho, personas con diversidad funcional y con diferentes capacidades, han de gozar de los mismos Derechos y de similar efectividad de los servicios y prestaciones sanitarias para alcanzar los grados de Bienestar que cualquier otra persona. Las personas con discapacidad son seres humanos y, por consiguiente, tienen los mismos Derechos que todos los demás y el derecho a disfrutarlos en el mismo grado.

En las Sociedades occidentales, la defensa de los intereses de las personas con discapacidad, que equivale al fomento y defensa de sus Derechos u Oportunidades, es una prioridad de los Gobiernos que anteponen los Derechos Civiles y Sociales. En España, como en los países de nuestro entorno, se investiga y se realizan estrategias de intervención que faciliten la normalización de las personas con discapacidad en la sociedad.

En el contexto socioeconómico actual, las expectativas de los ciudadanos sólo se pueden alcanzar si los médicos se conciencian de la importancia, trascendencia e impacto de sus decisiones y actividades profesionales. El máximo valor y crédito del que dispone el Sistema Sanitario español se basa en los profesionales sanitarios. Estos adquieren su formación y competencia profesional en a través de Grado y el Postgrado y/o especialidad donde el conocimiento se convierte en algo útil, *competencias profesionales*, para la Sociedad por su aplicabilidad inmediata en las personas.

Si algo es importante y trascendente actualmente en el ámbito sanitario es tener profesionales sanitarios capaces de ofrecer actos sanitarios competentes y comprometidos basados en cuatro principios éticos:

«El *principio de primacía de Seguridad del Paciente* y, que una vez garantizada ésta, se busca el *Principio de Bienestar del paciente*, el *Principio de Autonomía del paciente* y el *Principio de Justicia Social*».

Hoy la Sociedad exige a sus profesionales sanitarios que actúen más allá de la norma y conjuguen el binomio de la libertad individual con el Compromiso Social. Por otra parte, la Calidad Asistencial en general y la Seguridad del paciente en particular, constituyen actualmente uno de los pilares básicos de un buen Sistema Sanitario. En consecuencia, la Atención Asistencial de Calidad y con Seguridad tiene por objetivo mantener a los individuos en estado funcional lo más normalizado posible, dado que la disfunción por la enfermedad y/o efectos adversos de la asistencia reduce significativamente el acceso a las oportunidades de la Vida. La Atención integral, al proteger su capacidad funcional física, psíquica y social, protege las oportunidades de todos (Art.9 y Art.49 de la Constitución Española de 1978) ¹.

Los profesionales de la Educación para la Salud, dado lo que se observa, nos sentimos entre la frustración y la impotencia profesional, ya que en muchas ocasiones ciertas deficiencias e inadaptaciones se podrían haber prevenido y evitado. Los fallos se acumulan hasta llegar en ocasiones a situaciones indignantes. ¿Qué hacer en estas situaciones? El silencio, en cierto modo, nos hace cómplices de una situación social,

que sigue siendo un caldo de cultivo para que surjan todo tipo de limitaciones. En consecuencia, se exige la implicación y aporte de todos los profesionales relacionados con las personas con discapacidad y, por supuesto, de ellos mismos. A pesar de las discapacidades, las personas tenemos Derechos, y su respeto y atención facilita que podamos ser plenamente humanos hasta el último instante vital.

Se trata pues, de poner los medios materiales y humanos que ayuden a conseguir esta gran meta para disfrutar así de una Sociedad más humanizada y comprometida con los Derechos y el Bienestar de todas las personas, lo que redundará en beneficio de todos y de la Sociedad en su conjunto. En este objetivo global y social, la Promoción de la Salud, precisamente, por su planteamiento integral de los condicionantes y del compromiso con la Salud de las personas, posibilita y exige una perspectiva nueva de la relación entre la Salud y la compleja cuestión de la discapacidad.

Reflexionar sobre la cuestión de la discapacidad e intentar comprender la situación de las personas con limitaciones específicas, no sólo servirá para responder mejor a sus necesidades, sino también nos aportará una mejor comprensión de nosotros mismos y de la responsabilidad que tenemos con nosotros mismos y con los demás, como profesionales y como personas.

Por lo que todos somos temporalmente válidos y un día u otro, con la edad, la enfermedad, los accidentes y los problemas degenerativos y/o sensoriales aparecerán limitaciones físicas, psíquicas y/o sensoriales, que no sólo cuestionarán el sentido de la vida, sino que obligarán a una adaptación difícil, pero necesaria para seguir viviendo. Incluso en esta situación, importa saber y poder vivir con motivación y satisfacción⁶.

Un objetivo futuro fundamental sería, incluir la Educación para la Salud como un pilar básico del *currículum* y aprendizaje para su autonomía en las etapas de la vida adulta de las personas con discapacidad intelectual. Dichas personas deben recibir información adecuada y comprensible que les permita evitar riesgos sanitarios y/o sociales y mantener estilos de vida saludables para conseguir un *envejecimiento aunque precoz, saludable*.

La meta es la Promoción de la Vida autónoma e independiente, como reclaman y buscan las personas con discapacidad con mayores capacidades, tarea a la que tanto puede contribuir la Promoción de la Salud, tal como la entiende la Organización Mundial de la Salud (OMS) con sus planes de Salud para todos. La sociedad saludable se conseguirá con la colaboración de todos y de ella depende nuestro Desarrollo Social y Bienestar.

1.3.- LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

1.3.1.- Orígenes y desarrollo

La Atención Sociosanitaria (ASS) según establece la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario es aquella que tiene que aportar *“un conjunto de cuidados a enfermos, generalmente crónicos, que pueden beneficiarse de la actuación sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía”*. Esto implica que responde a situaciones de necesidades complejas, que requieren respuestas de ambos sectores en coordinación y colaboración. Su *objetivo fundamental* es garantizar la *continuidad de cuidados* a los pacientes, fundamentando su atención en la Atención Integral a la persona para garantizar su autonomía y su máximo nivel de Bienestar y Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS), tratando de tener presente sus condiciones familiares y del entorno y a ser posible manteniendo al paciente en su domicilio y en su entorno habitual. Es decir, la Atención Sociosanitaria constituye un complejo sistema funcional y real de un conjunto complejo de prestaciones sanitarias, sociales y económicas en las que intervienen diversos profesionales interdisciplinarios que tratan de atender las múltiples necesidades de los pacientes mayores crónicos, con dependencia y/o discapacidad. Esta división funcional entre los ámbitos y sectores sanitarios, sociales y/o económicos es en la vida real de las personas y de los pacientes irreal, los pacientes llevan consigo funcionalmente hablando lo biológico, anatómico y la capacidad funcional física y psíquica como se lleva un traje, de manera integral e integrada. Aspecto que no ocurre en la atención de sus problemas y necesidades.

El desarrollo de la Atención Sociosanitaria tiene un doble origen, central y autonómico, con lo que la variedad y riqueza de programas asistenciales queda limitada al mismo tiempo por la falta de una entidad de coordinación única o autoridad gestora de la Atención Sociosanitaria (ASS). La competencia exclusiva en Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas (CCAA), la transferencia de la gestión sanitaria a las CCAA, unido a las distintas tradiciones culturales y prácticas profesionales, implica que hablar de ASS sea un problema complejo. Lo que se constata en todo caso es que con distinto ritmo y diferente intensidad la ASS se está incorporando a la agenda pública en prácticamente todas las CCAA ya que en todas ellas el problema del impacto del envejecimiento y los cambios en las expectativas sanitarias y sociales de los ciudadanos exigen una respuesta pública.

Cada CCAA está marcando su propia trayectoria en la definición y desarrollo de la ASS a pesar de los esfuerzos de coordinación que se están llevando a cabo a nivel estatal. No cabe duda que este protagonismo en el origen y en el desarrollo de la ASS ha condicionado todo el desarrollo posterior de los modelos no sólo por el «origen sanitario» sino también, y en ello hay que insistir, por el desarrollo desigual existente entre el modelo sanitario (universal, gratuito, con amplia capacidad de recursos y reconocimiento social) y el modelo de Servicios Sociales (de limitada cobertura, sometido a carga de prueba, de escasos recursos y bajo reconocimiento social). Y sin embargo se da una clara paradoja, en el sentido de que el mayor peso «institucional» de lo sanitario en el diseño de los modelos de ASS no se corresponde realmente con el volumen de gasto social, público y privado, del ámbito de los servicios sociales a pesar, y en ello hay que insistir, de las bajas tasas de cobertura de los Servicios Sociales en comparación con países de nuestro entorno.

El problema de la ASS, desde el punto de vista de sus orígenes y desarrollo, es la dificultad del «acercamiento entre el Sistema Sanitario y el Social», que después del impulso inicial de los años 1994-1996, aparece hoy parcialmente bloqueado en su dimensión estatal en parte por la pérdida de impulso político de la ASS y, en parte, por la precariedad de los recursos de los propios Servicios Sociales en comparación con los recursos sanitarios, ya que aunque los primeros han tenido un crecimiento notable

durante los últimos quince años son, sin embargo, insuficientes para hacer frente al reto de la dependencia. Este desequilibrio es constatado sobre todo por los propios profesionales y responsables de los Servicios Sociales hasta el punto de existir de manera latente e incluso explícita un recelo ante el «poder» del Sistema Sanitario, frente al que los profesionales de este sector tienden a posicionarse en situación de inferioridad. Además, los Servicios Sociales son mucho menos conocidos que los Servicios Sanitarios, mientras que las necesidades sanitarias son relativamente más claras para la gente por razones culturales y por el peso social e institucional del Sistema Sanitario.

Existe, por tanto, un claro desarrollo desigual de la ASS tanto en lo que se refiere al compromiso institucional con el problema como en lo referente a los recursos que se dedican y la relación de coordinación que se establece entre el Sistema Sanitario y los Servicios Sociales. Ello no minusvalora el que se estén dando pasos efectivos a favor de la institucionalización de la ASS tal como puede comprobarse no sólo en los nuevos planes sanitarios y de atención a las personas mayores, personas con discapacidad, etc, en las diferentes CCAA; sino también en el propio discurso político, que empieza a interesarse en el problema de la protección social de la dependencia decantándose en favor de la «integración y coordinación de los Servicios Sanitarios entre sí y con los Servicios Sociales».

El énfasis en la institucionalización de la Atención Sociosanitaria es compartida por los profesionales sanitarios y de los Servicios Sociales, así como por los responsables políticos, ya que se entiende que ese compromiso político, concretado en programas y planes de acción con suficiente soporte financiero, permitiría resolver muchos de los problemas actuales de la atención a las personas dependientes que precisan de manera conjunta Asistencia Sanitaria y apoyo social en un grado u otro para poder desenvolverse con cierta autonomía en la vida cotidiana.

1.3.2.- La Atención Sociosanitaria como necesidad

En una revisión sobre la organización administrativa y política de la ASS de las Comunidades Autónomas (CCAA) españolas se observa que la mayoría tienen

dividido a ambos sectores excepto dos: Castilla la Mancha y Extremadura y todas las CCAAs uniprovinciales lo tienen en una única Consejería. Aspecto del organigrama (modelo) que no tiene por qué determinar su funcionamiento y proceso que se realiza de manera habitual (sistema); pero que puede resultar indicativo de lo que ocurre de manera general y de los que se propone desde el punto de vista asistencial. Es decir, existe una gran variabilidad en la organización y gestión de la ASS de nuestro país.

Las **ventajas** de la integración en un Sistema único son:

- . Mejorar las respuestas a las necesidades de los pacientes y sus familiares.
- . Facilitar y simplificar la toma de decisiones al estar concentradas en grupos de expertos más reducidos.
- . Facilitar el uso racional de los recursos y su eficiencia.
- . Reducir los tiempos de respuesta y los fallos de comunicación.
- . Conseguir mayor satisfacción de los pacientes, des los familiares y profesionales.

La Atención Sociosanitaria es la respuesta social e institucional a las diferentes situaciones de discapacidad y/o dependencia. Las necesidades sociosanitarias pueden ser definidas por su objetivo, contenido, por su metodología de atención y por el derecho que generan.

Por su objetivo la Atención Sociosanitaria es una intervención unificada en favor de una población con necesidades sanitarias y sociales al mismo tiempo y que requiere la continuidad de los cuidados relativamente prolongados. El que predominen necesidades más o menos sanitarias o sociales depende de cada caso concreto, pero la presencia de ambas necesidades tiende a coincidir en la mayoría de los casos. Estamos ante la intersección de necesidades cambiantes a lo largo del ciclo vital de las personas; pero sin ser indivisibles, en la personas con discapacidad y/o de dependencia los problemas y necesidades sanitarias y sociales van en un *continuum* entre lo sanitario y lo social. Sin embargo, las respuestas a los problemas van divididas, por un lado lo sanitario y por otro lo social, lo que provoca ineficiencias, desajustes y falta de

continuidad lo que da lugar a múltiples actuaciones y a costes innecesarios. Desde este punto de vista hay que enfatizar en que la ASS no es una red de recursos ni un simple sistema de colaboración entre profesionales, aspectos todos ellos importantes pero meramente instrumentales.

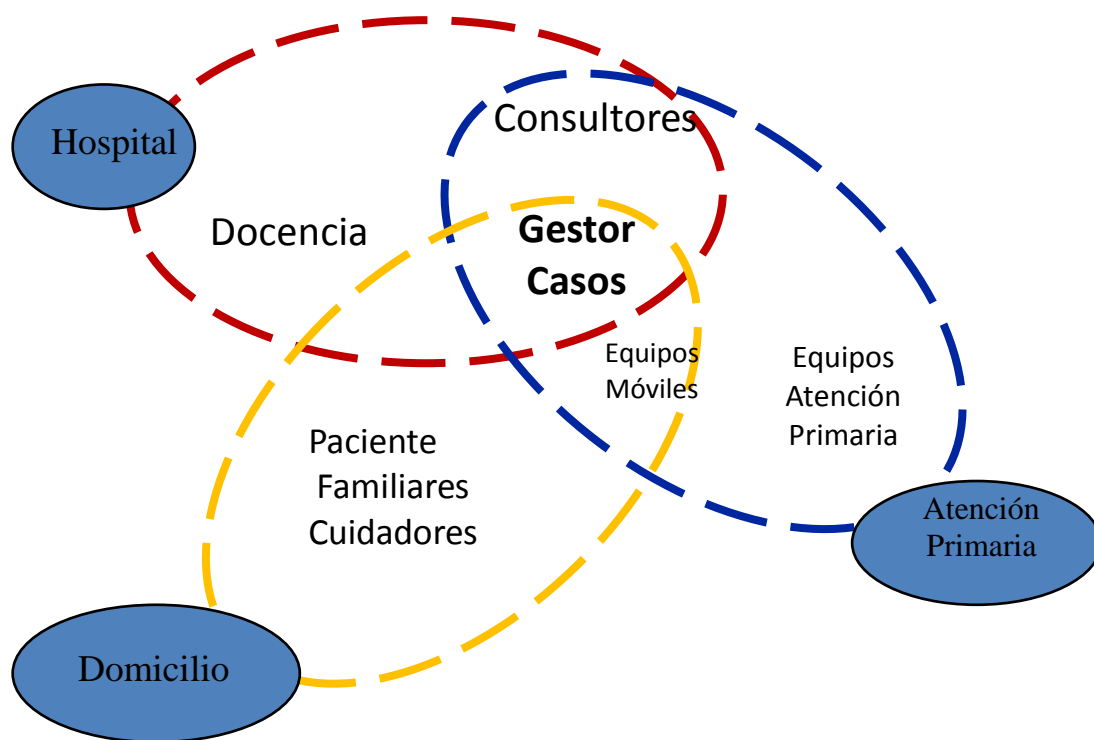
El Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia crea los Equipos de Promoción de la Autonomía Personal (EPAP) y establece un sistema integrado de prestaciones basado en las prestaciones sanitarias, recogidas en la normativa sanitaria, más las prestaciones sociales. Estas son las siguientes: Prevención de situaciones de dependencia y Promoción de la Autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día/noche, atención residencial y servicios de respiro. Más prestaciones económicas que corresponda, prestación vinculada a servicio, prestación para cuidados en el entorno familiar y prestación de asistencia personal.

Las prestaciones sanitarias están recogidas en el RD 1030/2006 de 15 de septiembre, actualizado por Orden SAS/1904/2009 de 8 de julio que modifica el anterior y Orden SAS/1466/2010 de 28 de Mayo que actualiza el Anexo VI del RD 1030/2006 y las prestaciones sociales para situaciones de dependencia estipuladas en la Ley 39/2006, 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.

El objetivo de la integración o sistema único es pasar de un sistema dual o fragmentado en donde individuo recibe y solicita prestaciones sanitarias y prestaciones sociales por separado a un modelo de responsabilidad compartida en que hay que tener presente las necesidades en base a las proyecciones de población dependiente y sus grados, I o moderados, II o graves y III o grandes dependientes. En el tipo de atención hay que tener presente las preferencias de los pacientes y/o usuarios sobre la asistencia y servicios a recibir, donde y por quién. Es decir, en domicilio por cuidadores formales o informales o en centros asistenciales de día u otros y tratar de conseguir la eficiencia o sostenibilidad del sistema para que persista y se mejore a lo largo del tiempo.

La integración de los servicios sociosanitarios a nivel nacional se ha venido intentando desde hace tiempo y se puede establecer su comienzo con el Plan Gerontológico Nacional que tenía por objetivo la provisión de servicios sociosanitarios para promover el envejecimiento saludable. La ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de la Salud de 2003 que define la ASS como la prestación de un conjunto de cuidados destinados a enfermos que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea o sinérgica que permite paliar sus limitaciones y aumentar su autonomía. En 1995 por el RD 63, se realiza la reordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de la Salud y en 2009 por RD 542 se estructura el organigrama del Ministerio de Sanidad que incorpora la Secretaría de Estado de Política Social . Familia y Atención a la Dependencia. Por último, la ley 39/2006, 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia desarrolla el Sistema de Atención a la Autonomía Personal y la Dependencia y las prestaciones para atender a las personas en situación de dependencia.

Por su contenido, la Atención Sociosanitaria es la confluencia de dos necesidades en uno u otro grado: tratamientos clínicos y apoyo al ejercicio de las actividades de la vida diaria, y que se traduce en cuidados domiciliarios y residenciales organizados a lo largo de una continuidad asistencial. Atención sanitaria, rehabilitación y apoyo social forman los tres elementos básicos de la ASS. En todos los modelos propuestos lo importante es la continuidad de los cuidados y la resolución de los problemas por equipos multiprofesionales⁷.



MODELO DE ATENCIÓN SS, OMS

La ASS es también un método asistencial que no debe suponer necesariamente la creación de una red asistencial nueva o específica. Se trata, por el contrario, de una atención en red. En este sentido se trata más bien de crear o facilitar un nuevo estilo de intervención asistencial a necesidades sociosanitarias nuevas, un método de trabajo interdisciplinar, una nueva forma de hacer las cosas, y que suele denominarse como coordinación sociosanitaria y multidisciplinariedad. De manera más concreta, la coordinación sociosanitaria no es sino «integración de recursos» y la colaboración activa entre profesionales sanitarios y sociales.

Finalmente la necesidad sociosanitaria se contempla como un derecho subjetivo, el llamado *Derecho a la protección de la dependencia*. El actual sistema protector no garantiza ese derecho sino parcialmente a través del Sistema Sanitario y muy secundariamente por parte de los Servicios Sociales⁸⁻¹¹. En el contexto actual de crisis socioeconómica ha quedado evidente que no es una prioridad para la mayoría de los

Gobiernos Autonómicos y su desarrollo de la ley de dependencia ha sido desigual y sin equidad entre las regiones de nuestro país.

1.4.- MAGNITUD E IMPORTANCIA DE LA DISCAPACIDAD

Las personas con Discapacidad son un grupo poblacional importante cuantitativamente, según las diversas Encuestas y estudios realizados para conocer la frecuencia de la discapacidad en España, establecen una prevalencia de personas con discapacidad que se sitúa entre el 9% y el 10%. Es decir, por cada 100 habitantes que viven en nuestro país, 10 sufren algún tipo de discapacidad. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), a fecha de 1 de enero de 2010, el número de personas con discapacidad intelectual en España se situaba entre el 0.37-1%. Es decir, 400.000 personas del total de los 4 millones de personas con discapacidad.

En España, según datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD) ¹², las personas que declaran tener alguna discapacidad asciende a 3.847.900, lo que supone un 8.5% de la población. Según datos del servicio de información de la discapacidad, en las nueve provincias de Castilla y León existen aproximadamente 160.000 personas con discapacidad. A nivel mundial, unos 600.000.000 de personas viven con algún tipo de discapacidad ¹³.

Se puede afirmar que la Discapacidad como situación o deficiencia es una de las patologías y/o situaciones más frecuentes en el mundo, sin embargo, son pocos los países que cuentan con estudios rigurosos, válidos y fiables en relación a este grupo poblacional. El continuo incremento del número de situaciones de discapacidad debido, entre otras causas, al envejecimiento de la población y a la supervivencia ante enfermedades crónicas y accidentes de tráfico, ocupacionales o deportivos que antes resultaban mortales, ha provocado un creciente interés por el conocimiento de su realidad.

En consecuencia, la *alta prevalencia* de personas con Discapacidad en España convierte a este grupo poblacional específico en un importante problema social y de

Salud Pública, constituyendo en consecuencia, una prioridad de estudio e investigación dado que se tienen escasas evidencias científicas y asistenciales de dicho grupo de pacientes en el terreno sanitario de Gestión y Salud Pública, con el objetivo de conseguir igualdad y equidad en la Atención Sanitaria y Social.

1.5.- CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD CLÍNICA

La preocupación por la Calidad de la Asistencia al enfermo no es novedosa, ya en la Medicina hipocrática del siglo V a.C. se establecía el principio de *“Primum non Nocere”* (*Ante todo no provocar daño*). Actualmente es una de las prioridades de los Sistemas Sanitarios en los países desarrollados. Desde la década de los 80, se viene estudiando la Seguridad Clínica del paciente (SP), en concreto, el primer estudio se realizó en Harvard (EEUU) en 1984, luego se han venido realizando diversas investigaciones en la década de los 90 hasta que se generaliza la preocupación mundial a raíz de la publicación del informe *“Errar es humano”*, del Instituto de Medicina de Estados Unidos. Posteriormente, toma el testigo en el fomento e investigación sobre la Seguridad del Paciente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹⁴ en el año 2004 y la Unión Europea con la Declaración de Luxemburgo un año después en el que promueve el desarrollo de políticas sanitarias en diferentes países y modelos tendentes a mejorar la Calidad Asistencial y, particularmente, la Seguridad del Paciente al objeto de conocer y prevenir los daños surgidos en la Asistencia Sanitaria.

De este modo, la SP se ha perfilado en las últimas décadas como un valor esencial en la visión estratégica de toda organización sanitaria. De hecho, en España se ha considerado prioritaria, mereciendo una mención específica en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ¹⁵. En su artículo 59 se dice específicamente que *“la mejora de la calidad en el sistema sanitario debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas”* y que en el registro de eventos adversos formará parte constituyente de la infraestructura de mejora de la calidad,

con la función de “recoger información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de Seguridad para el paciente”.

La mayor parte de los estudios epidemiológicos que se han realizado en relación con la Seguridad Clínica, se han llevado a cabo en hospitales, debido a que los riesgos asociados con la Atención Hospitalaria son mayores, y siguiendo una metodología retrospectiva a partir de la revisión de la Historia Clínica sobre las consecuencias no deseadas en la práctica sanitaria. En España, haciéndose eco de esta necesidad, la primera experiencia institucional y global se presenta en el año 2005 promovida por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y se plasma en un estudio denominado con el acrónimo ENEAS, Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización^{14,16}. Se trata de un estudio retrospectivo de cohortes que se realizó en 24 hospitales en pacientes de más de 24 horas de hospitalización. Por la magnitud de la investigación, el estudio ENEAS es el segundo más completo sobre esta materia realizado hasta la fecha en Europa, y el quinto a nivel mundial. Otro estudio realizado es el Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS)¹⁷. Del mismo modo, se han realizado esfuerzos parecidos en otros ámbitos, casi siempre en el nivel hospitalario de atención, tanto nacionales como mediante iniciativas de colaboración internacionales. Entre los estudios en SP, destacan los realizados en Estados Unidos¹⁸⁻²⁰, Australia²¹, Reino Unido²², Dinamarca²³, Nueva Zelanda²⁴, Canadá²⁵⁻²⁷, Francia²⁸, España^{29,30} y Países Bajos³¹. Todos comparten la definición de EA y están basados en la revisión de la historia clínica de los pacientes.

Posteriormente en España y como consecuencia de este impulso institucional, se han venido desarrollando diversos estudios en los que se incluyen no sólo la valoración de los niveles de efectos adversos, sino estudios sobre herramientas, fomento de la cultura de la Seguridad, etc. Todos ellos tienen en común que se refieren a población general y no a grupos específicos de pacientes.

En nuestro país y a nivel internacional existen pocos estudios epidemiológicos que traten de conocer globalmente las enfermedades crónicas asociadas a las personas con

discapacidad, la Calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente; en consecuencia, es necesario, oportuno e imprescindible realizar una valoración de morbilidad asociada a los distintos tipos de discapacidad, valorar la situación sanitaria, la Calidad Asistencial y la Seguridad Clínica de las personas con Discapacidad Intelectual, para poder intervenir y mejorar la efectividad del conjunto del Sistema Sanitario en este importante e indefenso grupo poblacional. Por lo que esta es la primera iniciativa en explorar frecuencia, impacto y evitabilidad de los EA en este ámbito y además en establecer una comparación con la población general.

Un componente fundamental de la Calidad Asistencial es la prevención de los errores de todo tipo. Analizamos el error en Medicina como Ciencia falible y como tal no es comprendida incluso por los profesionales sanitarios. Esto puede tener su explicación en el tipo de razonamiento que ha predominado en el siglo XX, y que se mantiene en la actualidad, en el sentido de que todo efecto tiene necesariamente una causa que lo produce; no se admite que se produzcan hechos al azar, y en Medicina, como Ciencia biológica con implicaciones psicológicas, socio-culturales y la forma en que se ejerce, está sujeta a numerosas variables que escapan al buen quehacer profesional de los sanitarios y de la que resultan efectos no deseados.

Se debe estar permanentemente trabajando para prevenir enfermedades, efectos adversos, facilitar un clima de comunicación entre los profesionales, la propia administración y los ciudadanos para cambiar esta cultura punitiva, que puede derivarse de la consideración de que detrás de un accidente siempre hay un responsable que debe responder de él, por una cultura de mejora continua que aprenda de los problemas y garantice una asistencia de calidad y, por lo tanto, también de seguridad. El abordaje de los efectos adversos ha de ser necesariamente multidisciplinario, cabe el abordaje jurídico en el mismo plano que el epidemiológico, organizacional y clínico, y todos ellos incorporados en los programas de calidad para garantizar al ciudadano la máxima seguridad en su paso por el Sistema sanitario. Porque es nuestra aspiración que el paciente, ciudadano, confíe en su Sistema sanitario y en cada uno de los profesionales que lo componen ³².

Otro elemento clave de la Calidad Asistencial es la Seguridad del Paciente, en orden a que el paciente reciba una atención médica diagnóstica y terapéutica adecuada para aliviar, mejorar o recuperar su Salud. Forma parte de los modelos y atributos de los Sistemas Sanitarios que gestionan la Calidad de la Atención al paciente con protocolos de actuación, desarrollo normativo, etc. Se entiende por Seguridad del paciente *“la ausencia de acontecimientos no deseados para el paciente en el curso de la Asistencia Sanitaria”*. Esta definición incluye cualquier daño causado al paciente por el personal sanitario así como por las deficiencias del Sistema Asistencial. La Seguridad Clínica es la prioridad básica en la Medicina Asistencial³³⁻³⁹. Evitar las complicaciones, incidentes, los efectos adversos y/o errores médicos, es el reto a prevenir en cualquier actuación médica, siendo el más grave que el paciente fallezca a consecuencia de los mismos⁴⁰⁻⁴⁹.

Dada la dimensión mundial de las consecuencias de la Asistencia Sanitaria, la Seguridad del Paciente se considera hoy día un aspecto clave de las políticas de Calidad de los Sistemas de Salud y, por ello, es un objetivo fundamental de los gestores sanitarios. En España, la inquietud por la Seguridad del paciente queda reflejada en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud de 2006, en su estrategia ocho, dónde se recogen una serie de medidas para mejorar la Seguridad del paciente⁵⁰.

El ejercicio profesional y las consecuencias de los posibles errores están ahora sometidos al escrutinio público, como nunca antes había pasado.. Varios factores se agregan a la visibilidad estadística, baste señalar el incremento en el nivel educativo de las poblaciones, ya no sólo de los países desarrollados, sino también de economías intermedias; el fácil acceso a información a través de internet y nuevas tecnologías de la información y comunicación (TICs), a través de las cuales cualquier persona no relacionada profesionalmente con la Atención Sanitaria pueda encontrar enormes cantidades de información sobre procedimientos diagnósticos o terapéuticos; la existencia de medios de comunicación más atentos y críticos con la actuación de los profesionales de la salud; o la creciente tendencia en las demandas de carácter legal

contra profesionales sanitarios y hospitales. El resultado de todo ello, es un entorno cada vez más exigente hacia los profesionales y Sistemas Sanitarios ⁵¹.

1.5.1.- Normativa Legal

En España, los instrumentos legislativos que velan por la Seguridad del Paciente son la Ley de 19 de julio de 1984, general para la defensa de los consumidores y usuarios ⁵²; la Ley de 20 de diciembre de 1990, del medicamento ⁵³; la Ley de 14 de noviembre de 2002, reguladora de la Autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica ⁴; la Ley de 28 de mayo de 2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, el Real Decreto de 25 de junio de 2004, que desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo ⁵⁴ y la Ley de 15 de mayo de 2013, de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad ⁵⁵.

1.6.- ÉTICA Y SEGURIDAD CLÍNICA

Se considera hoy que los principios éticos son parte fundamental de la investigación que involucra a seres humanos y que la investigación y la ética deben estar ligadas íntima e inseparablemente. El *consentimiento informado* tiene un claro y definido ordenamiento jurídico y deontológico, que están contenidos en el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, y la Ley General de Sanidad de 1986 ⁵⁶, dentro de la carta de derechos y deberes de los usuarios. El *consentimiento informado* consiste en la obligación de informar a los pacientes de todos aquellos aspectos que son importantes para que puedan tomar una determinación y permita intervenciones sobre su cuerpo.

Aunque en principio es obligatorio obtener consentimiento informado en todas las investigaciones, hay circunstancias especiales en la cuales no es práctico obtenerlo de cada sujeto por escrito, ya que hay investigaciones que emplean técnicas que no conllevan riesgos. Estas incluyen estudios basados en información recolectada

previamente y donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participantes. Sin embargo, el investigador no puede iniciar ninguna investigación en sujetos humanos hasta no haber recibido aprobación explícita para no solicitar consentimiento por parte del Comité de investigación y ética correspondiente.

Este estudio se ha realizado siguiendo las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y de la Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud. Estableciéndose las condiciones necesarias para garantizar el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal⁵⁷. Los dos revisores estábamos obligados a mantener confidencialidad sobre la información a la que teníamos acceso en el transcurso del estudio, como en cualquier otra de nuestras actividades profesionales. La presentación de datos siempre ha sido agregada, de tal modo que en ningún caso a partir de la difusión de datos se pueda llegar a la identificación de un paciente⁵⁸⁻⁶¹.

1.7.- OBJETIVOS

1.7.1.- Objetivo general

- Conocer, analizar y valorar la Calidad Asistencial y Seguridad Clínica recibida por las personas adultas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo comparada con las personas sin Discapacidad de la Población General de referencia.

1.7.2.- Objetivos específicos

- Conocer si la condición y/o situación de ser persona con Discapacidad es un Factor determinante de Riesgo en la Seguridad Clínica del paciente o frente a los efectos adversos asistenciales.
- Establecer la prevalencia de efectos adversos en las personas con discapacidad intelectual en comparación con la población de referencia.
- Determinar qué efectos adversos relacionados y/o asociados con medicamentos en personas con Discapacidad Intelectual en relación con la población general de referencia.
- Valorar qué variables independientes se asocian a los efectos adversos asistenciales de las personas con Discapacidad Intelectual.
- Analizar y valorar el consumo de fármacos en PADI.

El trabajo permitirá comprobar las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis nula:** No existen diferencias significativas entre la Seguridad Clínica de la Población General y las personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo.
- **Hipótesis alternativa:** Existen diferencias significativas, que no se explican por el azar, entre las personas con Discapacidad Intelectual y la Población General de referencia. En consecuencia, hay que buscar variables epidemiológicas que influyen y condicionan la variable dependiente o de resultado –efectos adversos asistenciales en personas con Discapacidad Intelectual-.

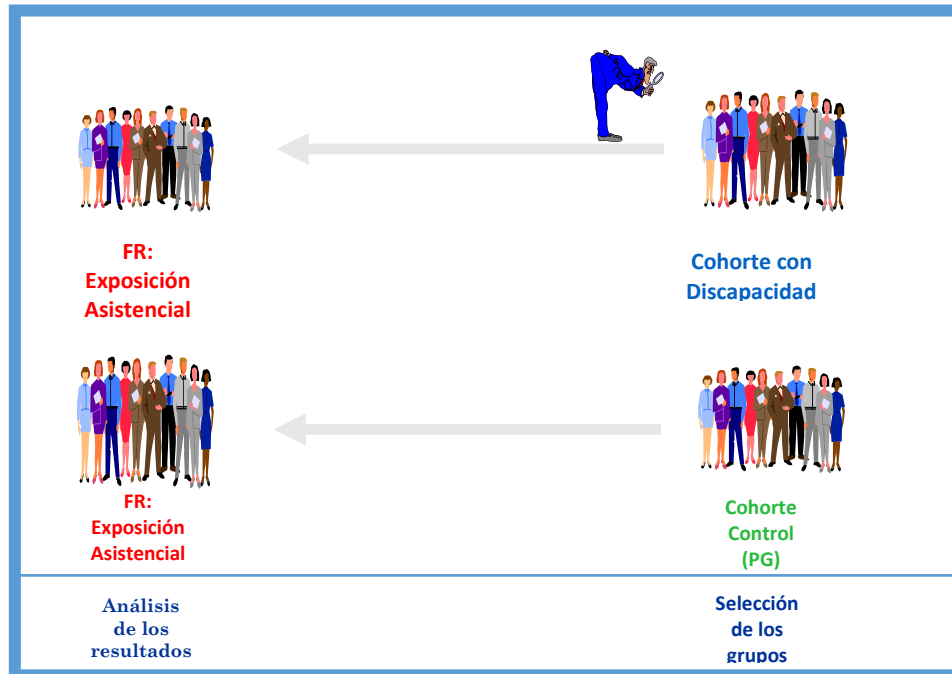
2. MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación aplicada y de Salud Pública que se plantea en este trabajo de tesis doctoral se encuadra en un temas de máxima actualidad y prioridad en nuestro sistema sanitario como es la Calidad Asistencial y tiene como objetivo analizar Seguridad Clínica de las personas con Discapacidad Intelectual mediante un estudio de **cohortes retrospectivo con grupo control**, personas de la población general sin discapacidad.

Dicho trabajo se enmarca dentro de la Planificación Sanitaria y de Salud Pública y permite obtener información adecuada y necesaria para la toma de decisiones en relación a los efectos adversos asistenciales.

2.1.- DISEÑO DEL ESTUDIO

Para conseguir los objetivos propuestos en esta investigación se realizó un Estudio de Cohortes, estudio epidemiológico observacional analítico de carácter retrospectivo o estudio de cohorte histórico ⁶².



Estructura básica del diseño de Cohortes Históricas

La *Cohorte con Discapacidad* está constituida por Personas Adultas con Discapacidad Intelectual (PADI) de Salamanca capital y provincia pertenecientes a las Asociaciones de la Federación FEAPS Castilla y León, y la *Cohorte Control* son personas de la Población General de referencia de las PADI que son seleccionados e incluidos, con la misma edad, sexo y otras variables epidemiológicas mediante un emparejamiento 1 a 1 entre *las dos cohortes*. La única diferencia entre las dos *Cohortes* será el reconocimiento de Discapacidad y, por tanto, *Personas con Discapacidad (Cohorte de Discapacidad)* y no reconocimiento de Discapacidad (*Cohorte sin Discapacidad o Control*).

Este tipo de estudio epidemiológico permite comparar las dos Cohortes expuestas a la Atención asistencial y, por tanto, al riesgo de efectos adversos. También permite comprobar hipótesis y además tiene un nivel de evidencia científica, según los Task Force, de grado II-2 y 2b de Centre for Evidence -Based Medicina (CEBM) de Oxford, es decir, cuenta con un rigor científico suficiente para tomar decisiones de Gestión Sanitaria⁶³⁻⁶⁵.

2.2.- FUENTE DE DATOS

Las fuentes de datos e información han sido las Historias Clínicas de las *Cohortes con discapacidad*, con reconocimiento oficial de Discapacidad, de Salamanca y otras provincias pertenecientes a las Asociaciones de la Federación FEAPS Castilla y León y que han sido hospitalizados son atendidas en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca en el periodo comprendido entre el año 2008 y el año 2012) y de la *Cohorte de Control* personas sin Discapacidad de la Población General de referencia, de Salamanca y otras provincias que son hospitalizadas y atendidas en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca en el mismo periodo.

2.3.- ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio se corresponde con el Área de Salud de Salamanca y, ésta se corresponde, según la ordenación sanitaria del Servicio de Salud de Castilla y León con Salamanca capital y provincia. El estudio se realizó desde el Departamento Universitario de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Salamanca que se encuentra en la Facultad de Medicina con profesionales sanitarios especialistas y expertos en Discapacidad y en Medicina Basada en la Evidencia.

2.4.- POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población sometida a estudio son las personas con y sin Discapacidad Intelectual que residen de manera habitual en Castilla y León y que han sido atendidas en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca. La *Cohorte con discapacidad* quedo integrada por 92 pacientes que son personas con reconocimiento legal de Discapacidad Intelectual, es decir, aquellas que tienen el mínimo del 33% de la minusvalía reconocida por los Equipos de Valoración y Orientación (EVO, Centros Base de la Junta de Castilla y León), y la *Cohorte Control* (92 pacientes que son personas sin Discapacidad Intelectual).

Los criterios de inclusión como ***Cohorte Discapacidad*** son los siguientes:

- 1.- Personas calificadas y reconocidas como Discapacitadas Intelectuales >18 años.
- 2.- Personas con Discapacidad Intelectual que hayan estado hospitalizadas más de 1 día.
- 3.- Sujetos de ambos géneros, de diferentes Síndromes de Discapacidad Intelectual.
- 4.- Sujetos de diferentes grupos de edad y sexo.
- 5.- Pacientes diagnosticados de Discapacidad Intelectual dependientes y autónomos e independientes en relación a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

Los criterios de exclusión de los **Cohorte Discapacidad** son los siguientes:

- 1.- Pacientes diagnosticados recientemente de Discapacidad, menos de 6 meses.
- 2.- Personas con Discapacidad Intelectual menores de 18 años.
- 3.- Personas con Discapacidad Intelectual que hayan estado hospitalizadas menos de 1 día.
- 4.- Profesionales sanitarios Discapacitados (médicos, enfermeros, fisioterapeutas...).

Los criterios de inclusión como **Cohorte Control** son los siguientes:

- 1.- Personas sin Discapacidad Intelectual mayores de 18 años.
- 2.- Personas de la Población General que hayan estado hospitalizadas más de 1 día.
- 3.- Sujetos de diferentes grupos de edad y sexo.
- 4.- Personas sin eventos epidemiológicos y/o patologías que puedan comportarse como factor de confusión en relación con la Discapacidad Intelectual.
- 5.- Sujetos de diferentes niveles de instrucción y/o clase social.

Los criterios de exclusión de la **Cohorte de Controles** son los siguientes:

- 1.- Personas sin Discapacidad Intelectual menores de 18 años.
- 2.- Personas de la Población General que hayan estado hospitalizadas menos de 1 día.
- 3.- Profesionales sanitarios de la Población General (médicos, enfermeros, fisioterapeutas...).

La selección final de los pacientes de las diferentes cohortes ha sido realizada mediante un sistema de muestreo y aleatorización por números aleatorios.

2.5.- EMPAREJAMIENTO DE LAS COHORTES

El Servicio de Documentación del Hospital Clínico Universitario de Salamanca puso a disposición de los investigadores todas las altas de hospitalización del periodo comprendido entre el año 2008 y el año 2012 que cumplieran el criterio de inclusión estancia hospitalaria superior a 24 horas. En estas altas se facilitó la fecha de ingreso, el sexo, el diagnóstico de ingreso, el grupo relacionado con el diagnóstico (GRD) y la edad. Cada historia clínica de personas con discapacidad Intelectual (***Cohorte Discapacidad***) se ha emparejado con la historia clínica de otra persona sin discapacidad Intelectual (***Cohorte Control***), buscando en todo momento la máxima coincidencia en las siguientes variables: Año, diagnóstico, grupo relacionado con el diagnóstico (GRD), edad y sexo, y siguiendo ese orden. Con todo ello se perseguía que las *Cohortes* fueran parecidas lo máximo posible en cuanto a Factores de Riesgo, diferenciándose únicamente en el hecho de ser discapacitado o no. En primer lugar, se buscaba la pareja dentro del mismo año, posteriormente se buscaba la pareja que tuviera el mismo diagnóstico y GRD, pero si no se encontraba una pareja que tuviera el mismo diagnóstico o el mismo GRD, no se consideraba posible el emparejamiento. No obstante, siempre ha sido posible encontrar otro sujeto que coincidiera en una o en ambas variables con la *Cohorte con Discapacidad* dentro del periodo de estudio. Después, se consideraba de entre todos los ingresos de ese año o de los inmediatamente adyacentes, aquel que tuviera la misma o la más cercana edad posible. Y finalmente, se buscaba al individuo con el mismo sexo que el discapacitado, si había opción para ello.

2.5.1.- Valoración de la calidad del emparejamiento

-Emparejamiento por año de ingreso

	Frecuencia	Porcentaje
NO	26	14,1
SI	158	85,9
Total	184	100,0

El 85,9% de las parejas de las **Cohortes** ingresan el mismo año en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

-Emparejamiento por sexo

	Frecuencia	Porcentaje
NO	46	25,0
SI	138	75,0
Total	184	100,0

El 75% de las parejas **Cohorte Discapacidad y Cohorte Control** son del mismo sexo.

-Emparejamiento por edad

N	184
Perdidos	0
Media	3,0652
Mediana	1
Moda	0
Desv. típica	9,94499
Mínimo	-23
Máximo	55

La diferencia de edad entre la **Cohorte Discapacidad y Cohorte Control** es de 3,065 años.

	Frecuencia	Porcentaje
<= 5 años	122	66,3
> 5 años	62	33,7
Total	184	100,0

El 66.3% del total de pacientes tiene una diferencia de edad menor o igual a 5 años, 61 parejas Caso-Control tiene una diferencia de edad menor o igual a 5 años y 31 parejas Caso-Control tiene una diferencia de edad superior a 5 años.

-Coincidencia Servicio de ingreso de Cohorte con discapacidad y Cohorte Control

		Coincidencia de Servicio		Total
		NO	SI	
CPG*	Cirugía	7	23	30
	Médico	18	41	59
	UCI	2	1	3
	Total	27	65	92
CPD**	Cirugía	3	23	26
	Médico	23	41	64
	UCI	1	1	2
	Total	27	65	92

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPD: Cohorte de Personas de la Población General

-Coincidencia por Grupo Diagnóstico Cohorte con discapacidad y Cohorte Control

	Frecuencia	Porcentaje
NO	18	9,8
SI	166	90,2
Total	184	100,0

El 90,2 % de las parejas tiene el mismo Grupo diagnóstico.

-Coincidencia por Grupo relacionado con el Diagnóstico (GRD)

	Frecuencia	Porcentaje
SI	14	7,6
NO	170	92,4
Total	184	100,0

El 92,4% de las parejas tienen el mismo GRD.

-. Resumen emparejamiento

	E. Año	E. Sexo	E. Edad	E. Edad5	E.Grupo dco	E. GRD
N	184	184	184	184	184	184
Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media	0,8587	0,75	3,0652		0,9022	0,9239
Mediana	1	1	1		1	1
Moda	1	1	0		1	1
Desviación típica	0,34929	0,43419	9,94499		0,29789	0,26586
Mínimo	0	0	-23		0	0
Máximo	1	1	55		1	1

-. Emparejamiento por sexo, año de ingreso, grupo diagnóstico y GRD

	Frecuencia	Porcentaje
1,00	4	2,2
2,00	18	9,8
3,00	56	30,4
4,00	106	57,6
Total	184	100,0

Si tenemos en cuenta los parámetros sexo, año, grupo diagnóstico y GRD tenemos que en el 57,6% de las parejas hay coincidencia en los 4 parámetros y, sólo el 2,2% de las parejas Caso-Control coinciden únicamente en un parámetro de los mencionados.

- Emparejamiento por grupo diagnóstico y GRD

	Frecuencia	Porcentaje
1,00	32	17,4
2,00	152	82,6
Total	184	100,0

Teniendo en cuenta exclusivamente el grupo diagnóstico y el GRD, ambos coinciden en el 82,6% de las parejas Si no hubiera coincidencia ni en el grupo diagnóstico ni para el GRD, se consideraría inadecuado el emparejamiento.

2.6.- PROPORCIÓN DE NÚMERO DE PACIENTES DE LA CPD DE LA MUESTRA

Las Historias Clínicas de los pacientes objeto de estudio se escogieron generando números aleatorios a través del programa informático Excel.

Las proporciones que se establecieron para seleccionar las Historias Clínicas de los distintos grupos dentro de la Cohorte con Discapacidad fue de un 15% de Pacientes con Síndrome de Down, un 22% de Pacientes con Parálisis Cerebral, un 2% de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista y un 61% de Pacientes con Discapacidad Intelectual sin diagnóstico.

2.7.- INSTRUMENTO DE MEDIDA

El instrumento de medida utilizado ha sido un *protocolo epidemiológico y clínico basado en el Protocolo IDEA del estudio ENEAS del Ministerio de Sanidad*, elaborado para este estudio, después de valorar una revisión bibliográfica en relación con este objetivo, que permitió obtener la misma información en todos los individuos, y así poder compararla. (Ver **Anexo I, Protocolo**).

Se validó el protocolo en primer lugar por un experto en el tema y posteriormente mediante un estudio piloto, que se aplicó a 30 historias clínicas de personas con discapacidad Intelectual. Y se estimó, que sería necesario realizar un estudio muestral de una N representativa y aleatoria de aproximadamente 100 historias clínicas correspondientes a Personas Adultas con Discapacidad Intelectual (**Cohorte Discapacidad**), y para que el estudio gozara de mayor validez y diese el rigor suficiente para aportar fundamentos y Evidencias Científicas sobre las diferencias entre las PADI y la Población General en las que basar la toma de decisiones desde el punto de vista de la Planificación y Programación Sanitaria con el fin de mejorar la Calidad del proceso Asistencial y la Seguridad Clínica de las PADI en relación con la Población General, se estimó también la necesidad de compararlo con una N representativa y aleatoria de historias clínicas correspondientes a personas de la Población General sin discapacidad (**Cohorte Control**).

El protocolo consta de ítems sobre los siguientes apartados:

- Variables sociodemográficas.
- Estilos de vida y morbilidad crónica.
- Demandas y utilización de servicios sanitarios.
- Indicadores de Calidad del proceso Asistencial.
- Seguridad del Paciente (Uso de medicamentos y consumo de fármacos).

2.8.- BASE DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La finalidad del análisis es extraer la información necesaria para responder a las preguntas planteadas en esta investigación a partir de las observaciones realizadas y recopiladas mediante el protocolo. Se calculan las medidas de frecuencia adecuadas para estimar los diferentes indicadores e índices y su asociación a las diferentes variables epidemiológicas. De las diferentes estimaciones puntuales, prevalencia y/o proporciones, se calcularon sus respectivos intervalos de confianza (IC) como medida de precisión.

Para valorar si las diferencias observadas en los parámetros de envejecimiento, morbilidad diagnosticada, otros indicadores y las variables epidemiológicas mencionadas en relación con la discapacidad eran estadísticamente significativas o por el contrario podrían explicarse por el azar, se empleó la Odds Ratio (25,26,30), la Chi cuadrado para variables cualitativas y la t de Student y el Anova para variables cuantitativas, y se emplearon también tests no paramétricos cuando no se cumplían las condiciones de aplicación de los test anteriores. Se ha considerado significación estadística para valores de $p < 0,05$. Además y con la finalidad de intentar aproximarnos al auténtico porcentaje de la población y hacer más fiables nuestros resultados se calculó para cada uno de los porcentajes expresados su IC al 95%, error del 5% (Estadística inferencial).

Los datos recopilados fueron codificados e introducidos para su procesamiento y análisis en el paquete estadístico SPSS, versión 20.0.

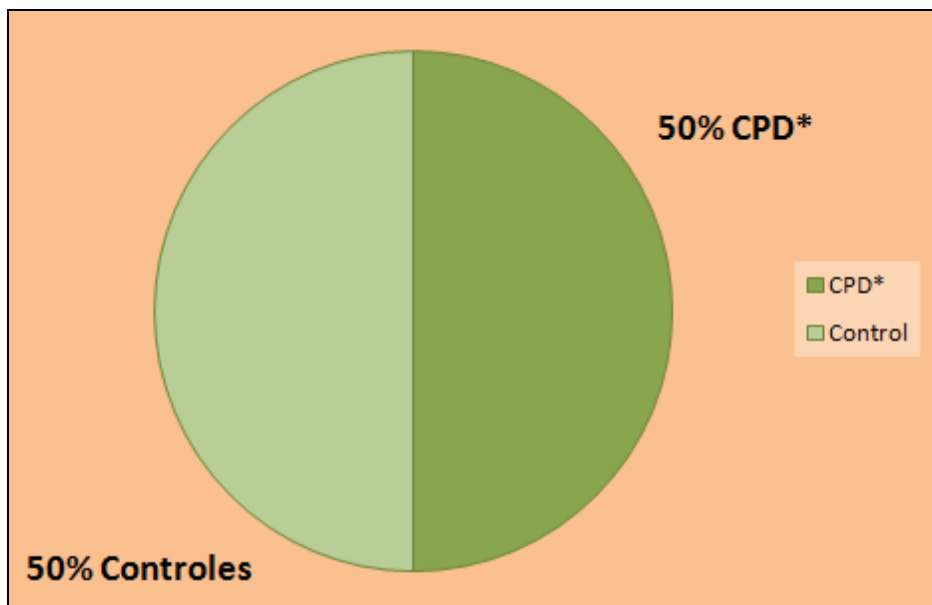
3.- RESULTADOS

- DISTRIBUCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

En las tablas 1 y 2 y en las figuras 1 y 2 se puede observar la muestra estudiada de las *Cohortes*, 92 personas con *Discapacidad intelectual* (CPD) y 92 *Controles* pertenecientes a la población general de referencia sin Discapacidad (CPG). Entre La Cohorte con Discapacidad (CPD), se diferencian cuatro grupos; Personas con Síndrome de Down (PSD), Personas con Parálisis Cerebral (PPC), Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo sin diagnóstico (PDI) y Personas con Trastornos del Espectro Autista (PTEA).

	Nº	%
Cohorte con Discapacidad	92	50,0
Cohorte Control	92	50,0
Total	184	100,0

Tabla 1.- Distribución de la muestra estudiada, según tipo de Cohorte



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figura 1.- Distribución de la muestra estudiada, según tipo de Cohorte

	Frecuencia	Porcentaje	IC95%
TEA	4	2,2	2,2±2
Control	92	50,0	50±7
S. Down	16	8,7	8,7±4
PC	24	13,0	13±5
PD*	48	26,1	26,1±6
Total	184	100,0	

*PD: persona con Discapacidad Intelectual o del desarrollo sin diagnóstico

Tabla 2.- Distribución de la muestra estudiada, según tipo de Discapacidad Intelectual

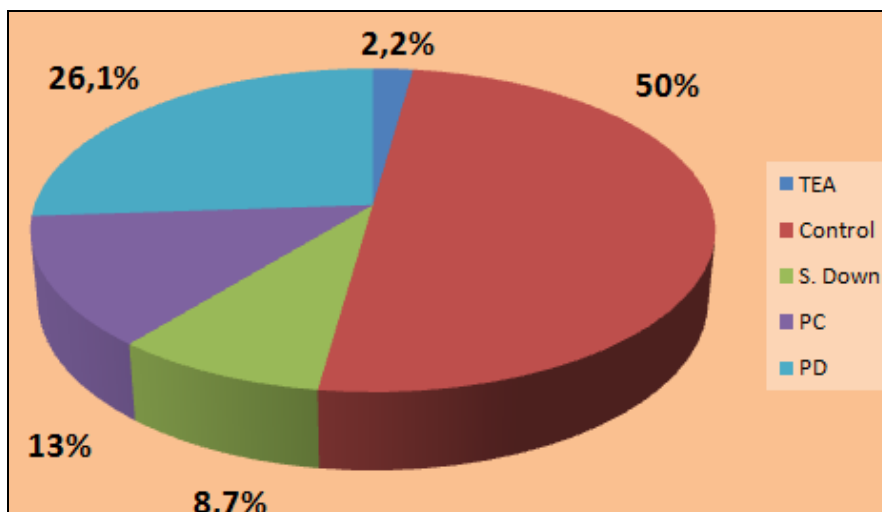


Figura 2.- Distribución de la muestra estudiada, según tipo de Discapacidad Intelectual

- . VARIABLE EDAD

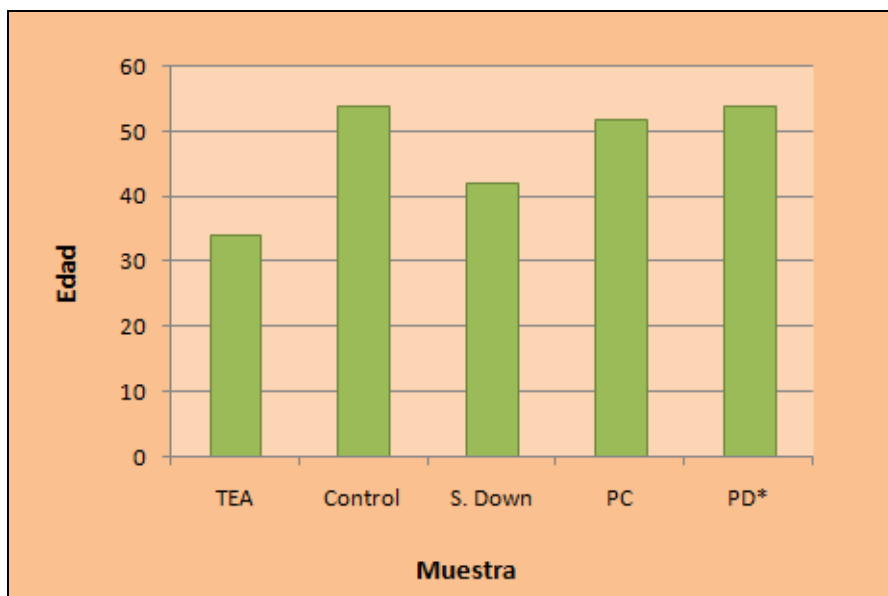
La media de edad de las *Cohortes* se presenta en la tabla 3 y figura 3. La edad media de los *Controles* es de 54 años y entre la *Cohorte de personas con Discapacidad*, la edad media de los cuatro grupos que la constituyen son las siguientes: Personas con Discapacidad intelectual o del desarrollo sin especificar causa es de 54 años, Personas con Síndrome de Down 42 años, Personas con Parálisis cerebral 52 años y Personas con Trastornos del Espectro Autista 34 años. La edad media en el momento del ingreso

hospitalario de la *Cohorte con Discapacidad* fue de 50 años y la de los *Controles* fue de 53 años, la desviación típica en ambos es similar, 18 años (Ver tabla 4).

	Edad media
TEA	34
Control	54
S. Down	42
PC	52
PD *	54

*PD: persona con Discapacidad Intelectual o del desarrollo sin diagnóstico

Tabla 3.- Edad media de la muestra estudiada



*PD: persona con Discapacidad Intelectual o del desarrollo sin diagnóstico

Figura 3.- Edad media de la muestra estudiada

	Media	N	Desv. típ.
Controles	53,59	92	18,083
CPD*	50,55	92	17,745
Total	52,07	184	17,930

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 4.- Edad media y desviación típica de la *Cohorte de Personas con Discapacidad* y de la *Cohorte Control de personas sin Discapacidad*

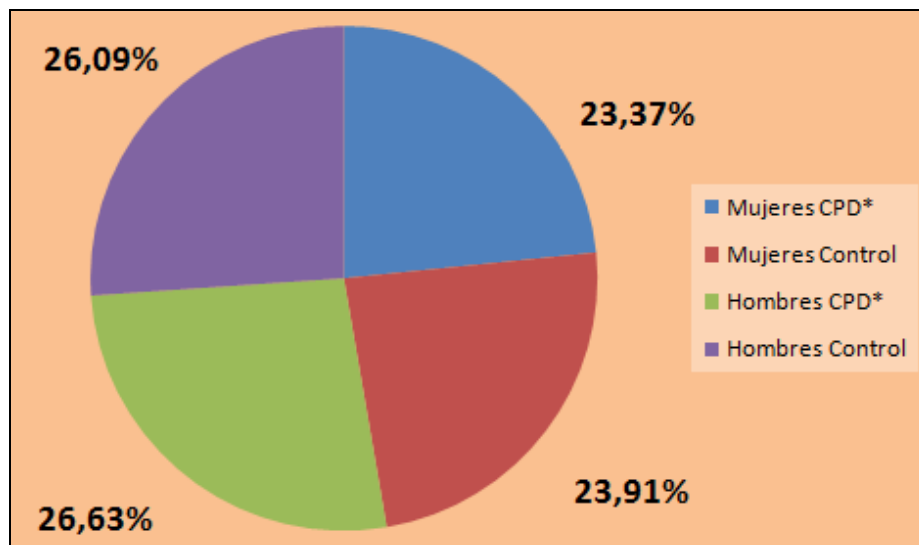
-. VARIABLE GÉNERO/SEXO

La distribución según género de las *Cohortes* se puede observar en la tabla 5 y figura 4. Destacar que existe una gran coincidencia, con una diferencia de uno entre la *Cohorte de Personas con Discapacidad* y la *Cohorte de los Controles*. En el género mujer de la muestra estudiada hay una más en los *Controles*, y en el género varón hay uno más en la *Cohorte de Discapacidad*.

		Cohortes		Total
		C. Control	CPD*	
Sexo	Mujer	44	43	87
	Varón	48	49	97
	Total	92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 5.- Distribución según el género de las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figura 4.- Distribución según el género de las *Cohortes*

- N.º DE INGRESOS HOSPITALARIOS EN EL PERIODO 2008-2012

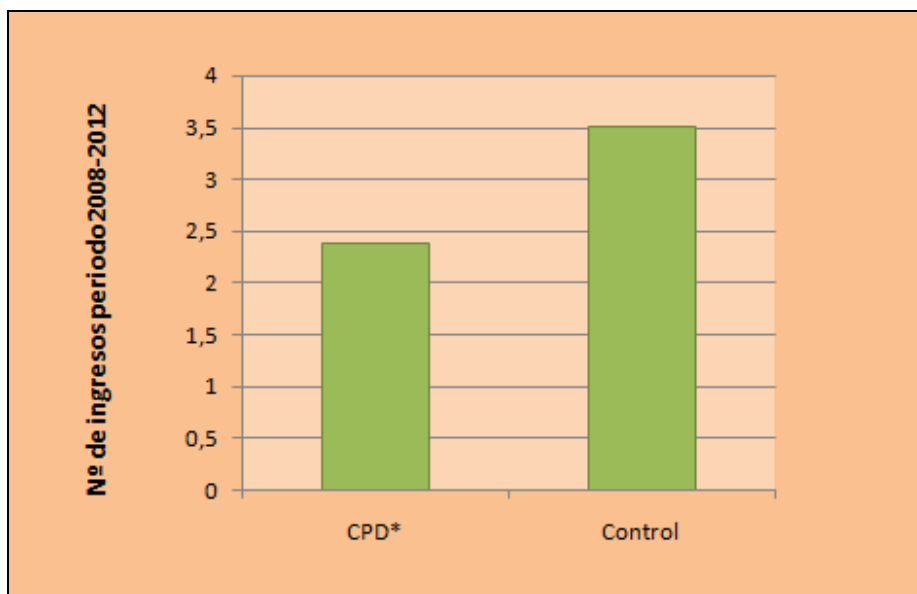
El número de ingresos de las *Cohortes* en el periodo de estudio, es decir, entre el año 2008 y el año 2012, es el que se muestra en la tabla 6 y la figura 5. Como puede

observarse, la *Cohorte Control* presenta una media de tres ingresos y la *Cohorte de Discapacitados* dos.

CPD* /Control	Media	N	Desv. típ.
C. Control	3,5	92	3,6
CPD*	2,4	92	1,7
Total	2,9	184	2,8

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 6.-Número de ingresos hospitalarios de ambas *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figura 5.- Número de ingresos hospitalarios en el periodo 2008-2012 de las *Cohortes*

- DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

La estancia media hospitalaria de la *Cohorte de Personas con Discapacidad* fue de 16 días y de la *Cohorte de Controles* 12,5 días. Por tanto, según lo observado, están más días ingresados los *pacientes con Discapacidad* que los *Controles de la población general*, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,4773$) (Ver tablas 7 y 8).

CPD*	92	Controles	92
Perdidos	0	Perdidos	0
Media	15,96	Media	12,54
Mediana	6	Mediana	7
Moda	2	Moda	2
Desv. típ.	40,866	Desv. típ.	21,261
Mínimo	1	Mínimo	1
Máximo	272	Máximo	163

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tablas 7 y 8.- Estancia hospitalaria de las *Cohortes* estudiadas

- SERVICIO DE INGRESO HOSPITALARIO

Los pacientes con Discapacidad ingresan principalmente en Servicios médicos mientras que los pacientes *Controles* ingresan más en Servicios hospitalarios como UCI (Ver tablas 9 y 10).

		Coincidencia de Servicio		Total
		NO	SI	
Control	Cirugía	7	23	30
	Médico	18	41	59
	UCI	2	1	3
	Total	27	65	92
CPD*	Cirugía	3	23	26
	Médico	23	41	64
	UCI	1	1	2
	Total	27	65	92

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 9.- Servicio de ingreso hospitalario de las *Cohortes*

La distribución de los pacientes según edad y tipo de Servicio hospitalario se puede observar en la tabla 10. La media de edad de los *pacientes con Discapacidad* en Especialidades médicas es de $50,50 \pm 18,735$ años, en Especialidades quirúrgicas es de

51,42 ± 15,495 años y en UCI es de 41,00 ± 18,385 años; mientras que la media de edad de los *Controles* en Especialidades médicas es de 52,39±18,940 años, en Especialidades quirúrgicas es de 55,93 ± 17,176 años y en UCI es de 53,67 ± 8,505 años.

	Edad (años) ^a	Edad (años) ^a	Pacientes ^b	Pacientes ^b
	CPD*	Controles	CPD*	Controles
Especialidades Médicas	50,50±18,735	52,39±18,940	64(69,57±9)	59(64,13±10)
Especialidades Quirúrgicas	51,42±15,495	55,93±17,176	26(28,26±9)	30(32,61±10)
UCI	41,00±18,385	53,67±8,505	2(2,17±3)	3(3,26±4)
Total	50,55±17,745	53,59±18,083	92(100)	92(100)

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad ^aMedia±desviación típica ^bn (%±IC95%)

Tabla 10.- Pacientes y edad por tipo de Servicio de ingreso de los pacientes de las *Cohortes*

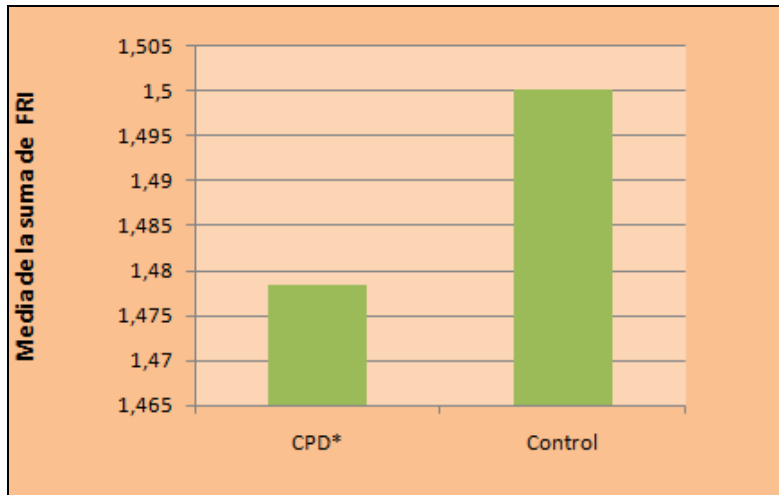
- FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS (FRI)

Los *pacientes con Discapacidad (CPD)* presentan una media de FRI de 1,47 y los *Controles* presentan una media de FRI de 1,5 (Ver tabla 11 y figura 6).

	Media	N	Desv. típ.
Control	1,5000	92	1,68705
CPD*	1,4783	92	1,55117

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 11.- Frecuencia de FRI de las *Cohortes* estudiadas



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figura 6.- Frecuencia de FRI de las *Cohortes*

Los *pacientes con Discapacidad* presentan más coma que los *Controles*, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,437$) (Ver tabla 12).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Coma	NO	78	74	152
	SI	14	18	32
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 12.- Frecuencia de FRI (Coma) de las *Cohortes*

La *Cohorte de personas con Discapacidad* presenta más Insuficiencia renal que los *Controles*, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,218$) (Ver tabla 13).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Insuficiencia renal	NO	81	75	156
	SI	11	17	28
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 13.- Frecuencia de FRI (Insuficiencia renal) de las *Cohortes*

La CPD presenta más diabetes que los pacientes de la población general o *Controles*, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,437$) (Ver tabla 14).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Diabetes	NO	78	74	152
	SI	14	18	32
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 14.- Frecuencia de FRI (Diabetes) de las *Cohortes*

Los *Controles* presentan más neoplasias que los *pacientes con Discapacidad (CPD)*; siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,022$) (Ver tabla 15).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Neoplasia	NO	79	88	167
	SI	13	4	17
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 15.- Frecuencia de FRI (Neoplasias) de las *Cohortes*

Los *Controles* presentan más inmunodeficiencias que la *CPD*, aspecto relacionado con las neoplasias. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p=0,051$) (Ver tabla 16).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Inmunodeficiencia	NO	84	90	174
	SI	8	2	10
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 16.- Frecuencia de FRI (Inmunodeficiencia) de las *Cohortes*

Los *pacientes con discapacidad (CPD)* presentan más casos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que los *Controles*, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,799$) (Ver tabla 17).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
EPOC	NO	84	83	167
	SI	8	9	17
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 17.- Frecuencia de FRI (EPOC) de las *Cohortes*

La *CPD* presenta más neutropenia que los *Controles*, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,650$) (Ver tabla 18).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Neutropenia	NO	90	89	179
	SI	2	3	5
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 18.- Frecuencia de FRI (Neutropenia) de las *Cohortes*

Los *Controles* presentan más cirrosis hepática que la *CPD*, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,700$) (Ver tabla 19).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Cirrosis hepática	NO	88	89	177
	SI	4	3	7
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 19.- Frecuencia de FRI (Cirrosis hepática) de las *Cohortes*

Los *Controles* presentan más drogadicción que la *CPD*, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,007$) (Ver tabla 20).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Drogadicción	NO	85	92	177
	SI	7	0	7
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 20.- Frecuencia de FRI (Drogadicción) de las *Cohortes*

Tanto los *pacientes de la CPD* como los *Controles* presentan en igual proporción el FRI obesidad, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas ($p=1,00$) (Ver tabla 21).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Obesidad	NO	87	87	174
	SI	5	5	10
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 21.- Frecuencia de FRI (Obesidad) de las *Cohortes*

Los *pacientes de CPD* presentan más hipoalbuminemia que los *Controles*; aunque no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,337$) (Ver tabla 22).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Hipoalbuminemia	NO	78	73	151
	SI	14	19	33
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 22.- Frecuencia de FRI (Hipoalbuminemia) de las *Cohortes*

Los *pacientes de la CPD* presentan más Úlceras por presión (UPP) que los *Controles*, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,650$) (Ver tabla 23).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
UPP	NO	90	89	179
	SI	2	3	5
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 23.- Frecuencia de FRI (Úlceras por presión) de las *Cohortes*

Los *pacientes con Discapacidad de la Cohorte (CPD)* presentan más deformaciones que los *Controles*, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,305$) (Ver tabla 24).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Malformaciones	NO	89	86	175
	SI	3	6	9
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 24.- Frecuencia de FRI (Malformaciones) de las *Cohortes*

Los *pacientes de la Cohorte de los Controles* presentan más Insuficiencia Cardíaca que los *pacientes con Discapacidad (CPD)*, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,756$) (Ver tabla 25).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Insuficiencia cardíaca	NO	86	87	173
	SI	6	5	11
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 25.- Frecuencia de FRI (Insuficiencia cardíaca) de las *Cohortes*

Tanto la *Cohorte con Discapacidad* como los *Controles* presentan en igual proporción el FRI Enfermedad coronaria, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=1,00$) (Ver tabla 26).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Enfermedad coronaria	NO	86	86	172
	SI	6	6	12
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 26.- Frecuencia de FRI (Enfermedad coronaria) de las *Cohortes*

Los *Controles* presentan más hipertensión arterial (HTA) que los pacientes de la *CPD*, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,588$) (Ver tabla 27).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
HTA	NO	71	74	145
	SI	21	18	39
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 27.- Frecuencia de FRI (HTA) de las *Cohortes*

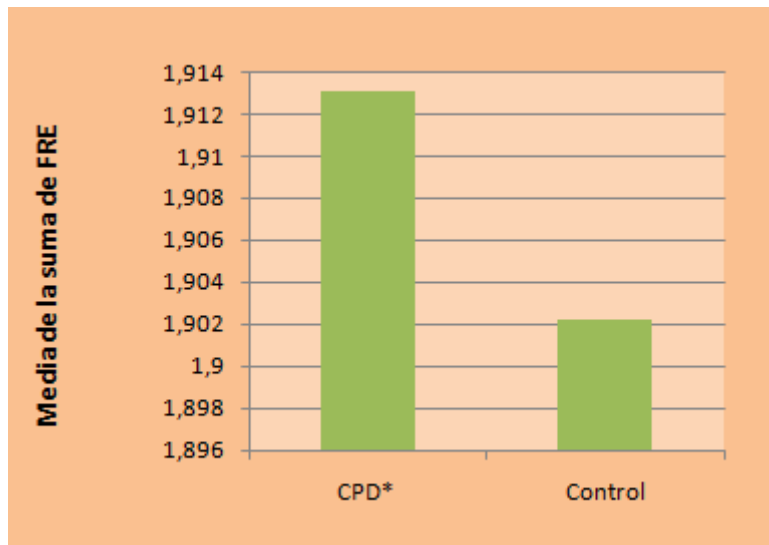
-FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS (FRE)

La distribución de los Factores de Riesgo Extrínsecos (FRE) se presenta en la tabla 28 y figura 7.

	Media	N	Desv. típ.
Control	1,90	92	1,43
CPD*	1,91	92	1,33

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 28.- Frecuencia de FRE de las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figura 7.- Frecuencia de FRE de las Cohortes

La frecuencia de instrumentalización con sonda urinaria cerrada es mayor entre los *pacientes con Discapacidad* que entre los *Controles*, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,430$)(Ver tabla 29).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Sonda urinaria cerrada	NO	65	60	125
	SI	27	32	59
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 29.- Frecuencia de FRE (Sonda urinaria cerrada) de las Cohortes

Tanto la *Cohorte de personas con Discapacidad* como los *Controles* presentan en igual proporción catéter venoso periférico, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=1,00$)(Ver tabla 30).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Catéter venoso periférico	NO	16	16	32
	SI	76	76	152
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 30.- Frecuencia de FRE (Catéter venoso periférico) de las Cohortes

Tanto los *pacientes de la Cohorte con Discapacidad (CPD)* como los *Controles* presentan en igual proporción catéter arterial, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=1,00$)(Ver tabla 31).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Catéter arterial	NO	88	8	176
	SI	4	4	8
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 31.- Frecuencia de FRE (Catéter arterial) de las *Cohortes*

La frecuencia de catéter central de inserción periférica (DRUM) es mayor entre los *Controles* que entre los *pacientes de la Cohorte con Discapacidad (CPD)*, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,515$)(Ver tabla 32).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Catéter central inserción periférica DRUM	NO	86	88	174
	SI	6	4	10
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 32.- Frecuencia de FRE (Catéter central de inserción periférica) de las *Cohortes*

La frecuencia de catéter venoso central es mayor entre los *Controles* que entre la *CPD*, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,774$)(Ver tabla 33).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Catéter venoso central	NO	85	86	171
	SI	7	6	13
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 33.- Frecuencia de FRE (Catéter venoso central) de las *Cohortes*

Los pacientes de la *Cohorte con Discapacidad* presentan más nutrición parenteral que los *Controles*, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,700$)(Ver tabla 34).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Nutrición parenteral	NO	89	88	177
	SI	3	4	7
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 34.- Frecuencia de FRE (Nutrición parenteral) de las *Cohortes*

Los *Controles* presentan más PEG que los *pacientes con Discapacidad (CPD)*, pero al haber solamente dos pacientes con PEG no es significativo, no es valorable. Las diferencias no son estadísticamente significativas pero se aproximan a serlo ($p=0,155$). (Ver tabla 35).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
PEG	NO	90	92	182
	SI	2	0	2
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 35.- Frecuencia de FRE (PEG) de las *Cohortes*

Tanto los *pacientes de la Cohorte de personas con Discapacidad* como los *Controles*, presentan igual proporción de sonda nasogástrica; pero no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=1,00$)(Ver tabla 36).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Sonda nasogástrica	NO	85	85	170
	SI	7	7	14
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 36.- Frecuencia de FRE (Sonda nasogástrica) de las *Cohortes*

La frecuencia de ventilación mecánica es mayor entre los *Controles* que entre los *pacientes de la Cohorte con Discapacidad*, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,470$)(Ver tabla 37).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Ventilación mecánica	NO	87	89	176
	SI	5	3	8
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 37.- Frecuencia de FRE (Ventilación mecánica) de las *Cohortes*

La frecuencia de terapia inmunosupresora es mayor entre los *Controles* que entre los *pacientes con Discapacidad (CPD)*, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=560$)(Ver tabla 38).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Terapia inmunosupresora	NO	90	91	181
	SI	2	1	3
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 38.- Frecuencia de FRE (Terapia inmunosupresora) de las *Cohortes*

Los *pacientes de la CPD* tienen más institucionalización previa que los *Controles*, habiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,00$), aunque hay que destacar que en ocasiones no hay constancia de este dato y en algunos pacientes se ha indicado como no institucionalizado previamente cuando realmente se desconocía (Ver tabla 39).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Institucionalizado previamente	NO	89	63	152
	SI	3	29	32
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 39.- Frecuencia de FRE (Institucionalización previa) de las *Cohortes*

Los *Controles* presentan más hábitos tóxicos que los *pacientes con Discapacidad*, habiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,00$), aunque hay que destacar que en ocasiones no hay constancia de este dato y en algunos pacientes se ha indicado como no presencia de hábitos tóxicos cuando realmente este dato se desconocía (Ver tabla 40).

		Cohortes		Total
		Control	CPD*	
Hábitos tóxicos	NO	59	82	141
	SI	33	10	43
Total		92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 40.- Frecuencia de FRE (Hábitos tóxicos) de las *Cohortes*

En la siguiente tabla se puede observar cómo ser *persona con Discapacidad Intelectual* y pertenecer a la *CPD* es un FRI. Tiene mayor importancia ser persona con Discapacidad Intelectual o no, que los FRI o FRE asociados o que tenga el paciente para tener mayor probabilidad de padecer un Efecto Adverso (EA) como consecuencia de la asistencia (Ver tabla 41).

	Sig.	Exp(B)	IC 95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior
SUMAFRI	0,001	1,499	1,179	1,906
SUMAFRE	0,022	1,366	1,046	1,785
CPD*/CPG**	0,035	2,311	1,062	5,031
Constante	0	0,048		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 41.- EA en relación con FRI, FRE y Discapacidad Intelectual

En las siguientes tablas se muestra la comparación entre los distintos grupos de Discapacitados Intelectuales, tomando como referencia a los pacientes con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo sin diagnóstico, y cómo los pacientes pertenecientes a la *Cohorte de Controles* son los pacientes de la muestra que menos riesgo tienen de sufrir un EA. De la *Cohorte de personas con Discapacidad*, los pacientes con Parálisis Cerebral (PC) son los pacientes sometidos a estudio que más riesgo tienen de sufrir un EA incluso considerando los FRE y FRI. Pero no existen

diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de Discapacidad Intelectual de la *Cohorte con Discapacidad* como Factor de Riesgo para presentar un EA (Ver tablas 42 y 43).

	Sig.	Exp(B)	IC 95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior
SUMAFRI	0,001	1,532	1,2	1,9
SUMAFRE	0,023	1,371	1,04	1,8
PD*	0,126			
TEA	0,999	0	0	.
CONTROL	0,119	0,479	0,19	1,2
S. DOWN	0,716	0,777	0,199	3
PCI	0,214	2,035	0,664	6,2
Constante	0	0,096		

*PD: persona con Discapacidad Intelectual o del desarrollo sin diagnóstico

	Sig.	Exp(B)	IC 95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior
PD*	0,271			
TEA	0,999	0	0	.
CONTROL	0,182	0,567	0,246	1,3
S. DOWN	0,748	1,224	0,356	4,2
PCI	0,368	1,615	0,569	4,6
Constante	0,002	0,371		

*PD: persona con Discapacidad Intelectual o del desarrollo sin diagnóstico

Tablas 42 y 43.- Riesgo de sufrir un EA considerando los FRE y FRI en las dos *Cohortes*

.-RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

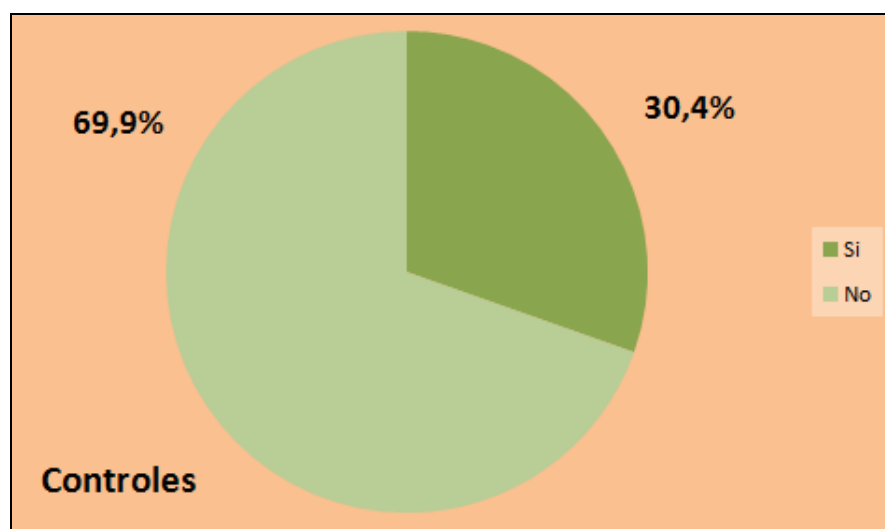
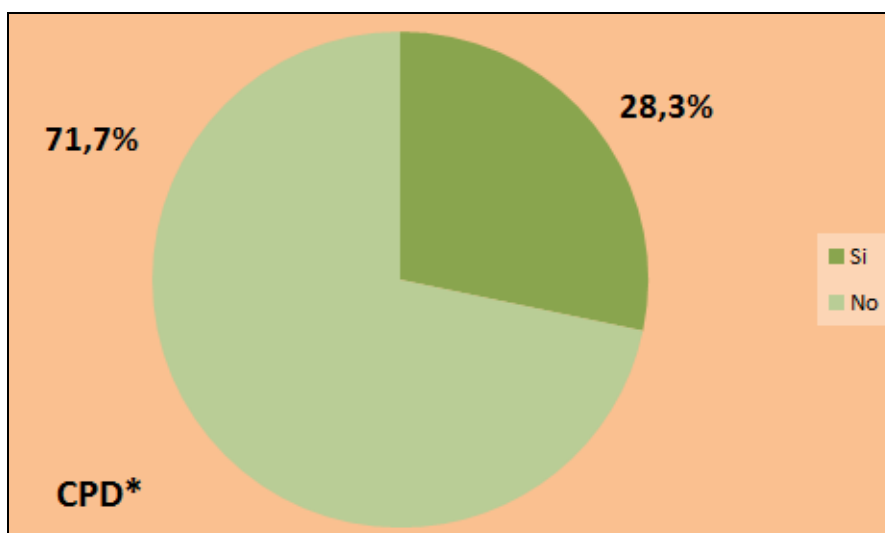
HOSPITALIZACIÓN PREVIA DURANTE EL ÚLTIMO AÑO EN PACIENTE MENOR DE 65 AÑOS, U HOSPITALIZACIÓN PREVIA EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES EN PACIENTE IGUAL O MAYOR DE 65 AÑOS

El 28,35% de los *pacientes de la Cohorte con Discapacidad (CPD)* y el 30,4% de los *pacientes de la Cohorte Control (CPG)* presentan hospitalización previa durante el último año en pacientes menores de 65 años, u hospitalización previa en los últimos seis meses en pacientes de 65 años o más (Ver tabla 44 y figuras 8 y 9).

		Nº	%	IC95%
CPD*	NO	66	71,7	71,7±9
	SI	26	28,3	28,3±9
	Total	92	100,0	
CPG**	NO	64	69,6	69,6±9
	SI	28	30,4	30,4±9
	Total	92	100,0	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 44.- Hospitalización previa en las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figuras 8 y 9.- Hospitalización previa en las *Cohortes*

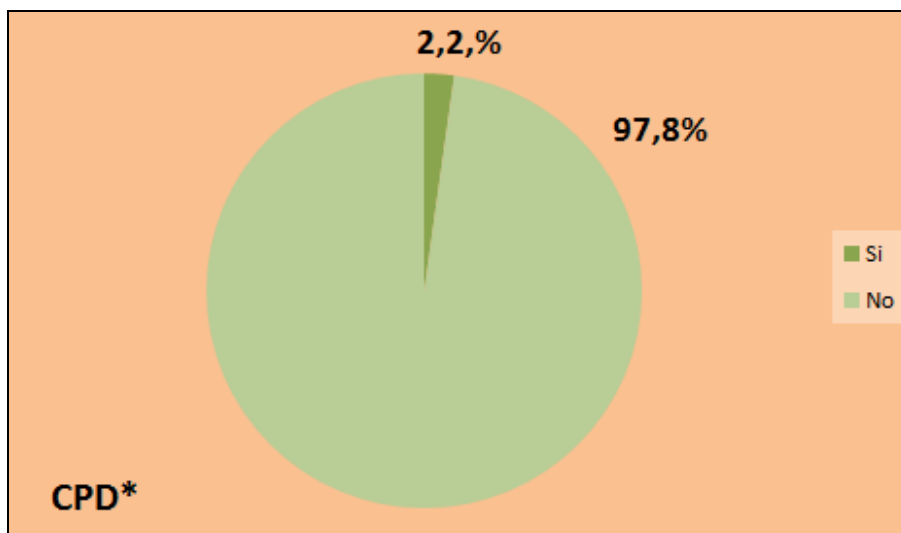
TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO EN LOS SEIS MESES PREVIOS A LA HOSPITALIZACIÓN

El 2,2% de los pacientes de la CPD y el 2,2% de la CPG tuvieron tratamiento antineoplásico previo a la hospitalización (Ver tabla 45 y figuras 10 y 11).

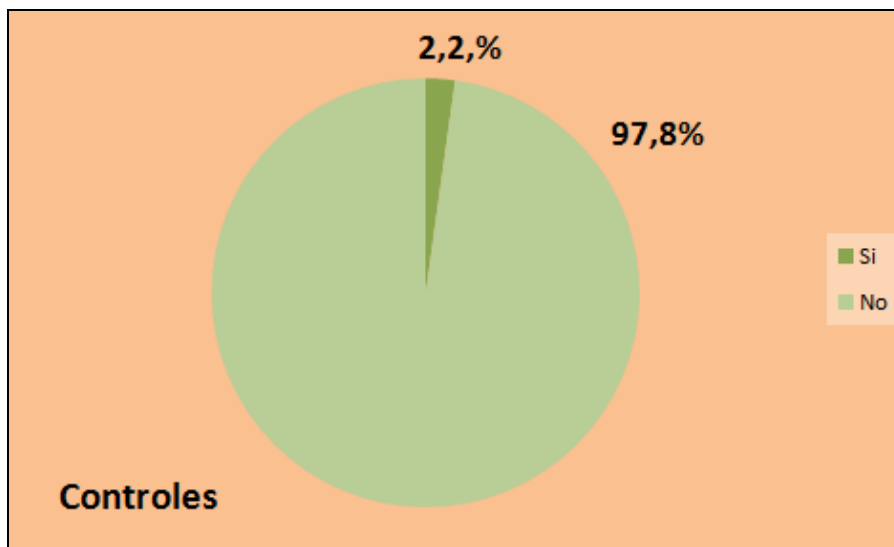
		Nº	%	IC95%
CPD*	NO	90	97,8	97,8±3
	SI	2	2,2	2,2±3
	Total	92	100,0	
CPG**	NO	90	97,8	97,8±3
	SI	2	2,2	2,2±3
	Total	92	100,0	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 45.- Tratamiento antineoplásico previo en las Cohortes



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad



Figuras 10 y 11.- Tratamiento antineoplásico previo en las Cohortes

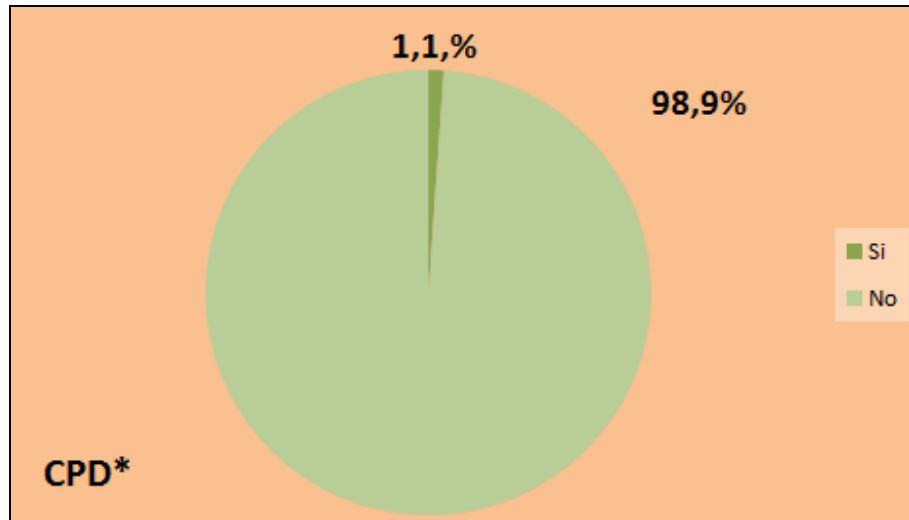
TRAUMATISMO, ACCIDENTE O CAÍDA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

El 3,3% de los *pacientes de la CPG* y el 1,1% de los *pacientes de la CPD* sufrieron traumatismo, accidente o caída durante la hospitalización (Ver tabla 46 y figuras 12 y 13).

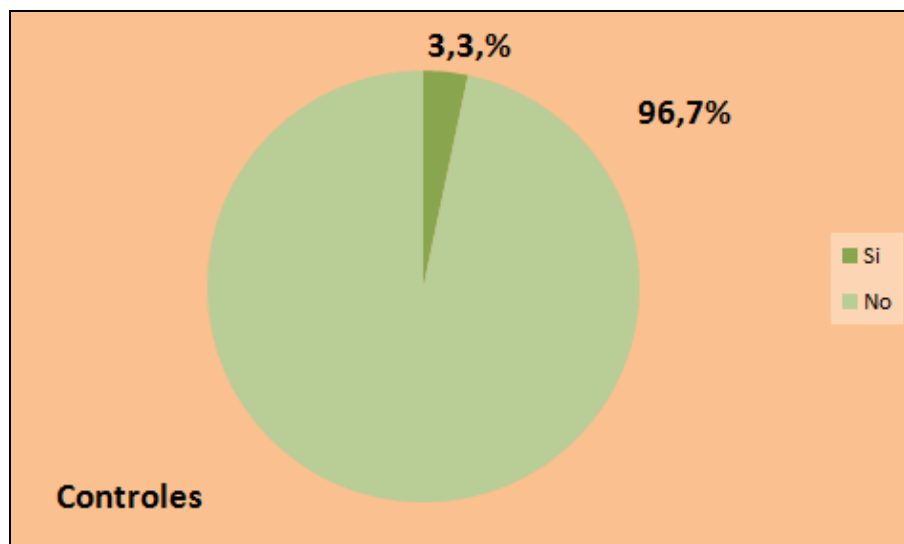
		Nº	%	IC95%
CPD*	NO	91	98,9	98,9±2
	SI	1	1,1	1,1±2
	Total	92	100,0	
CPG**	NO	89	96,7	96,7±4
	SI	3	3,3	3,3±4
	Total	92	100,0	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 46.- Traumatismo, accidente o caída durante la hospitalización en las Cohortes



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad



Figuras 12 y 13.- Traumatismo, accidente o caída durante la hospitalización en los pacientes de las respectivas *Cohortes*

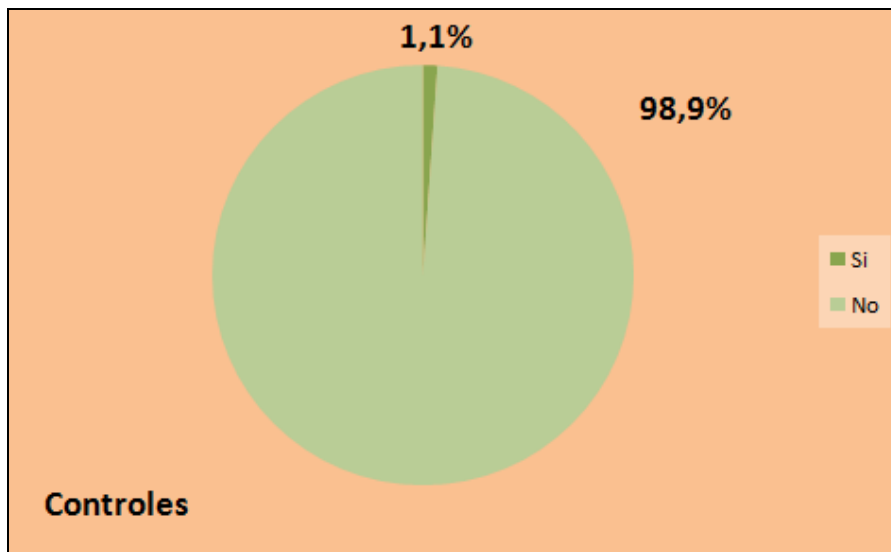
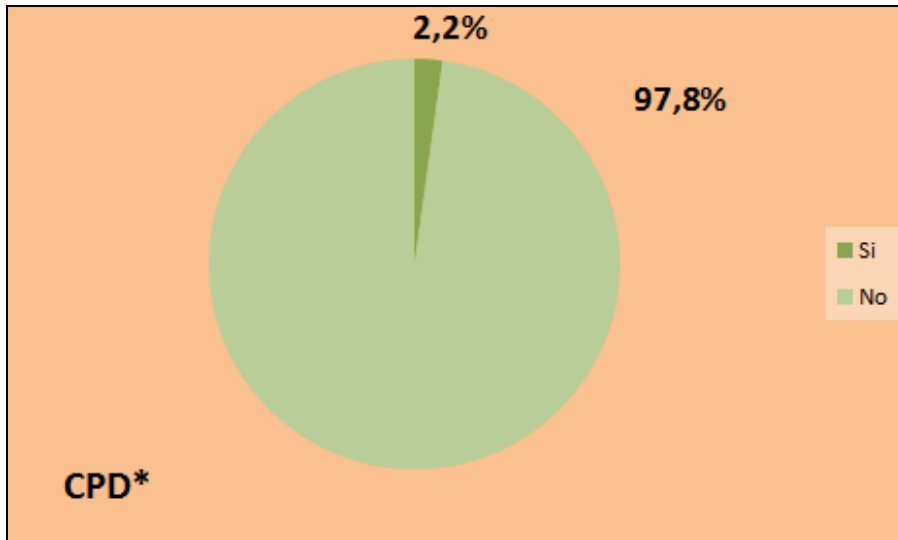
REACCIÓN ADVERSA MEDICAMENTOSA (RAM) DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

El 2,2% de los *pacientes de la CPD* y el 1,1% de los *pacientes de la CPG* presentaron Reacción Adversa a Medicamentos (RAM) durante la hospitalización (Ver tabla 47 y figuras 14 y 15).

		Nº	%	IC95%
CPD*	NO	90	97,8	97,8±3
	SI	2	2,2	2,2±3
	Total	92	100,0	
CPG**	NO	91	98,9	98,9±2
	SI	1	1,1	1,1±2
	Total	92	100,0	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 47.- RAM durante la hospitalización en las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figuras 14 y 15.- RAM durante la hospitalización en las *Cohortes*

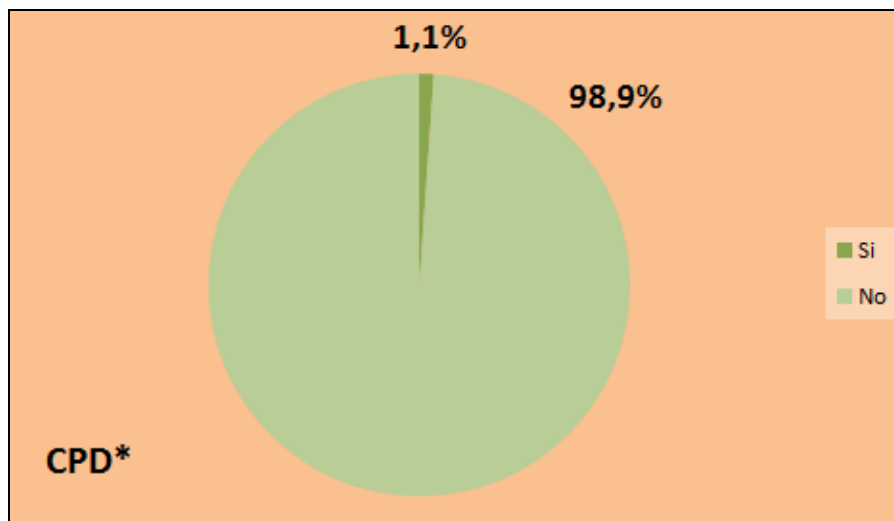
FIEBRE MAYOR DE 38,3°C EL DÍA ANTES DEL ALTA HOSPITALARIA

El 1,1% de los *pacientes de la CPD* sometidos a estudio presenta fiebre superior a 38,3°C el día anterior al alta hospitalaria y el 100% de los *pacientes de la CPG* no lo presenta (Ver tabla 48 y figuras 16 y 17).

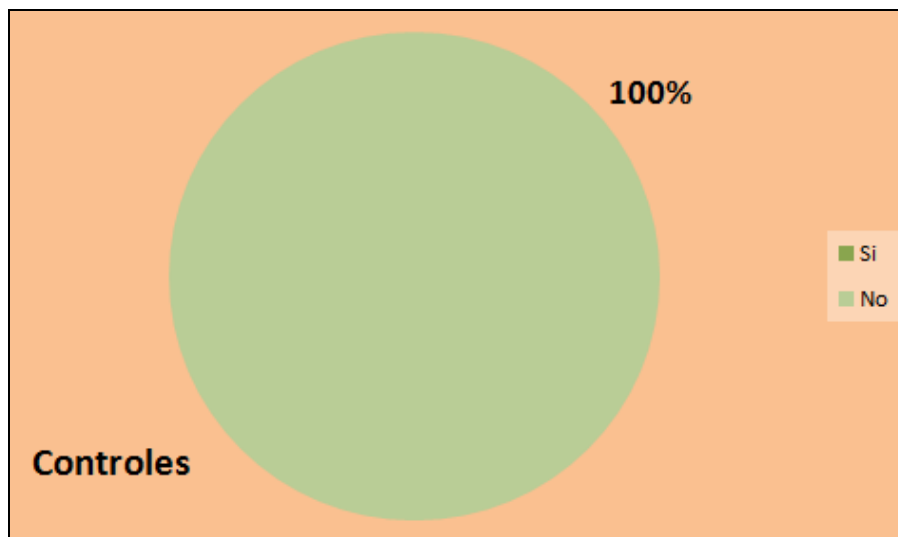
		Nº	%	IC95%
CPD*	NO	91	98,9	98,9±2
	SI	1	1,1	1,1±2
	Total	92	100,0	
CPG**	NO	92	100,0	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 48.- Fiebre superior a 38,3°C el día antes del alta hospitalaria en las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad



Figuras 16 y 17.- Fiebre superior a 38,3°C el día antes del alta hospitalaria en las *Cohortes*

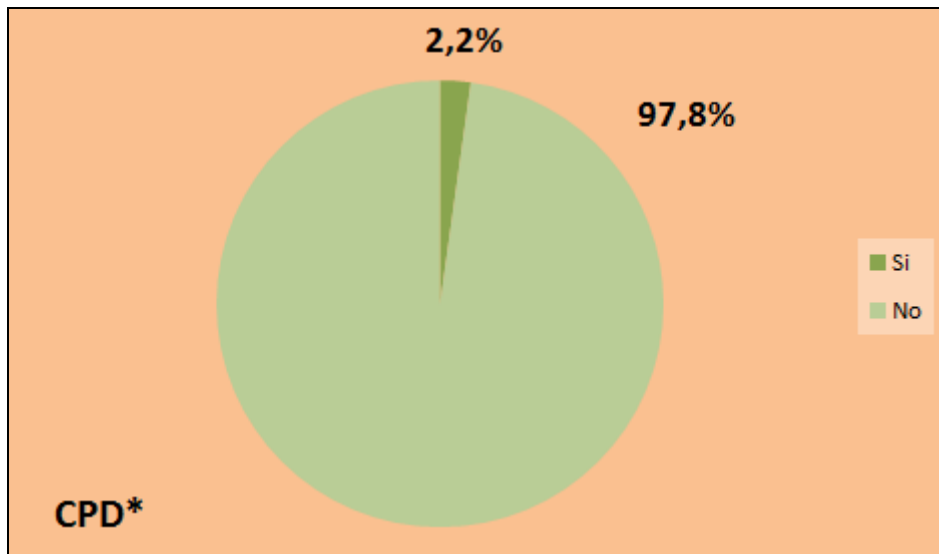
TRASLADO DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL A OTRA DE CUIDADOS ESPECIALES

El 2,2% de los *pacientes de la CPD* y de los *pacientes de la CPG* son trasladados de una unidad de hospitalización general a otra de cuidados especiales (Ver tabla 49 y figuras 18 y 19).

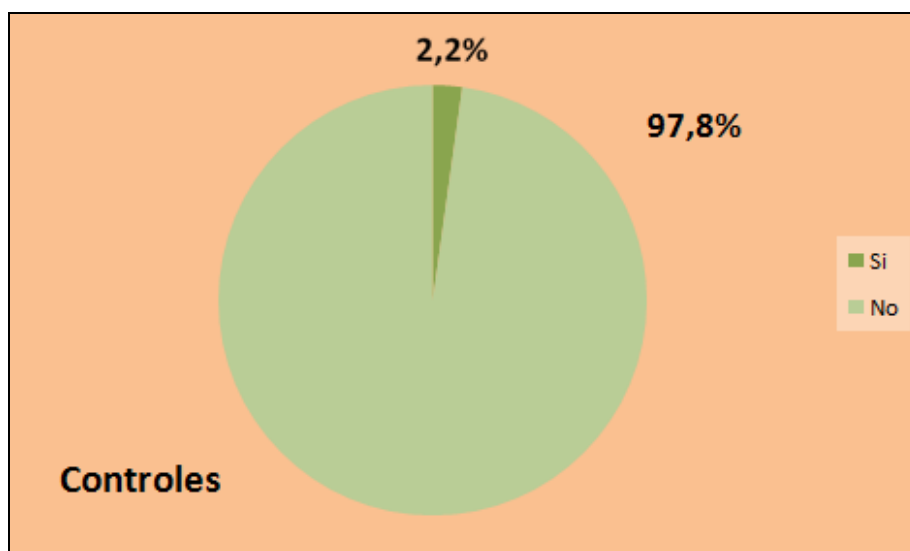
		Nº	%	IC95%
CPD*	NO	90	97,8	97,8±3
	SI	2	2,2	2,2±3
	Total	92	100,0	
CPG**	NO	90	97,8	97,8±3
	SI	2	2,2	2,2±3
	Total	92	100,0	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 49.- Traslado de una unidad de hospitalización general a otra de cuidados especiales en los *pacientes de las Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad



Figuras 18 y 19.- Traslado de una unidad de hospitalización general a otra de cuidados especiales en las *Cohortes*

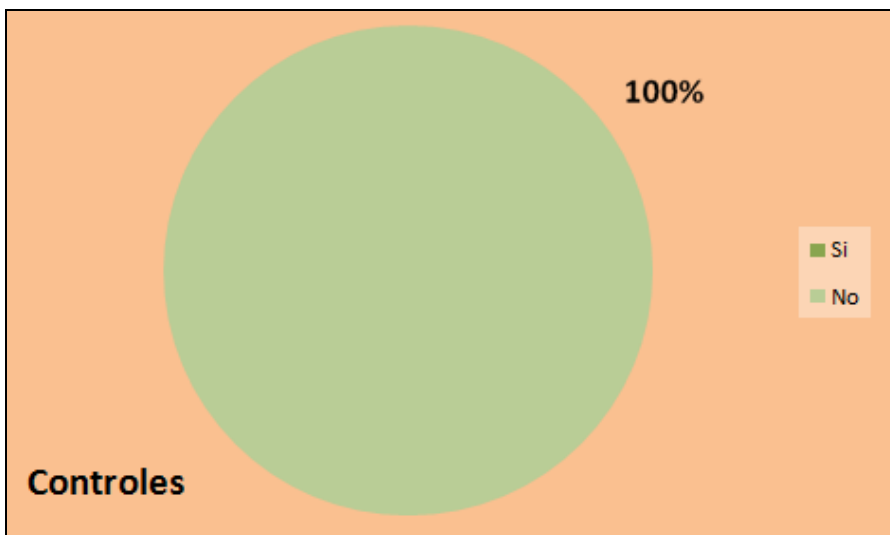
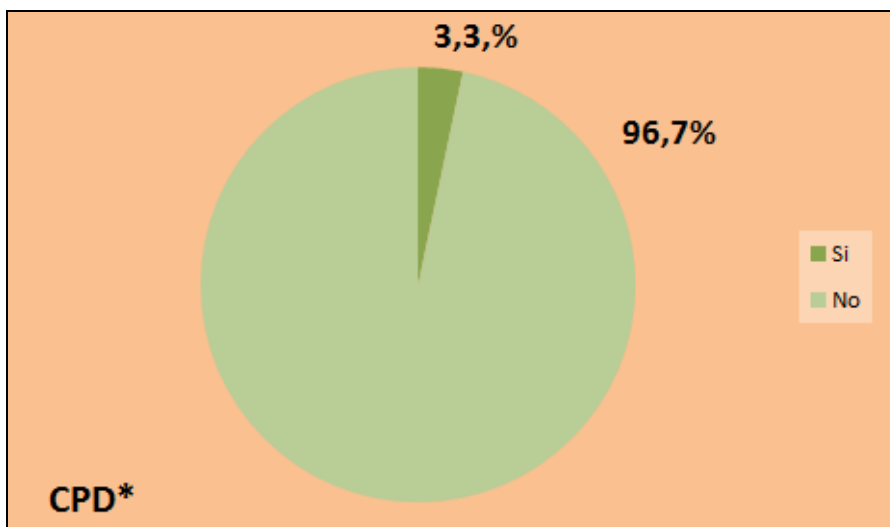
TRASLADO A OTRO HOSPITAL DE AGUDOS

El 3,3% de los *pacientes de la CPD* son trasladados a otro hospital de agudos mientras que el 100% de los *pacientes de la CPG* no son trasladados (Ver tabla 50 y figuras 20 y 21).

		Nº	%	IC95%
CPD*	NO	89	96,7	96,7±4
	SI	3	3,3	3,3±4
	Total	92	100,0	
CPG**	NO	92	100,0	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 50.- Traslado a otro hospital de agudos en las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figuras 20 y 21.- Traslado a otro hospital de agudos en las *Cohortes*

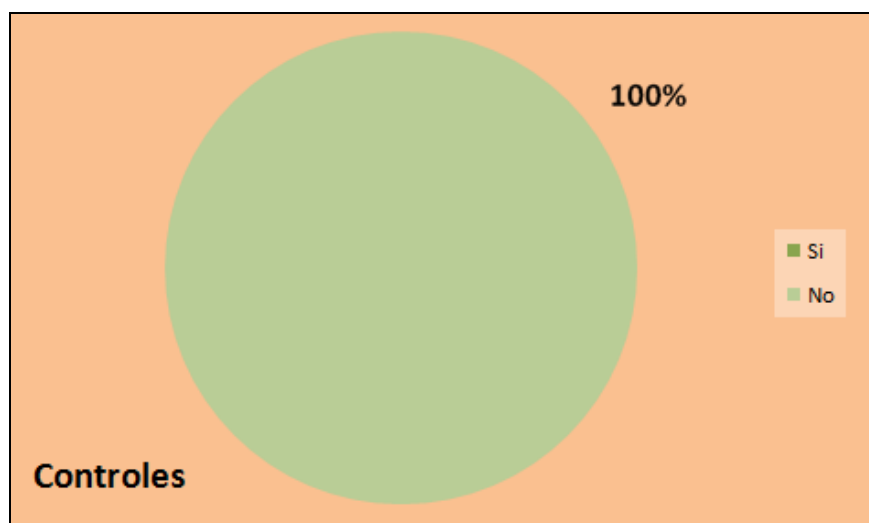
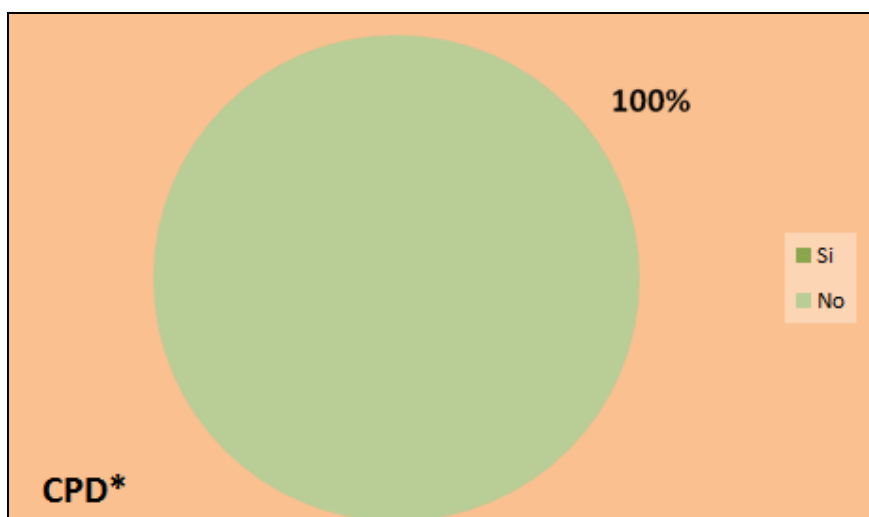
SEGUNDA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DURANTE ESTE INGRESO

Ningún *paciente de la CPD* ni ningún *paciente de la CPG* precisó de una segunda intervención quirúrgica durante el ingreso (Ver tabla 51 y figuras 22 y 23).

		Nº	%
CPD*	NO	92	100,0
CPG**	NO	92	100,0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 51.- Segunda intervención quirúrgica durante el ingreso en las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figuras 22 y 23.- Segunda intervención quirúrgica durante el ingreso en las *Cohortes*

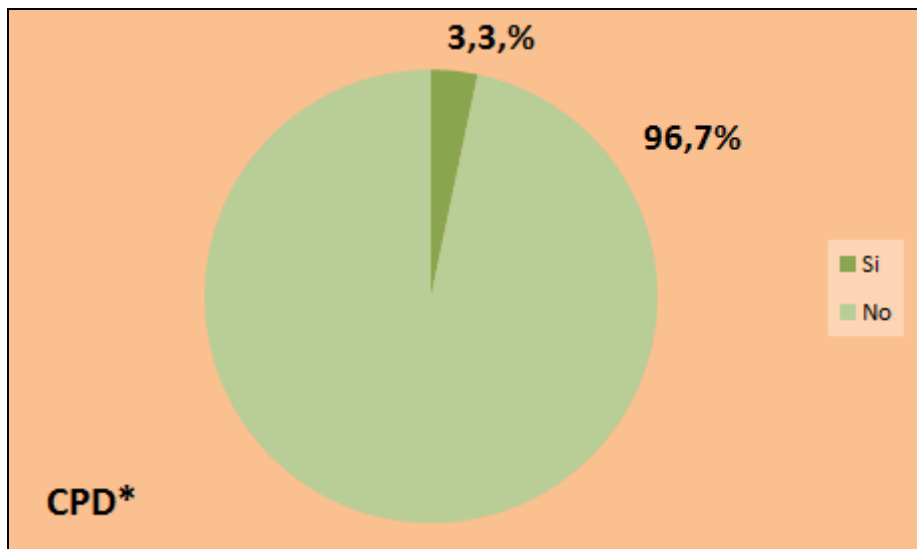
TRAS LA REALIZACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO INVASIVO, SE PRODUJO UNA LESIÓN EN UN ÓRGANO O SISTEMA QUE PRECISARA LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO U OPERACIÓN QUIRÚRGICA

El 3,3% de los *pacientes de la CPD* precisó la indicación de un tratamiento u operación quirúrgica tras la realización de un procedimiento invasivo que produjese la lesión en un órgano o sistema y ningún *paciente de la CPG* lo precisó (Ver tabla 52 y figuras 24 y 25)

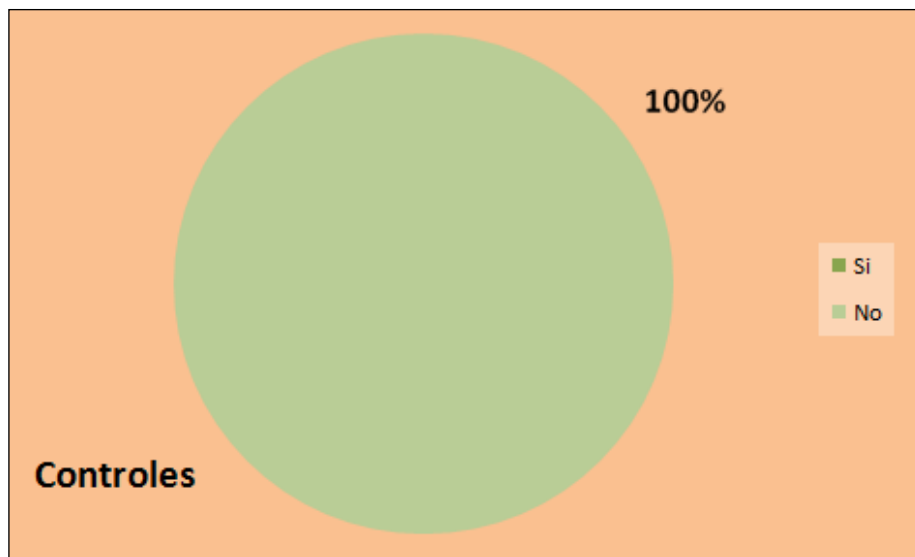
		Nº	%	IC95%
CPD*	NO	89	96,7	96,7±4
	SI	3	3,3	3,3±4
	Total	92	100,0	
CPG**	NO	92	100,0	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 52.- Necesidad de tratamiento u operación quirúrgica tras la realización de un procedimiento invasivo que produjese la lesión en un órgano o sistema en las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad



Figuras 24 y 25.- Necesidad de tratamiento u operación quirúrgica tras la realización de un procedimiento invasivo que produjese la lesión en un órgano o sistema en CPD y CPG

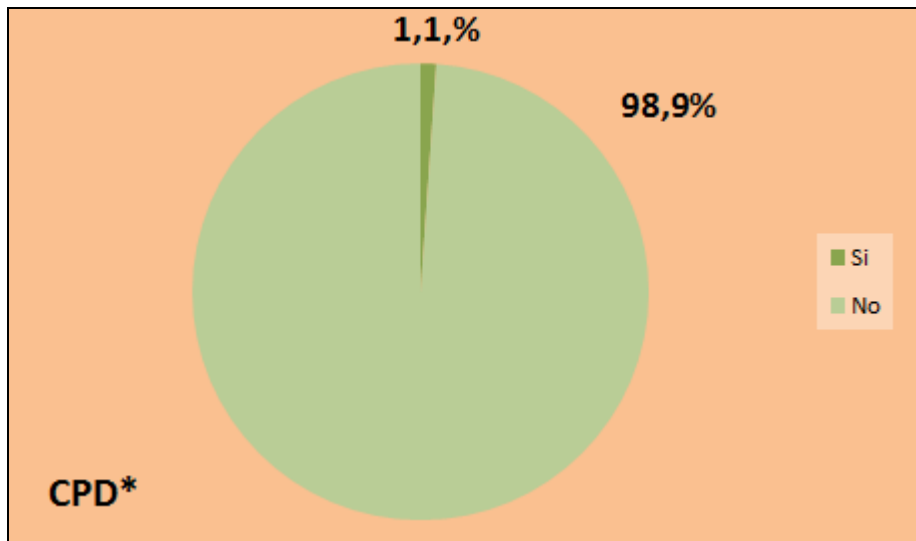
DÉFICIT NEUROLÓGICO OCURRIDO EN ALGÚN TIPO DE ASISTENCIA

En un 1,1% de los *pacientes de la CPD* y de los *pacientes de la CPG*, se produjo un déficit neurológico en algún tipo de asistencia (Ver tabla 53 y figuras 26 y 27).

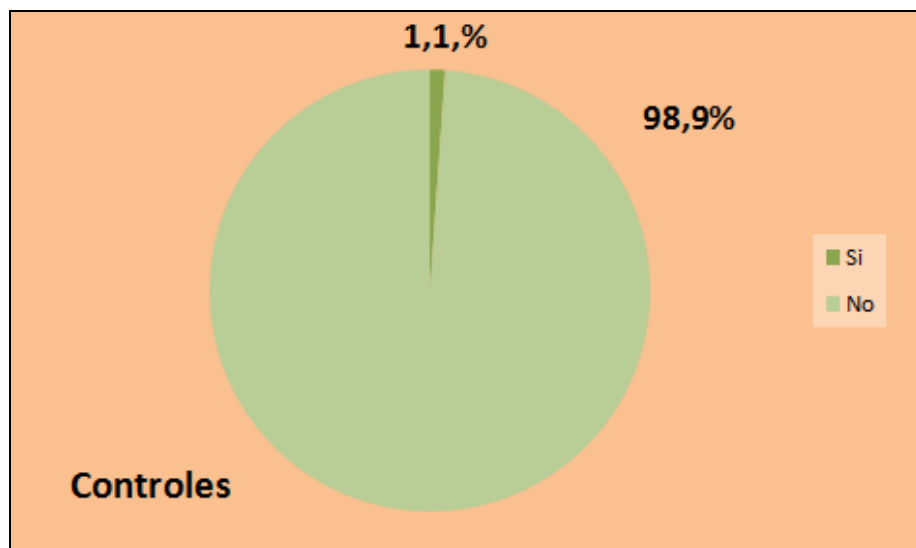
		Nº	%	IC95%
CPD*	NO	91	98,9	98,9±2
	SI	1	1,1	1,1±2
	Total	92	100,0	
CPG**	NO	91	98,9	98,9±2
	SI	1	1,1	1,1±2
	Total	92	100,0	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 53.- Déficit neurológico en algún tipo de asistencia en CPD y CPG



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad



Figuras 26 y 27.- Déficit neurológico en algún tipo de asistencia en CPD y CPG

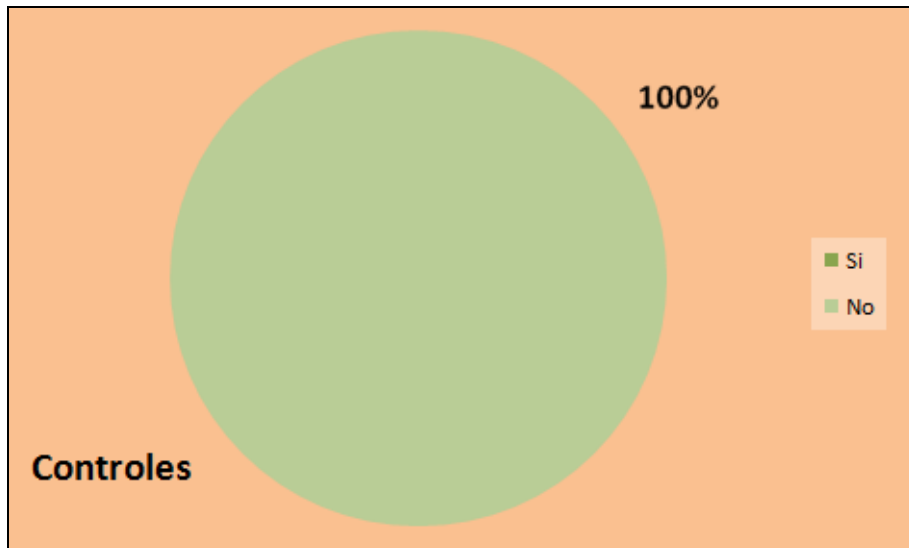
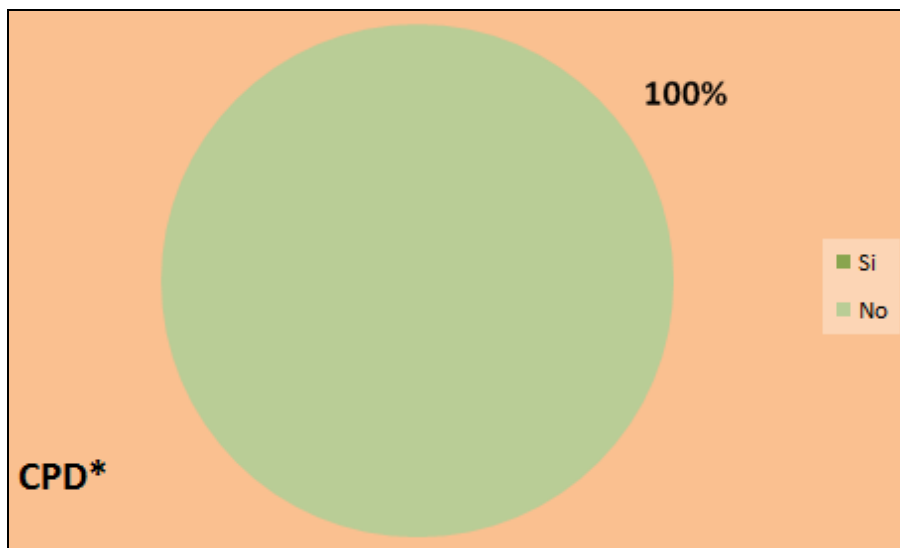
IAM (INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO), ACVA (ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR AGUDO) O TEP (TROMBOEMBOLISMO PULMONAR) DURANTE O DESPUÉS DE UN PROCEDIMIENTO INVASIVO.

En ningún *pacientes de la CPD* ni en ningún *paciente de la CPG* se produjo IAM, ACVA o TEP durante o después de un procedimiento invasivo (Ver tabla 54 y figuras 28 y 29).

		Nº	%
CPD*	NO	92	100,0
CPG**	NO	92	100,0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 54.- IAM, ACVA o TEP durante o después de un procedimiento invasivo en CPD y CPG



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figuras 28 y 29.- IAM, ACVA o TEP durante o después de procedimiento invasivo en CPD y CPG

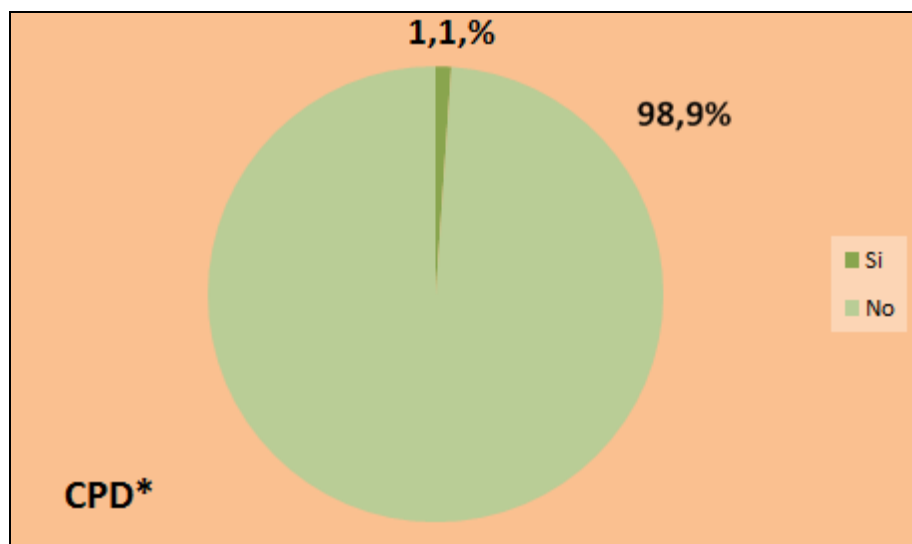
PARADA CARDIORRESPIRATORIA O PUNTUACIÓN APGAR BAJA

El 1,1% de los *pacientes de la CPD* y de los *pacientes de la CPG* sufrió una parada cardiorrespiratoria o puntuación Apgar baja durante la hospitalización (Ver tabla 55 y figuras 30 y 31).

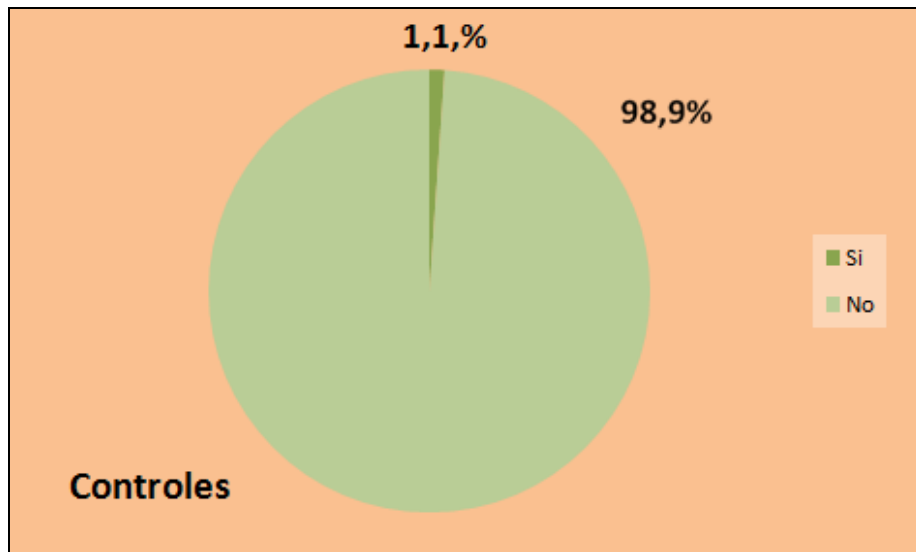
		Nº	%	IC95%
CPD*	NO	91	98,9	98,9±2
	SI	1	1,1	1,1±2
	Total	92	100,0	
CPG**	NO	91	98,9	98,9±2
	SI	1	1,1	1,1±2
	Total	92	100,0	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 55.- Parada cardiorrespiratoria o puntuación Apgar baja en *CPD* y *CPG*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad



Figuras 30 y 31.- Parada cardiorrespiratoria o puntuación Apgar baja en CPD y CPG

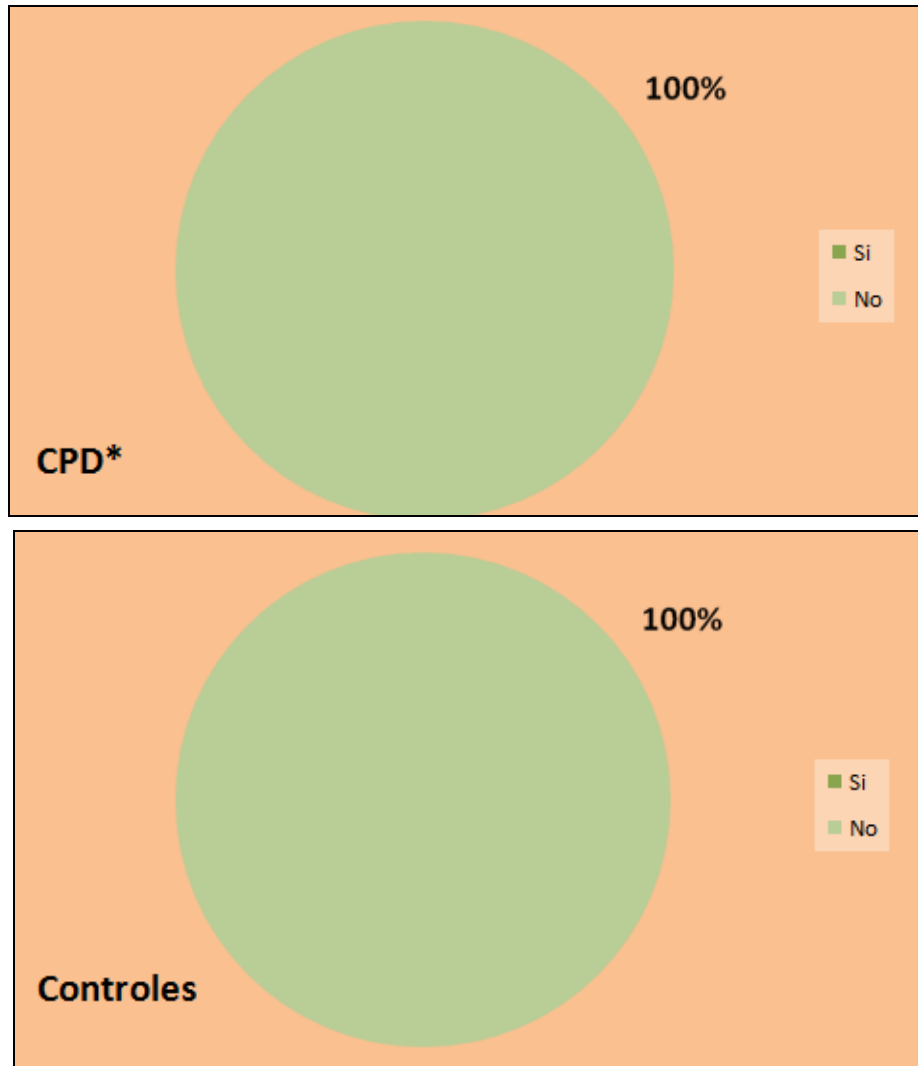
DAÑO O COMPLICACIÓN RELACIONADA CON ABORTO, AMNIOCENTESIS, PARTO O PREPARTO

Ningún *paciente de la Cohorte de personas con Discapacidad* ni ningún *Control* presentaron daño o complicación relacionada con aborto, amniocentesis, parto o preparto (Ver tabla 56 y figuras 32 y 33).

		Nº	%
CPD*	NO	92	100,0
CPG**	NO	92	100,0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 56.- Daño o complicación relacionada con aborto, amniocentesis, parto o preparto en las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figuras 32 y 33.- Daño o complicación relacionada con aborto, amniocentesis, parto o preparto en las *Cohortes*

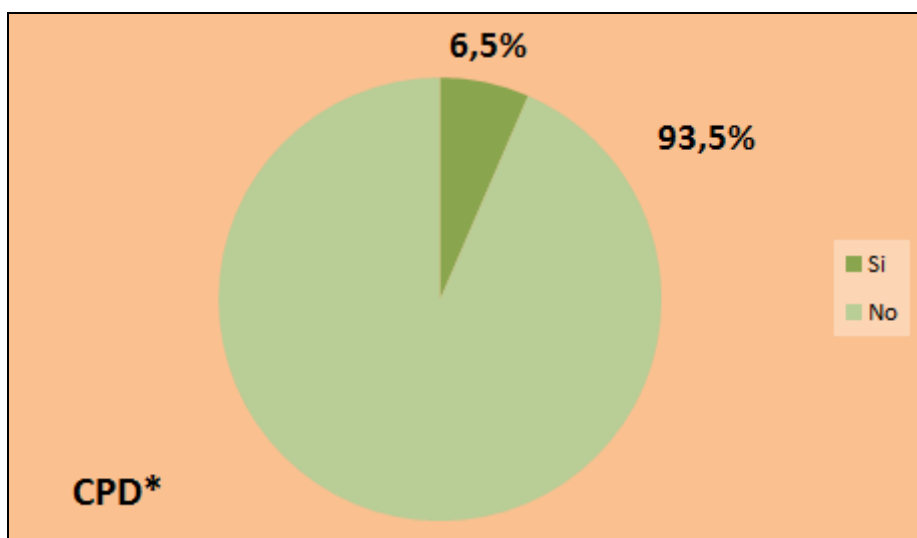
FALLECIMIENTO

El 6,5% de los *pacientes de la CPD* y el 5,4% de los *Controles* fallecieron durante su estancia hospitalaria (Ver tabla 57 y figuras 34 y 35).

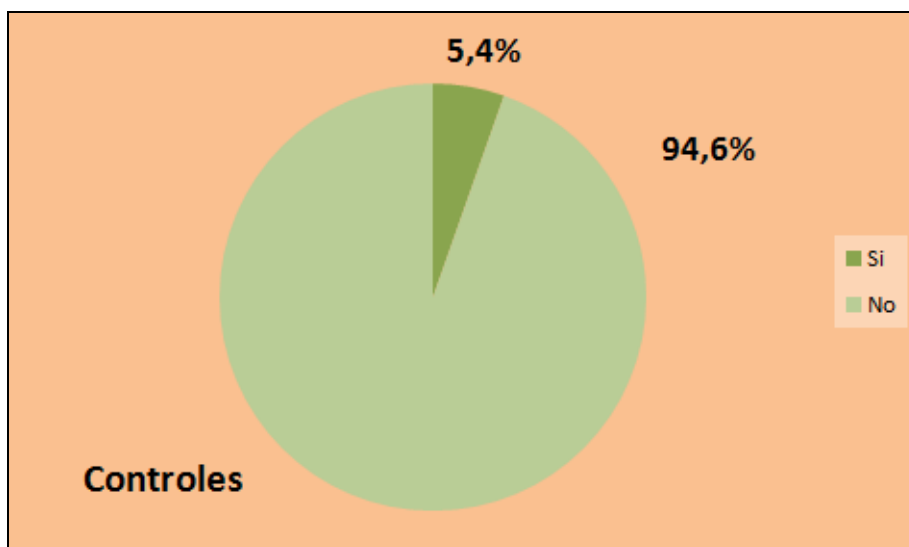
		Nº	%	IC95%
CPD*	NO	86	93,5	93,5±5
	SI	6	6,5	6,5±5
	Total	92	100,0	
CPG**	NO	87	94,6	94,6±5
	SI	5	5,4	5,4±5
	Total	92	100,0	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 58.- Fallecimiento en las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad



Figuras 34 y 35.- Fallecimiento en las *Cohortes*

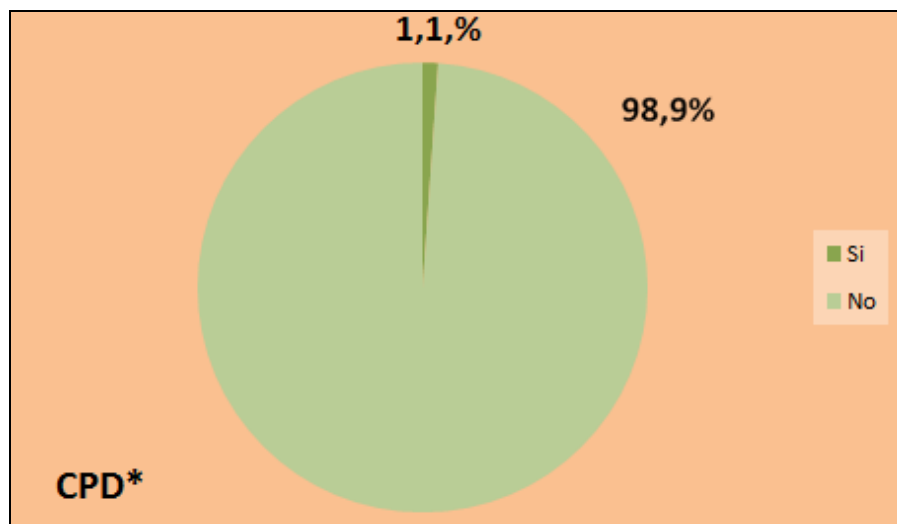
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ABIERTA NO PREVISTA, O INGRESO PARA INTERVENCIÓN DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN AMBULATORIA PROGRAMADA, SEA LAPAROSCÓPICA O ABIERTA

Un 1,1% de *los pacientes de la CPD* y de *Controles* precisó de una intervención quirúrgica abierta no prevista, o ingreso para intervención después de una intervención ambulatoria programada, fuese laparoscópica o abierta (Ve tabla 58 y figuras 36 y 37).

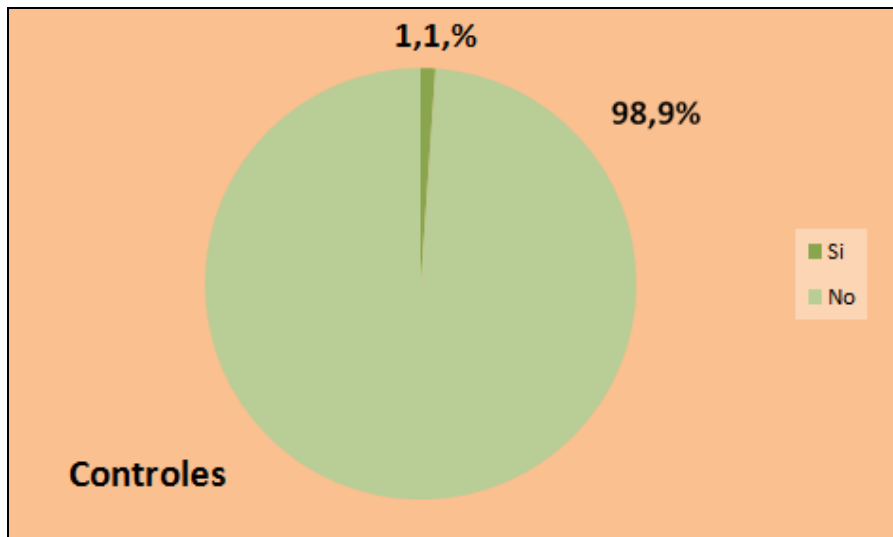
		Nº	%	IC95%
CPD*	NO	91	98,9	98,9±2
	SI	1	1,1	1,1±2
	Total	92	100,0	
CPG**	NO	91	98,9	98,9±2
	SI	1	1,1	1,1±2
	Total	92	100,0	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 58.- Intervención quirúrgica abierta no prevista, o ingreso (para intervención) después de una intervención ambulatoria programada, fuese laparoscópica o abierta en las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad



Figuras 36 y 37.- Intervención quirúrgica abierta no prevista, o ingreso (para intervención) después de una intervención ambulatoria programada, fuese laparoscópica o abierta en las *Cohortes*

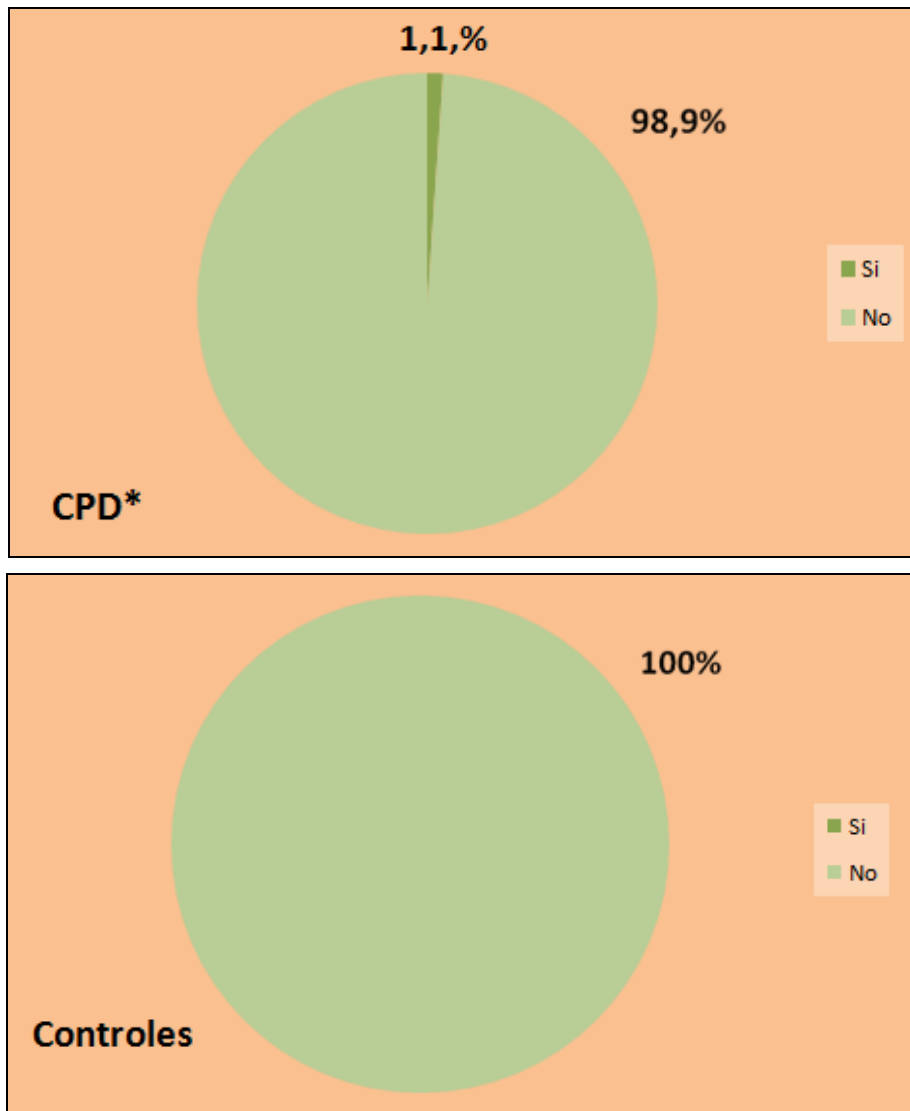
ALGÚN DAÑO O COMPLICACIÓN RELACIONADA CON CIRUGÍA AMBULATORIA O CON UN PROCEDIMIENTO INVASIVO QUE RESULTARAN EN INGRESO O VALORACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

El 1,1% de los *pacientes de la CPD* sufrió algún daño o complicación relacionada con cirugía ambulatoria o con un procedimiento invasivo que resultaran en ingreso o valoración en el Servicio de urgencias, mientras que ningún Control lo precisó (Ver tabla 59 y figuras 38 y 39).

		Nº	%	IC95%
CPD*	NO	91	98,9	98,9±2
	SI	1	1,1	1,1±2
	Total	92	100,0	
CPG**	NO	92	100,0	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 59.- Algún daño o complicación relacionada con cirugía ambulatoria o con un procedimiento invasivo que resultaran en ingreso o valoración en el Servicio de urgencias en las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figuras 38 y 39.- Algún daño o complicación relacionada con cirugía ambulatoria o con un procedimiento invasivo que resultaran en ingreso o valoración en el Servicio de urgencias en las *Cohortes*

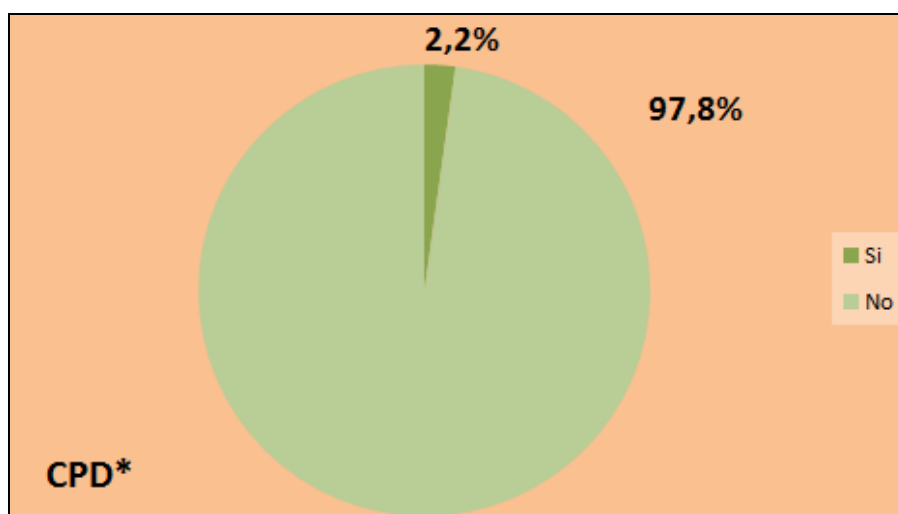
CARTAS O NOTAS EN LA HISTORIA CLÍNICA (INCLUIDA LA RECLAMACIÓN PATRIMONIAL), EN RELACIÓN CON LA ASISTENCIA QUE PUDIERAN SUGERIR LITIGIO

En el 2,2% de las historias clínicas de los *pacientes de la CPD* y de los *Controles* aparecen cartas o notas en relación con la asistencia que pudieran sugerir litigio (Ver tabla 60 y figuras 40 y 41).

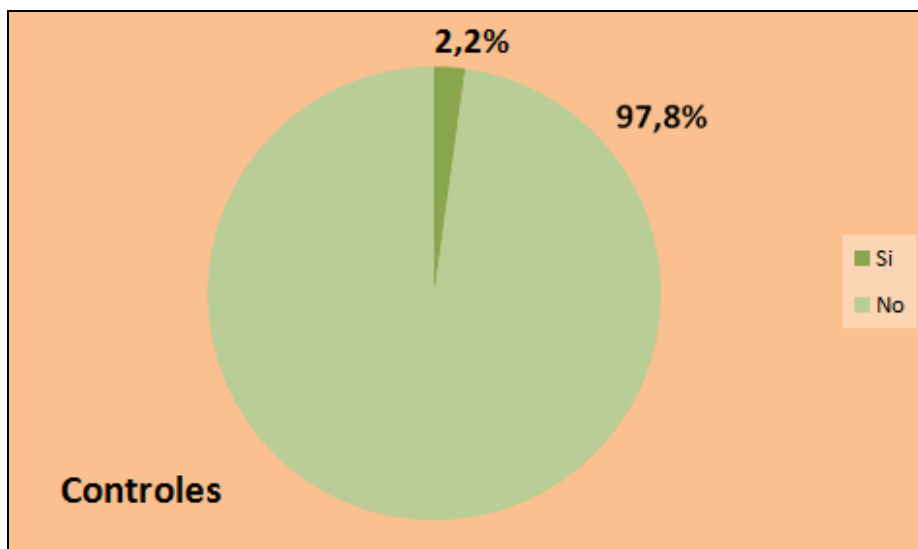
		Nº	%	IC95%
CPD*	NO	90	97,8	97,8±3
	SI	2	2,2	2,2±3
	Total	92	100,0	
CPG**	NO	90	97,8	97,8±3
	SI	2	2,2	2,2±3
	Total	92	100,0	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 60.- Cartas o notas en la historia clínica en relación con la asistencia que pudieran sugerir litigio en las *Cohortes* estudiadas



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad



Figuras 40 y 41.- Cartas o notas en la historia clínica en relación con la asistencia que pudieran sugerir litigio en las *Cohortes*

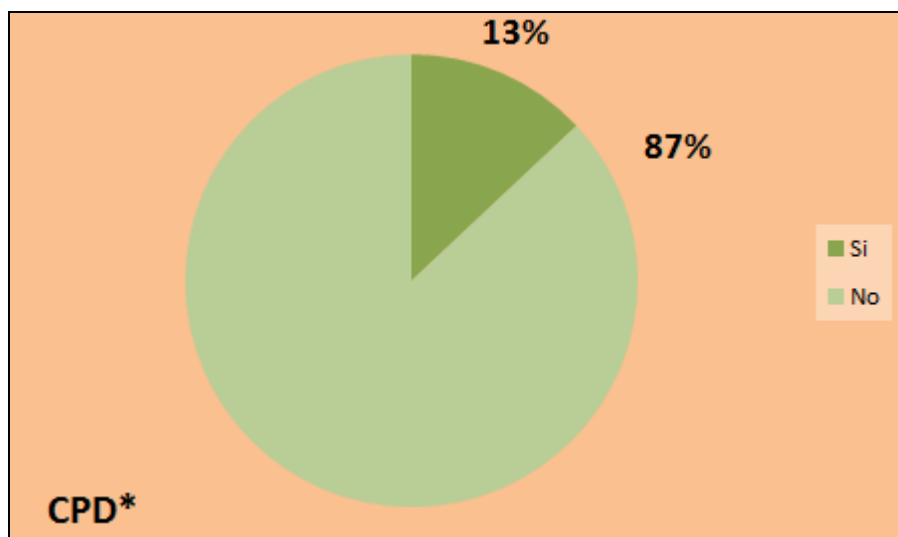
CUALQUIER TIPO DE INFECCIÓN ASOCIADA A LOS CUIDADOS

El 13% de los *pacientes de la CPD* y el 4,85% de los *Controles* presenta algún tipo de infección asociada a los cuidados (Ver tabla 61 y figuras 42 y 43).

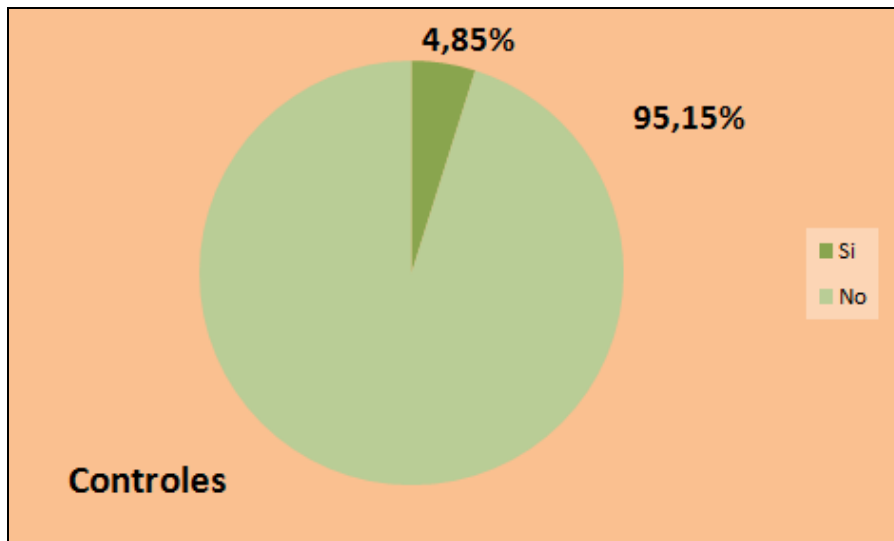
		Nº	%	IC95%
CPD*	NO	80	87,0	87±7
	SI	12	13,0	13±7
	Total	92	100,0	
CPG**	NO	87	95,15	95,15±4
	SI	4	4,85	4,85±4
	Total	92	100,0	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad **CPG: Cohorte de Personas de la Población General

Tabla 61.- Cualquier tipo de infección asociada a los cuidados en las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad



Figuras 42 y 43.- Cualquier tipo de infección asociada a los cuidados en las Cohortes

.-USO DE MEDICAMENTOS

LETRA LEGIBLE

Del total de pacientes sometidos a estudio, de dos *pacientes con Discapacidad Intelectual* resulta totalmente ilegible la hoja de tratamiento.

CALIDAD DEL EVOLUTIVO MÉDICO

El evolutivo es más pobre en *Controles* que en los *pacientes de la CPD*, habiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,054$) (Ver tabla 62).

	Sig.	OR	IC 95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,054	0,529	0,277	1,01
Constante	0,008	0,559		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 62.- Calidad del evolutivo médico de las Cohortes

CALIGRAFÍA

Se observa peor caligrafía en las hojas de tratamiento de los *pacientes de la CPD* que en las hojas de tratamiento de los *Controles*, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0,751$) (Ver tabla 63).

	Sig.	OR	IC 95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,751	1,106	0,594	2,061
Constante	0	0,438		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 63.- Caligrafía de las hojas de tratamiento de las *Cohortes*

TACHADURAS

Se observan menos tachaduras en las hojas de tratamiento de los *pacientes con Discapacidad* que en las hojas de tratamiento de los *Controles*, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0,997$) (Ver tabla 64).

	Sig.	OR	IC 95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,997	0	0	.
Constante	0	0,034		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 64.- Tachaduras en las hojas de tratamiento de las *Cohortes*

ABREVIATURAS, SIGLAS

Se observan menos abreviaturas y siglas en las hojas de tratamiento de los *pacientes de la CPD* que en las hojas de tratamiento de los *Controles*, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0,108$) (Ver tabla 65).

	Sig.	OR	IC 95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,108	0,27	0,055	1,335
Constante	0	0,082		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 65.- Abreviaturas y siglas en las hojas de tratamiento de las *Cohortes*

FALTAN HOJAS DE TRATAMIENTO, INFORMES DE ALTA, EVOLUTIVOS MÉDICOS O GRÁFICAS DE CONSTANTES

Faltan más hojas de tratamiento, informes de alta, evolutivos médicos y/o gráficas de constantes en los *pacientes de la CPD* que en los *Controles*, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0,662$) (Ver tabla 66).

	Sig.	OR	IC 95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,662	1,212	0,512	2,865
Constante	0	0,136		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 66.- Ausencia de hojas de tratamiento, evolutivo médico y/o gráficas de constantes de las *Cohortes*

TRASPAPPEO, DESORDEN

Se observa menos traspapeo y/o desorden en las hojas de tratamiento, evolutivo médico o en la propia historia clínica de la *CPD* que en la de los *Controles*, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas ($p=996$), lo que puede explicarse por la existencia de poco traspapeo y/o desorden en general (Ver tabla 67).

	Sig.	OR	IC 95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,996	0	0	.
Constante	0	0,082		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 67.- Traspapeo y/o desorden en las hojas de tratamiento, evolutivo médico o en la historia clínica de las *Cohortes*

SUMA DE ERRORES EN HOJA DE TRATAMIENTO, EVOLUTIVO MÉDICO O EN LA HISTORIA CLÍNICA EN GENERAL

Respecto a la suma de errores en la hoja de tratamiento, en el evolutivo médico, o en la historia clínica en general, 40 *personas de la CPD* y 31 *Controles* no presentan ningún error, 38 *personas de la CPD* y 37 *Controles* presentan un error y 14 *personas de la CPD* y 21 *Controles* presentan dos errores; pero estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,235$) (Ver tablas 68 y 69).

	Suma de errores		Total
	Control	CPD*	
0	31	40	71
1	37	38	75
2	21	14	35
3	2	0	2
4	1	0	1
Total	92	92	184

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,554	4	0,235

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tablas 68 y 69.- Suma de errores en las hojas de tratamiento, evolutivo médico o en la historia clínica en general de las *Cohortes*

.-PRESCRIPCIÓN DE DOSIS

De 9 pacientes no existe hoja de tratamiento, concretamente, 7 son de *personas con Discapacidad* y 2 son de *Controles*. En 2 de las *personas con Discapacidad*, la hoja de tratamiento es completamente ilegible; 90 *Controles* tienen prescritas las dosis correctamente y 79 *personas con Discapacidad* también pero en 3 de ellas la dosis prescrita no se ajusta a las pautas establecidas en el diccionario de medicamentos y principios activos Vademécum (infra dosificación de fármacos antiepilépticos). En 38 *Controles* no se refleja la dosis ni el intervalo de administración y en 29 *personas con Discapacidad* tampoco, en 22 *Controles* no se indica el intervalo de administración y en

21 personas con Discapacidad tampoco y en 14 Controles no se refleja la dosis y en 9 Discapacitados tampoco. (Ver tablas 70 y 71 y figuras 44 y 45).

	Dosis correctas					Total
	Ilegible hoja tto	NO	No hoja tto	No fármacos	SI	
CPD*	2	3	7	1	79	92
Control	0	0	2	0	90	92
Total	2	1	9	1	171	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 70.- Dosis prescritas en las *Cohortes*

	Observación de las prescripciones								Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	
CPD*	32	9	21	29	1	0	0	0	92
Control	14	14	22	38	1	1	1	1	92
Total	46	23	43	67	2	1	1	1	184

Tabla 71.- Observaciones de las prescripciones de las *Cohortes*

0= No hoja de tratamiento, letra ilegible en hoja de tratamiento, no se administraron fármacos en planta, o no observación de dosis porque todo es correcto.

1= No se indica la dosis.

2= No se indica el intervalo de administración.

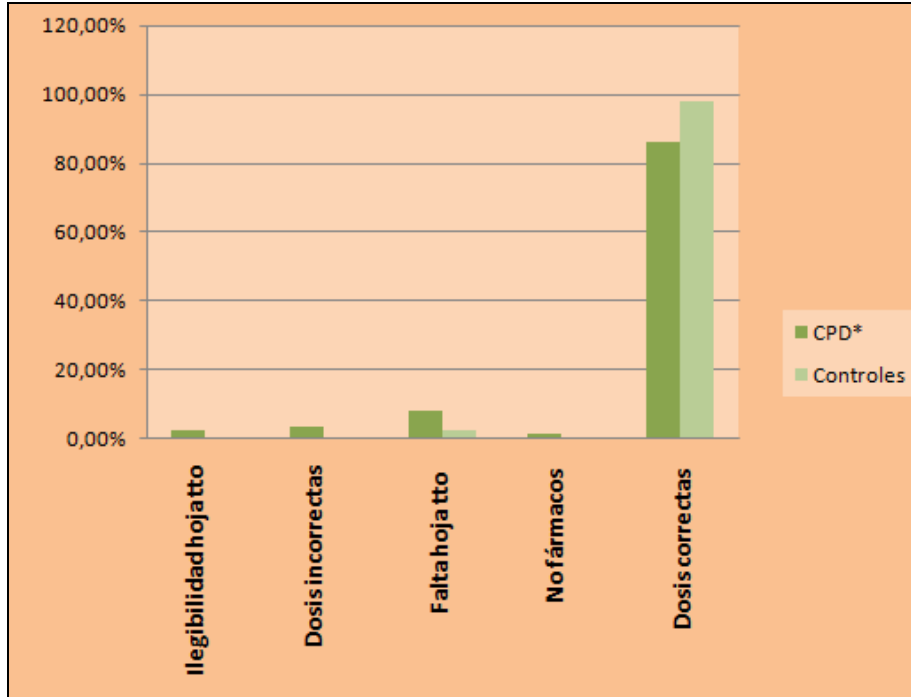
3= No se indica dosis ni intervalo de administración.

4= No se indica dosis, vía de administración ni intervalo de administración.

5= No se indica dosis ni vía de administración.

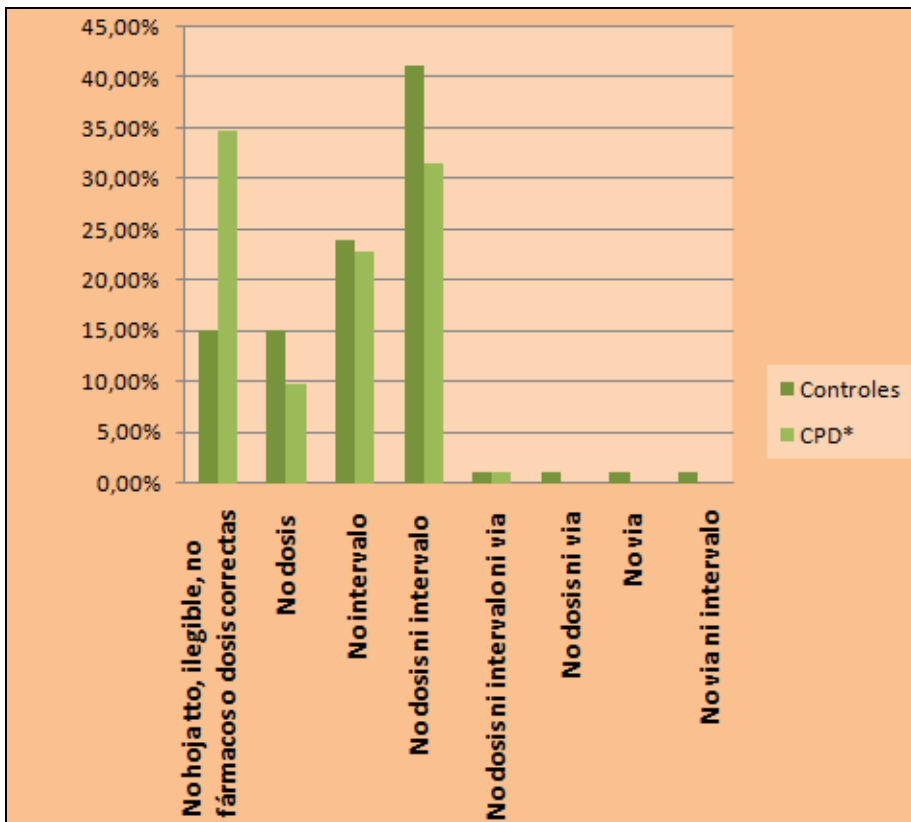
6= No se indica vía de administración.

7= No se indica vía de administración ni intervalo de administración.



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figura 44.- Dosis prescritas en las Cohortes



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figura 45.- Observaciones de las prescripciones de las Cohortes

.-AJUSTE DE DOSIS EN INSUFICIENCIA RENAL E INSUFICIENCIA HEPÁTICA

De todos los pacientes sometidos a estudio, tanto de *pacientes con Discapacidad* como de *Controles*, se ajustan las dosis de fármacos prescritos en casos de Insuficiencia renal e Insuficiencia hepática (Ver tablas 72 y 73 y figuras 46 y 47).

	Ajuste dosis I. Renal				
	llegible hoja tto	No hoja tto	No I.Renal	Si ajuste dosis	Total
CPD*	2	7	66	17	92
Control	0	2	79	11	92
Total	2	9	145	28	184

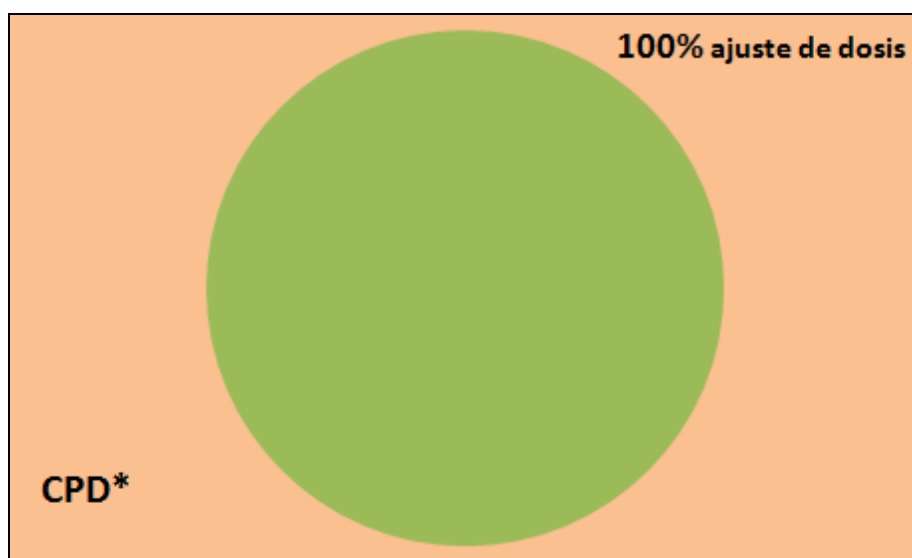
*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 72.- Ajuste de la dosis en Insuficiencia renal en las *Cohortes*

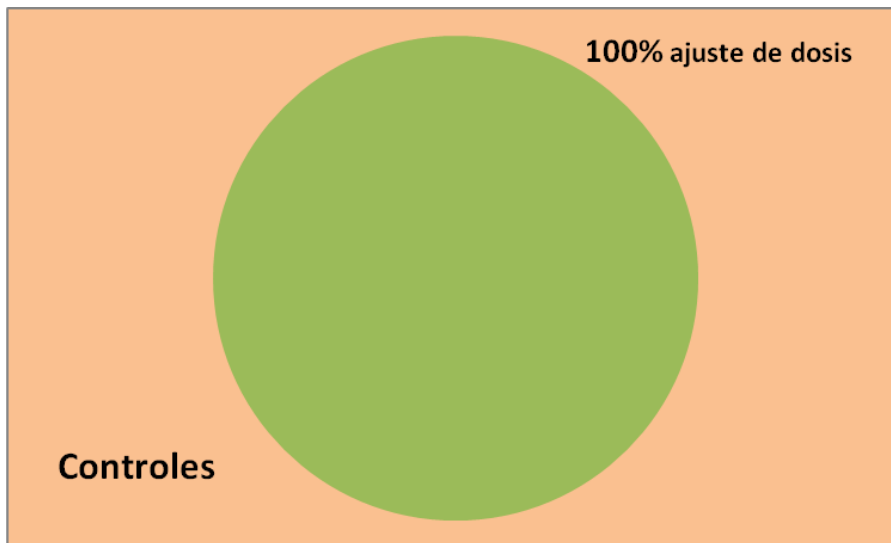
	Ajuste dosis I. Hepática				
	llegible hoja tto	No hoja tto	No I.Hepática	Si ajuste dosis	Total
CPD*	2	7	80	3	92
Control	0	2	86	4	92
Total	2	9	166	7	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 73.- Ajuste de la dosis en Insuficiencia hepática en las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad



Figuras 46 y 47.- Ajuste de la dosis en Insuficiencia renal e Insuficiencia hepática en las Cohortes

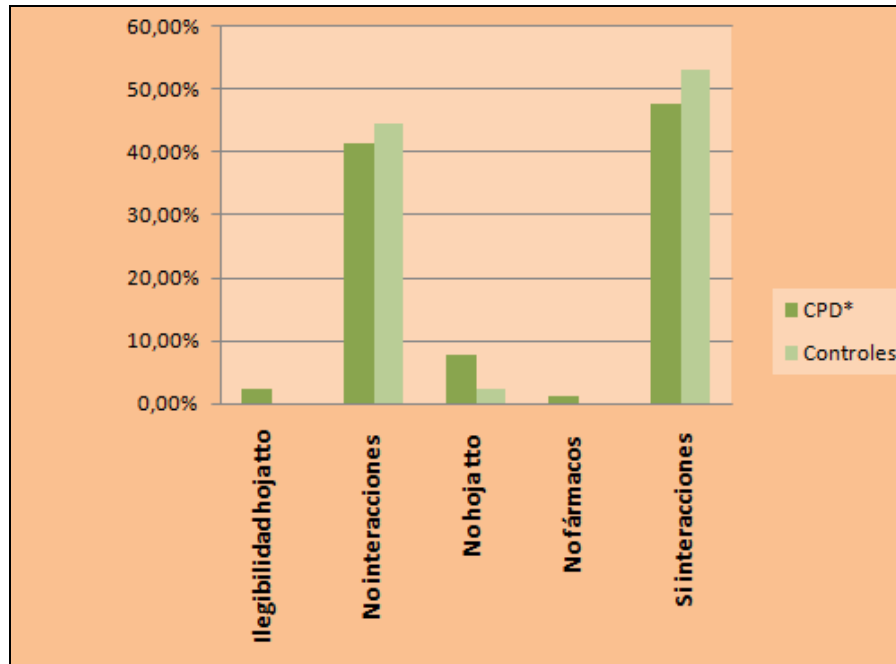
.-INTERACCIONES Y GRADO DE PELIGROSIDAD

En la siguiente tabla se presentan las deficiencias encontradas a la hora de valorar las interacciones entre fármacos en los *pacientes de la CPD* y en los *Controles*. En 49 *Controles* hay interacciones y en 44 *pacientes con Discapacidad* también (Ver tabla 74 y figura 48).

	Interacciones					
	Ilegible hoja tto	NO	No hoja tto	No fármacos	SI	Total
CPD*	2	38	7	1	44	92
Control	0	41	2	0	49	92
Total	2	79	9	1	93	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 74.- Incidencias relacionadas con las interacciones en las Cohortes



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figura 48.- Incidencias relacionadas con las interacciones en las *Cohortes*

En la siguiente tabla se presentan las interacciones importantes aunque no sean efectos adversos en los *pacientes con Discapacidad Intelectual* y en los *Controles*. Como puede observarse en 49 *Controles* hay interacciones y en 44 *personas con Discapacidad* también; concretamente de las 49 interacciones de los *Controles*, 28 son importantes y 21 potencialmente importantes; mientras que de las 44 interacciones de los *pacientes con Discapacidad*, 15 son importantes y 29 potencialmente importantes (Ver tabla 75 y figura 49).

	Grado peligro interacción			
	0	1	2	Total
CPD*	48	29	15	92
Control	43	21	28	92
Total	91	50	43	184

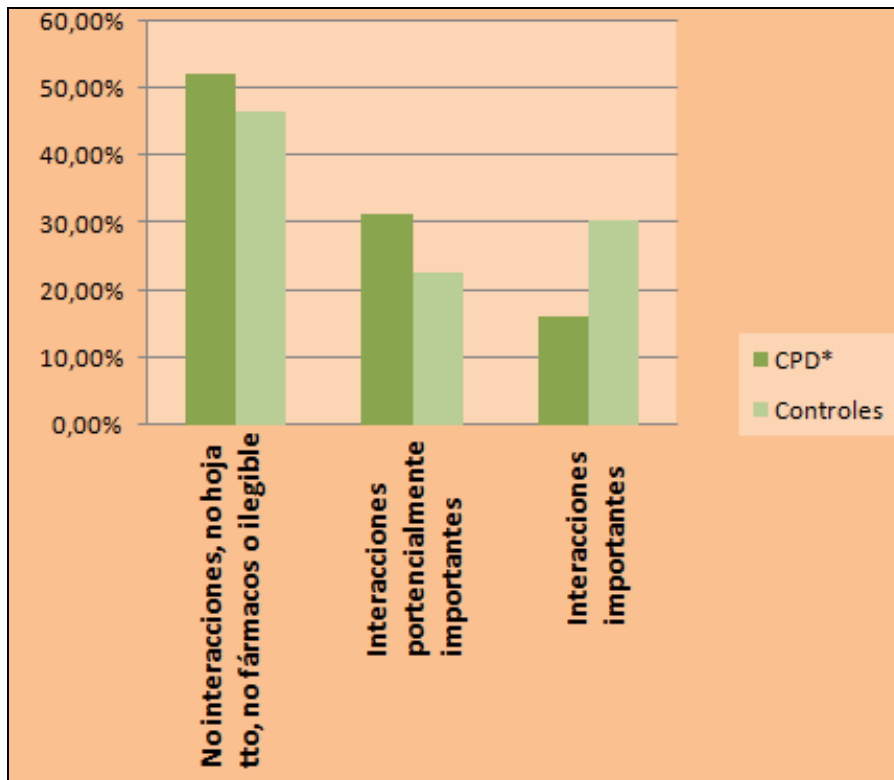
*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 75.- Incidencia del peligro de la interacción en las *Cohortes*

0= No hay ninguna interacción.

1= Interacciones potencialmente importantes (aunque no se han descrito EA, solo descritas en casos aislados o solo descritas bajo circunstancias especiales).

2=Interacciones importantes y ampliamente estudiadas en clínica.



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figura 49.- Incidencia del peligro de la interacción en las Cohortes

.-FIRMA DEL PERSONAL MÉDICO EN LAS HOJAS DE TRATAMIENTO

No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la firma del personal médico en las hojas de tratamiento ante una *persona con Discapacidad* que ante un *Control* (Ver tabla 76).

	Firma personal médico			
	NO	No hoja tto	SI	Total
CPD*	26	7	59	92
Control	25	2	65	92
Total	51	9	124	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 76.- Firma del personal médico en las hojas de tratamiento de las Cohortes

.-FIRMA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS HOJAS DE TRATAMIENTO

El personal de enfermería firma menos en las hojas de tratamiento de los *pacientes con Discapacidad* que en las de los *Controles*, habiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,00$). (Ver tabla 77).

	Firma personal enfermería			
	NO	No hoja tto	SI	Total
CPD*	40	7	45	92
Control	19	2	71	92
Total	59	9	116	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 77.- Firma del personal de enfermería en las hojas de tratamiento de las *Cohortes*

Existe relación en cuanto a que si firma el personal médico en las hojas de tratamiento, también firma el personal de enfermería (Ver tabla 78).

		Firma enfermería			
		NO	No hoja tto	SI	Total
Firma médico	NO	27	0	24	51
	No hoja tto	0	9	0	9
	SI	32	0	92	124
	Total	59	9	116	184

Tabla 78.- Relación entre la firma del personal médico y el personal de enfermería

.-FIRMA DEL PERSONAL MÉDICO–ESTANCIA HOSPITALARIA

No existe relación entre los días de estancia hospitalaria y la firma del personal médico en *la Cohorte con Discapacidad* ni en *Controles* (Ver tabla 79)

		Firma médico		
		NO	SI	Total
CPD*	<5 días	7	25	32
	≥5 días	19	34	53
	Total	26	59	85
Control	<5 días	6	23	29
	≥5 días	19	42	61
	Total	25	65	90

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 79.- Relación estancia hospitalaria y firma del personal médico en las *Cohortes*

.-FIRMA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA – ESTANCIA HOSPITALARIA

No existe relación entre los días de estancia hospitalaria y la firma del personal de enfermería en *personas con Discapacidad* ni en *Controles* (Ver tabla 80).

		Firma enfermería		
		NO	SI	Total
Control	<5 días	4	25	29
	≥5 días	15	46	61
	Total	19	71	90
CPD*	<5 días	13	19	32
	≥5 días	27	26	53
	Total	40	45	85

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 80.- Relación estancia hospitalaria y firma del personal de enfermería en las *Cohortes*

.-ALERGIA A MEDICAMENTOS

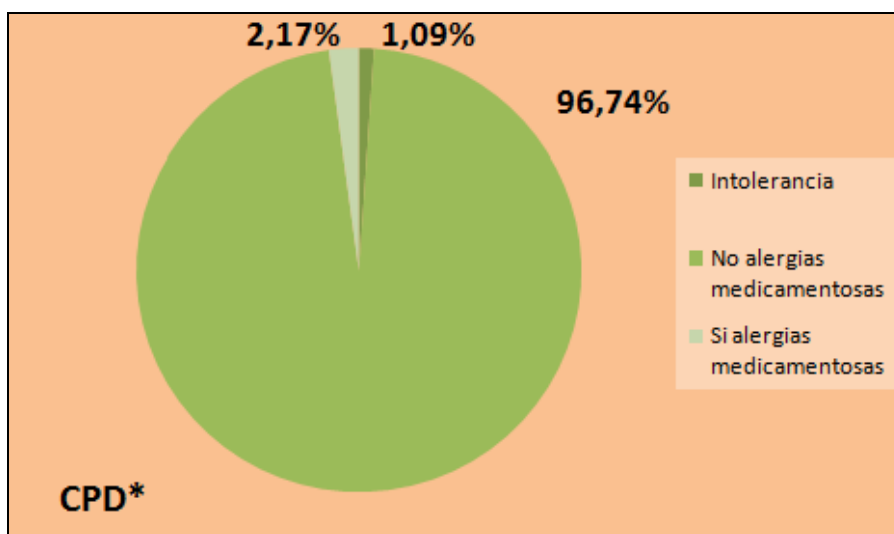
En cuanto a la *Cohorte con Discapacidad*, 2 pacientes presentan alergia a fármacos, concretamente, en uno de ellos, la alergia está confirmada y en otro no, y estos dos *pacientes* que presentan alergia a fármacos es alergia a AAS uno de ellos y el otro a penicilina y a sulmetín-papaverina. En cuanto a los *Controles*, 8 pacientes presentan alergia, concretamente, de uno de ellos está confirmada la alergia a penicilina y del

resto no (7), presentando estos pacientes alergia a AAS dos pacientes, uno a AINES, otro paciente a fenitoína, otro a N-acetilcisteína, otro a penicilina y otro paciente a penicilina, derivados y pantomicina. Un *paciente con Discapacidad* presenta intolerancia a levofloxacino y un *Control* a haloperidol y a restos de neurolépticos (Ver tablas 81 y 82 y figuras 50, 51, 52 y 53).

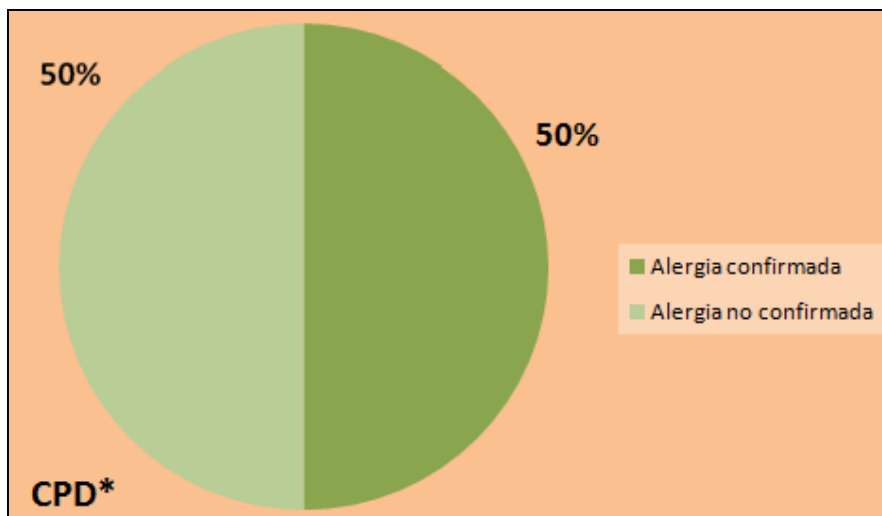
CPD*		Confirmada			
		No	No alergia	Si	Total
Intolerancia a levofloxacino	No procede		1		1
	Total		1		1
No alergia	No procede		89		89
	Total		89		89
Si alergia	AAS	1		0	1
	Penicilina, sulmetín-papaverina	0		1	1
	Total	1		1	2

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 81.- Alergias medicamentosas y su confirmación en *Cohorte con Discapacidad*



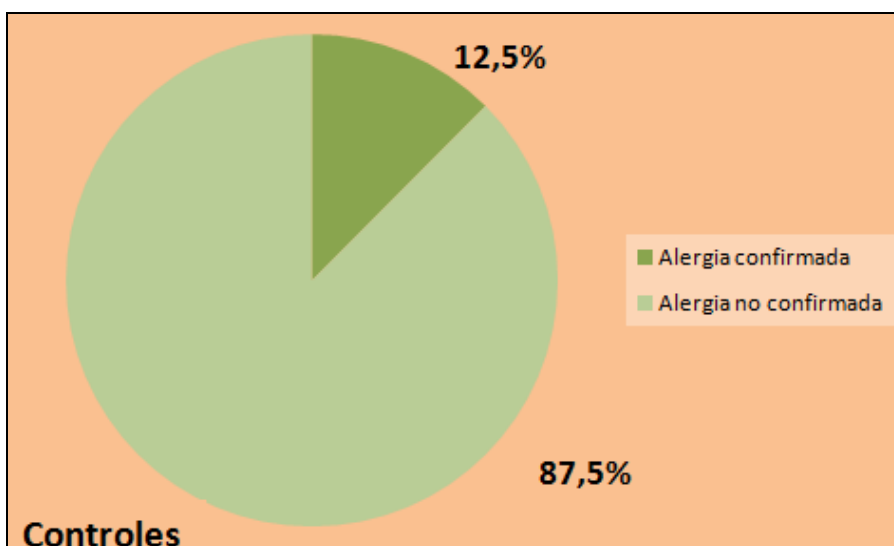
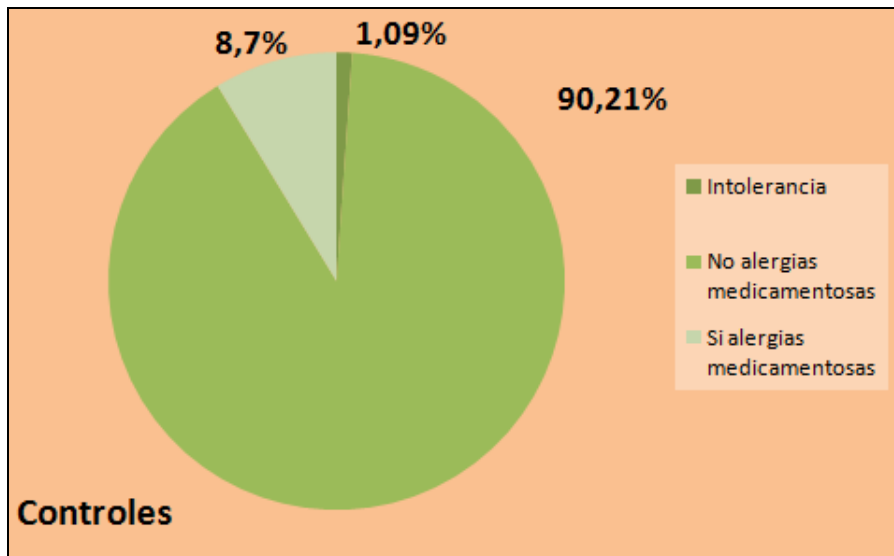
*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad



Figuras 50 y 51.- Alergias medicamentosas y su confirmación en *Cohorte con Discapacidad*

CONTROLES		Confirmada			
		No	No alergia	Si	Total
Intolerancia a <i>haloperidol</i> y restos de <i>neurolépticos</i>	No procede		1		1
	Total		1		1
No alergia	No procede		83		83
	Total		83		83
Si alergia	<i>AAS</i>	2		0	2
	<i>AINES</i>	1		0	1
	<i>Fenitoína</i>	1		0	1
	<i>N-acetilcisteína</i>	1		0	1
	<i>Penicilina</i>	1		1	2
	<i>Pencilina, derivados y pantomicina</i>	1		0	1
	Total	7		1	8

Tabla 82.- Alergias medicamentosas y su confirmación en *Controles*



Figuras 52 y 53.- Alergias medicamentosas y su confirmación en *Controles*

.-CONSUMO DE FÁRMACOS

En este apartado de fármacos partimos de 90 *Controles* y de 83 *pacientes con Discapacidad* para el análisis, pues no hay hoja de tratamiento de 7 *personas con Discapacidad* y de 2 *Controles*, y de 2 *Discapacitados*, la letra es totalmente ilegible, por lo que no se puede observar la medicación que tienen prescrita estos pacientes en la hoja de tratamiento.

ANTIHIPERTENSIVOS

Los *pacientes con Discapacidad* consumen más fármacos antihipertensivos que los *Controles*, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,72$). La media de fármacos antihipertensivos consumidos por ambas *Cohortes* es similar (Ver tablas 84 y 85).

	Sig.	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,72	1,125	0,591	2,14
Constante	0	0,429		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 84.- Consumo de fármacos antihipertensivos en *las Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,4819	0,5333
Mediana	0	0
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 85.- Media del consumo de fármacos antihipertensivos en *las Cohortes*

ANTITROMBÓTICOS

Los *Controles* consumen más fármacos antitrombóticos que las *personas con Discapacidad*, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,986$). La media de fármacos antitrombóticos consumidos por ambas *Cohortes* es similar (Ver tablas 86 y 87).

	Sig.	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,986	0,995	0,546	1,813
Constante	0,293	1,25		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 86.- Consumo de fármacos antitrombóticos en *las Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,6747	0,8
Mediana	1	1
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 87.- Media del consumo de fármacos antitrombóticos en las *Cohortes*

ANALGÉSICOS DE LA ESCALA 1 Y 2

Los *pacientes de la Cohorte con Discapacidad* consumen menos fármacos analgésicos de la escala 1 y 2 analgésica del dolor que los *Controles*; no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,18$), pero es que la muestra es pequeña para poderlo observar. La media de analgésicos de la escala 1 y 2 del dolor consumidos es similar para ambas *Cohortes* (Ver tablas 88 y 89).

	Sig.	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,18	0,639	0,332	1,23
Constante	0	2,913		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 88.- Consumo de fármacos analgésicos de la escala 1 y 2 en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	1,1807	1,2778
Mediana	1	1
Moda	0	1

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 89.- Media del consumo de fármacos analgésicos de la escala 1 y 2 en las *Cohortes*

ANALGÉSICOS OPIOIDES

Los *pacientes de la CPD* consumen menos analgésicos opioides que los *Controles*, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0,651$). La media de

fármacos analgésicos opioides consumidos es similar para ambas *Cohortes* (Ver tablas 90 y 91).

	Sig.	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,651	0,76	0,232	2,495
Constante	0	0,084		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 90.- Consumo de fármacos analgésicos opioides en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,0602	0,0889
Mediana	0	0
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 91.- Media del consumo de fármacos analgésicos opioides en las *Cohortes*

ANTIBIÓTICOS

Los *pacientes de la CPD* toman más antibióticos que los *Controles* aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,318$). La media de antibióticos consumidos es similar para ambas *Cohortes* (Ver tablas 92 y 93).

	Sig.	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,318	1,371	0,738	2,547
Constante	0,093	1,432		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 92.- Consumo de antibióticos en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	1,0361	1,0222
Mediana	1	1
Moda	1	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 93.- Media del consumo de antibióticos en las *Cohortes*

ANTIEPILÉPTICOS

Los pacientes *con Discapacidad* toman más fármacos antiepilépticos que los *Controles* y estas diferencias son casi estadísticamente significativas ($p=0,061$). La media de fármacos antiepilépticos consumidos es mayor en *las personas con Discapacidad* que en *Controles* (Ver tablas 94 y 95).

	Sig.	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,061	1,959	0,97	3,955
Constante	0	0,233		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 94.- Consumo de fármacos antiepilépticos en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,4458	0,2667
Mediana	0	0
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 95.- Media del consumo de fármacos antiepilépticos en las *Cohortes*

Los pacientes con PCI no son los pacientes objeto de estudio que consumen más fármacos antiepilépticos (Ver tablas 96 y 97).

	Antiepilépticos			Total
	Perdidos	NO	SI	
TEA	0	2	2	4
CONTROL	2	73	17	92
S. DOWN	2	11	3	16
PCI	3	17	4	24
PD	4	27	17	48
Total	11	130	43	184

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,145	8	0,078

Tablas 96 y 97.- Consumo de fármacos antiepilépticos en los distintos tipos de pacientes de la *Cohorte con Discapacidad* y en *Controles*

LAXANTES

Los *pacientes con Discapacidad* consumen más laxantes que los *Controles*, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,666$). La media de laxantes consumidos es similar en ambas *Cohortes* (Ver tablas 98 y 99).

	Sig.	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,666	1,214	0,504	2,923
Constante	0	0,139		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 98.- Consumo de fármacos laxantes en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,1687	0,1222
Mediana	0	0
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 99.- Media del consumo de fármacos laxantes en las *Cohortes*

PSICOLÉPTICOS-ANTIPSIKÓTICOS

Los *pacientes con Discapacidad* consumen más fármacos psicolépticos y antipsicóticos que los *Controles* para la agitación y el insomnio y sí que hay en este caso diferencias estadísticamente significativas ($p=0,047$) (Ver tabla 104). La media de fármacos psicolépticos y antipsicóticos consumidos es mayor en la *Cohorte con Discapacidad* que en *Controles* (Ver tablas 100 y 101).

	Sig.	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,047	1,923	1,007	3,669
Constante	0	0,343		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 100.- Consumo de fármacos psicolépticos-antipsicóticos en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,6627	0,4889
Mediana	0	0
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 101.- Media del consumo de fármacos psicolépticos-antipsicóticos en las *Cohortes*

BENZODIAZEPINAS

La CPD consume más benzodiazepinas que los *Controles*, pero estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,956$). La media de benzodiazepinas consumidas es similar en ambas *Cohortes* (Ver tablas 102 y 103).

	Sig.	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,956	1,017	0,56	1,847
Constante	0,673	0,915		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 102.- Consumo de benzodiazepinas en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,6506	0,5889
Mediana	0	0
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 103.- Media del consumo de benzodiazepinas en las *Cohortes*

ANTIDEPRESIVOS

Los *pacientes con Discapacidad* consumen menos fármacos antidepresivos que los *Controles*, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,395$). La media de fármacos antidepresivos consumidos es mayor en *Controles* que en *la CPD* (Ver tablas 104 y 105).

	Sig.	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,395	0,725	0,345	1,523
Constante	0	0,304		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 104.- Consumo de fármacos antidepresivos en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,1928	0,2556
Mediana	0	0
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 105.- Consumo de fármacos antidepresivos en las *Cohortes*

ANTIDIABÉTICOS

Los *pacientes con Discapacidad* consumen menos fármacos antidiabéticos que los *Controles*, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,89$). La media de fármacos antidiabéticos consumidos es mayor en *pacientes con Discapacidad* que en *Controles* (Ver tablas 106 y 107).

	Sig.	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,89	0,947	0,439	2,044
Constante	0	0,233		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 106.- Consumo de fármacos antidiabéticos en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,3012	0,2333
Mediana	0	0
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 107.- Media del consumo de fármacos antidiabéticos en las *Cohortes*

ANTIARRÍTMICOS

La CPD toman menos antiarrítmicos que los *Controles*, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,547$). La media de fármacos antiarrítmicos consumidos es similar en ambas *Cohortes* (Ver tablas 108 y 109).

	Sig.	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,547	0,638	0,148	2,755
Constante	0	0,059		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 108.- Consumo de fármacos antiarrítmicos en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,0361	0,0556
Mediana	0	0
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 109.- Media de consumo de fármacos antiarrítmicos en las *Cohortes*

BRONCODILADORES

Los *pacientes con Discapacidad* toman más fármacos broncodilatadores que los *Controles*, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,792$). La media de fármacos broncodilatadores consumidos es similar en ambas *Cohortes* (Ver tablas 110 y 111).

	Sig.	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,792	1,106	0,522	2,342
Constante	0	0,233		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 110.- Consumo de fármacos broncodilatadores en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL

Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,3614	0,3222
Mediana	0	0
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 111.- Media del consumo de fármacos broncodilatadores en las *Cohortes*

CORTICOIDES

Los *Controles* consumen más corticoides que la CPD, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,309$). La media de corticoides consumidos es mayor en *Controles* que en *personas con Discapacidad* (Ver tablas 112 y 113).

	Sig.	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,309	0,682	0,326	1,425
Constante	0	0,324		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 112.- Consumo de corticoides en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,2169	0,3444
Mediana	0	0
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 113.- Media del consumo de corticoides en las *Cohortes*

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)

Los *Controles* consumen más IBP que los *pacientes con Discapacidad*, y se acerca a la significación estadística ($p=0,18$). La media de fármacos IBP consumidos es mayor en *Controles* que en la *Cohorte con Discapacidad* (Ver tablas 114 y 115).

	Sig.	OR	IC 95%
--	------	----	--------

			Inferior	Superior
CPD*Control	0,18	0,642	0,336	1,227
Constante	0	2,75		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 114.- Consumo de IBP en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,7831	0,8444
Mediana	1	1
Moda	1	1

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 115.- Media del consumo de IBP en las *Cohortes*

ANTIEMÉTICOS

Los *pacientes con Discapacidad* toman más antieméticos que los *Controles*, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,658$). La media de fármacos antieméticos consumidos es similar en ambas *Cohortes* (Ver tablas 116 y 117).

	Sig.	OR	IC 95%	
			Inferior	Superior
CPD*Control	0,658	1,197	0,539	2,661
Constante	0	0,184		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 116.- Consumo de fármacos antieméticos en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,1807	0,1556
Mediana	0	0
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 117.- Media del consumo de fármacos antieméticos en las *Cohortes*

INMUNOSUPRESORES

Los *Controles* consumen más fármacos inmunosupresores que la CPD, habiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,054$). La media de fármacos inmunosupresores consumidos es mayor en *Controles* que en la CPD (Ver tablas 118, 119 y 120).

	Inmunosupresores		
	Control	CPD*	Total
Perdidos	2	9	11
No	85	81	166
Si	5	2	7
Total	92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,837	2	0,054

Tablas 118 y 119.- Consumo de fármacos inmunosupresores en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,0602	0,0778
Mediana	0	0
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 120.- Media del consumo de fármacos inmunosupresores en las *Cohortes*

HIPOCOLESTEROLEMIANTES

Los *Controles* consumen más hipocolesterolemiantes que las *personas con Discapacidad*, habiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,011$). La media de fármacos hipocolesterolemiantes consumidos es mayor en *Controles* que en la CPD (Ver tablas 121, 122 y 123).

	Hipocolesterolemiantes		
	Control	CPD*	Total
Perdidos	2	9	11
No	79	80	159
Si	11	3	14
Total	92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,032	2	0,011

Tablas 121 y 122.- Consumo de fármacos hipocolesterolemiantes en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,0361	0,1333
Mediana	0	0
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 123.- Media del consumo de fármacos hipocolesterolemiantes en las *Cohortes*

OTROS

Los *Controles* consumen más otros fármacos que los especificados anteriormente, que los *pacientes con Discapacidad*, habiendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,008$). La media de otros fármacos consumidos es mayor en *Controles* que en la *CPD* (Ver tablas 124, 125 y 126).

	Otros		
	Control	CPD*	Total
Perdidos	2	9	11
No	39	50	89
Si	51	33	84
Total	92	92	184

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,671	2	0,008

Tablas 124 y 125.- Consumo de otros fármacos en las *Cohortes*

	CPD*	CONTROL
Válidos	83	90
Perdidos	9	2
Media	0,6867	1,1556
Mediana	0	1
Moda	0	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 126.- Media del consumo de otros fármacos en las *Cohortes*

.-UTILIZACIÓN DE HEPARINA PARA PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE TVP Y TEP

De los 46 *pacientes con Discapacidad* que tienen prescrita heparina en su hoja de tratamiento, de 3 de ellos se evalúa el peso o se encuentra el peso reflejado en alguna parte de la historia clínica, y de 41 *Controles* que tienen prescrita heparina, de 10 se evalúa el peso o se encuentra el peso reflejado en alguna parte de la historia clínica, pero estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,459$) (Ver tablas 127 y 128 y figura 54).

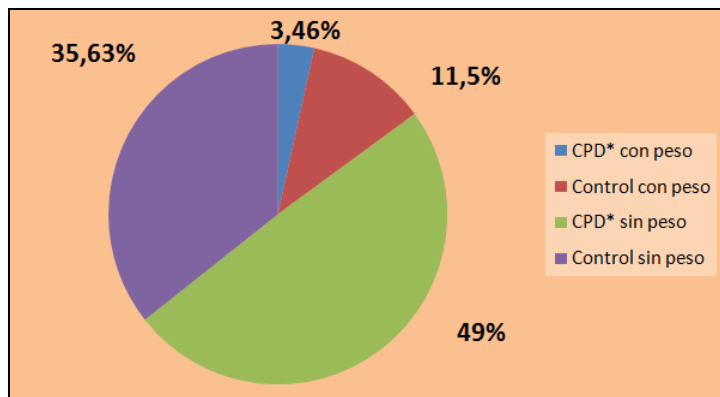
			Pesado		
			No	Si	Total
CPD*	Heparina	No	41	5	46
		Si	43	3	46
		Total	84	8	92
Control	Heparina	No	35	14	49
		Si	31	10	41
		Total	66	24	90

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
CPD*	Chi-cuadrado de Pearson	0,548	1	0,459
Control	Chi-cuadrado de Pearson			

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tablas 127 y 128.- Distribución de la muestra según evaluación del peso en la utilización de heparinas



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figura 54.- Distribución de la muestra según evaluación del peso en la utilización de heparinas

De los 46 *pacientes con Discapacidad* que tienen prescrita heparina en sus hojas de tratamiento, de 43 de ellos se evalúa la función renal, concretamente se miden los niveles de creatinina, y de los 41 *Controles* que tienen prescrita heparina, de 38 de ellos se evalúa también la función renal, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,013$) (Ver tablas 129 y 130 y figura 55).

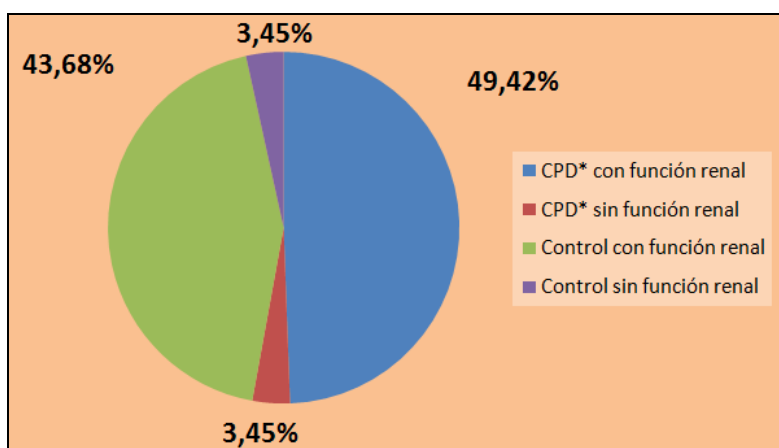
			Función renal (creatinina)			
			No	Si	No procede	Total
CPD*	Heparina	No	0	28	18	46
		Si	3	43	0	46
		Total	3	71	18	92
Control	Heparina	No	0	43	6	49
		Si	3	38	0	41
		Total	3	81	6	90

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
CPD*	Chi-cuadrado de Pearson	24,169	2	0
Control	Chi-cuadrado de Pearson	8,666	2	0,013

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tablas 129 y 130.- Distribución de la muestra según evaluación de la función renal en la utilización de heparinas



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figura 55.- Distribución de la muestra según evaluación de la función renal en la utilización de heparinas

.-GRUPOS FARMACOLÓGICOS CON MAYOR RIESGO DE INTERACCIÓN

De todos los fármacos prescritos en las hojas de tratamiento de la Cohorte con Discapacidad y de los *Controles* objeto de estudio, de los grupos farmacológicos que se reflejan a continuación son de los que se ha encontrado relación entre dicho grupo y el riesgo de sufrir una interacción farmacológica.

ANTIHIPERTENSIVOS

A mayor consumo de fármacos antihipertensivos, mayor riesgo de interacción (Ver tablas 131 y 132).

		Antihipertensivos		
		No	Si	Total
Grado peligro interacción	0	65	15	80
	1	25	25	50
	2	29	14	43
	Total	119	54	173

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,043	2	0,001

Tablas 131 y 132.- Consumo de fármacos antihipertensivos y riesgo de interacción

ANTIEPILEPTICOS

A mayor consumo de fármacos antiepilepticos, mayor riesgo de interacción (Ver tablas 133 y 134).

		Antiepilepticos		
		No	Si	Total
Grado peligro interacción	0	73	7	80
	1	34	16	50
	2	23	20	43
	Total	130	43	173

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,274	2	0

Tablas 133 y 134.- Consumo de fármacos antiepilepticos y riesgo de interacción

BENZODIAZEPINAS

A mayor consumo de benzodiazepinas, mayor riesgo de interacción (Ver tablas 135 y 136).

		Benzodiazepinas		
		No	Si	Total
Grado peligro interacción	0	54	26	80
	1	21	29	50
	2	15	28	43
	Total	90	83	173

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,751	2	0,001

Tablas 135 y 136.- Consumo de benzodiazepinas y riesgo de interacción

ANTIDEPRESIVOS

A mayor consumo de fármacos antidepresivos, mayor riesgo de interacción (Ver tablas 137 y 138).

		Antidepresivos		
		No	Si	Total
Grado peligro interacción	0	71	9	80
	1	33	17	50
	2	33	10	43
	Total	137	36	173

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,872	2	0,007

Tablas 137 y 138.- Consumo de antidepresivos y riesgo de interacción

ANTIARRITMICOS

A mayor consumo de fármacos antiarrítmicos mayor riesgo de interacción (Ver tablas 139 y 140).

		Antiarrítmicos		
		No	Si	Total
Grado peligro interacción	0	79	1	80
	1	48	2	50
	2	38	5	43
	Total	165	8	173

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,892	2	0,032

Tablas 139 y 140.- Consumo de fármacos antiarrítmicos y riesgo de interacción

BRONCODILADORES

A mayor consumo de fármacos broncodilatadores, mayor riesgo de interacción (Ver tablas 141 y 142).

		Broncodilatadores		
		No	Si	Total
Grado peligro interacción	0	73	7	80
	1	34	16	50
	2	32	11	43
	Total	139	34	173

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,807	2	0,003

Tablas 141 y 142.- Consumo de fármacos broncodilatadores y riesgo de interacción

CORTICOIDES

A mayor consumo de corticoides, mayor riesgo de interacción (Ver tablas 143 y 144).

		Corticoides		
		No	Si	Total
Grado peligro interacción	0	75	5	80
	1	30	20	50
	2	31	12	43
	Total	136	37	173

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,292	2	0

Tablas 143 y 144.- Consumo de fármacos corticoides y riesgo de interacción

INMUNOSUPRESORES

A mayor consumo de fármacos inmunosupresores, mayor riesgo de interacción (Ver tablas 145 y 146).

		Inmunosupresores		
		No	Si	Total
Grado peligro interacción	0	79	1	80
	1	48	2	50
	2	39	4	43
	Total	166	7	173

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,671	2	0,097

Tablas 145 y 146.- Consumo de fármacos inmunosupresores y riesgo de interacción

.-ESTANCIA HOSPITALARIA - GRADO DE PELIGRO DE INTERACCIÓN

A mayor número de días de estancia hospitalaria, mayor riesgo de peligro de interacción en *Controles* pero no en *personas con Discapacidad* (Ver tablas 147 y 148).

		Grado peligro interacción			
		0	1	2	Total
CPD*	< 5 días	19	10	3	32
	≥ 5 días	20	19	12	51
	Total	39	29	15	83
Control	< 5 días	21	3	5	29
	≥ 5 días	20	18	23	61
	Total	41	21	28	90

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
CPD*	Chi-cuadrado de Pearson	4,083	2	0,13
Control	Chi-cuadrado de Pearson	12,514	2	0,002

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tablas 147 y 148.- Estancia hospitalaria y riesgo de peligro de interacción en las *Cohortes*

.-Nº DE INGRESOS EN EL PERIODO 2008-2012 – GRADO DE PELIGRO DE INTERACCIÓN

No existe relación entre el número de ingresos de la *Cohorte con Discapacidad* y la *Cohorte de la Población General* en el periodo de estudio y el riesgo de peligro de interacción (Ver tablas 149 y 150)

		Grado peligro interacción				
		0	1	2	Total	
CPD*	Nº de ingresos en periodo	1	14	14	9	37
		2	10	4	5	19
		3	7	4	1	12
		4	2	1	0	3
		5	5	2	0	7
		6	0	1	0	1
		7	1	1	0	2
		8	0	1	0	1
		9	0	1	0	1
		Total	39	29	15	83
Control	Nº de ingresos en periodo	1	20	5	7	32
		2	5	6	6	17
		3	5	3	4	12
		4	4	3	2	9
		5	4	1	1	6
		7	1	1	1	3
		8	0	0	1	1
		9	1	0	1	2
		10	0	0	3	3
		11	0	1	0	1
		12	0	0	1	1
		13	1	0	0	1
		17	0	0	1	1
		20	0	1	0	1
Total	41	21	28	90		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
CPD*	Chi-cuadrado de Pearson	13,517	16	0,635
Control	Chi-cuadrado de Pearson	29,602	26	0,284

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tablas 149 y 150.- Número de ingresos en el periodo 2008-2012 y riesgo de peligro de interacción en las *Cohortes*

.-EFECTOS ADVERSOS (EA)

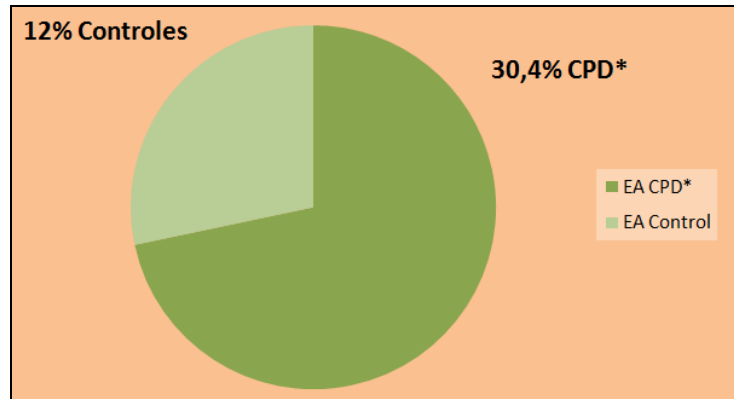
Un 30,4% (28) de los *pacientes con Discapacidad* presenta Efectos Adversos y un 12% (11) de los *Controles* también, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,002$) (Ver tablas 151 y 152 y figura 56).

		Nº	%	IC95%
CPD*	No	64	69,9	69,9±9
	Si	28	30,4	30,4±9
	Total	92	100	
Control	No	81	88	88±7
	Si	11	12	12±7
	Total	92	100	

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,403	1	0,002

Tablas 151 y 152.- Frecuencia de EA en ambas *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figura 56.- Frecuencia de EA en las *Cohortes*

En la siguiente tabla se muestra la frecuencia de Efectos Adversos en los distintos tipos de *personas con Discapacidad* y en *Controles*, siendo el grupo de personas con Discapacidad Intelectual sin diagnóstico (PD) el grupo que presenta un mayor número de EA, seguido de las personas con Parálisis Cerebral; siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0,008$) (Ver tablas 153 y 154 y figura 57).

	EA		
	No	Si	Total
TEA	4	0	4
CONTROL	81	11	92
S. DOWN	11	5	16
PCI	14	10	24
PD	35	13	48
Total	145	39	184

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,763	4	0,008

Tablas 153 y 154.- Frecuencia de EA en los distintos tipos de *personas con Discapacidad* y en *Controles*

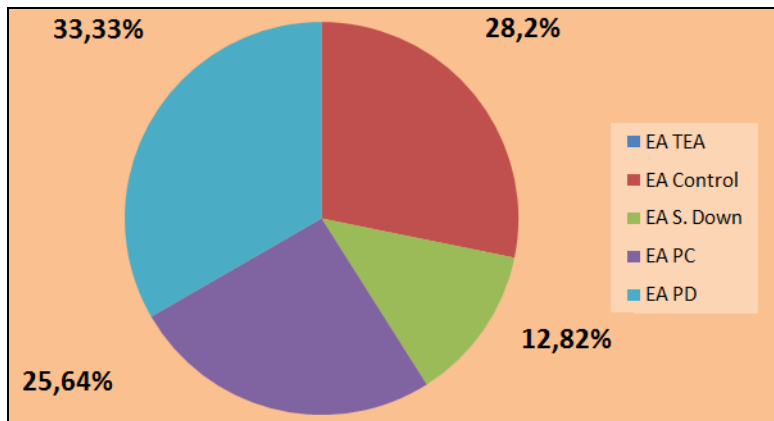


Figura 57.- Frecuencia de EA en los distintos tipos de *personas con Discapacidad* y en *Controles*

.-EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN

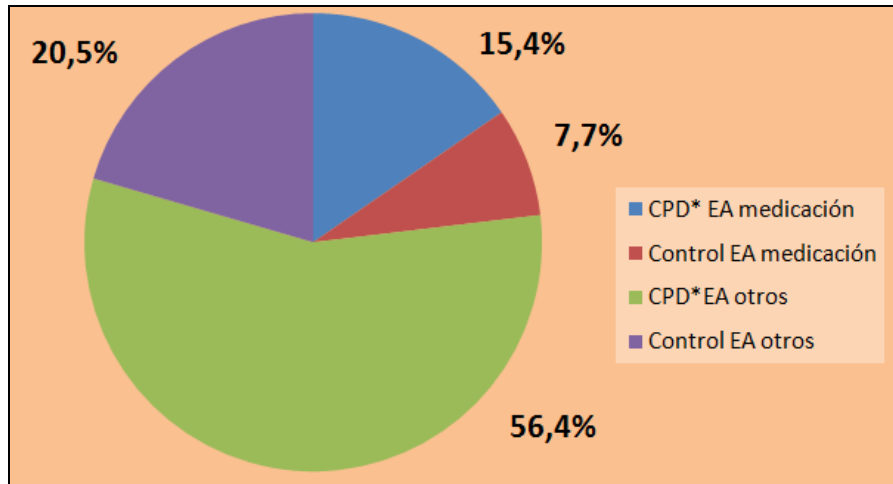
Del total de EA detectados entre los pacientes sometidos a estudio (28 *personas con Discapacidad* y 11 *Controles*), centrándonos en los EA relacionados con la medicación, un 15,4% (6) de las personas con Discapacidad y un 7,7% (3) de los *Controles* presenta algún EA relacionado con los fármacos que tiene prescritos; aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,697$) (Ver tablas 155 y 156 y figura 58).

	EA relacionados medicación		
	No	Si	Total
CPD*	22	6	28
Control	8	3	11
Total	30	9	39

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,152	1	0,697

Tablas 155 y 156.- Frecuencia de EA relacionados con la medicación en las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figura 58.- Frecuencia de EA relacionados con la medicación en las *Cohortes*

.-EVITABILIDAD DE LOS EA EN GENERAL

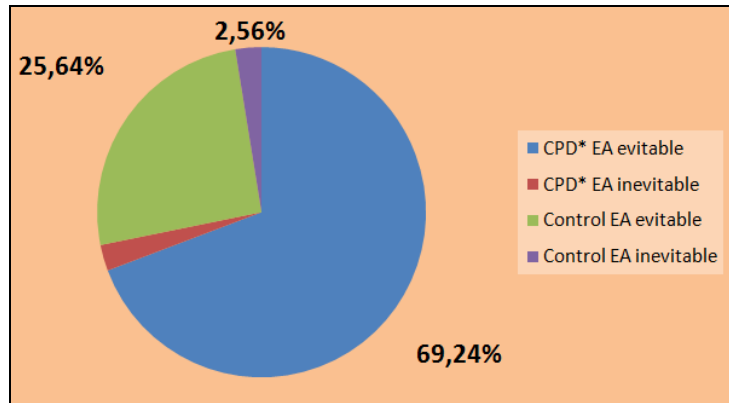
Del total de EA detectados en los pacientes sometidos a estudio (30,4% en *la Cohorte con Discapacidad* y 12% en *Controles*), un 69,24% (27) son evitables en la *CPD* y un 25,64% (10) son evitables en *Controles* (Ver tablas 157 y 158 y figura 59).

			EA evitable			
			No	No procede	Si	Total
CPD*	EA	No	0	64	0	64
		Si	1	0	27	28
		Total	1	64	27	92
Control	EA	No	0	81	0	81
		Si	1	0	10	11
		Total	1	81	10	92

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
CPD*	Chi-cuadrado de Pearson	92	2	0
Control	Chi-cuadrado de Pearson	92	2	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tablas 157 y 158.- Evitabilidad de EA en general en las *Cohortes*



*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Figura 59.- Evitabilidad de EA en general en las Cohortes

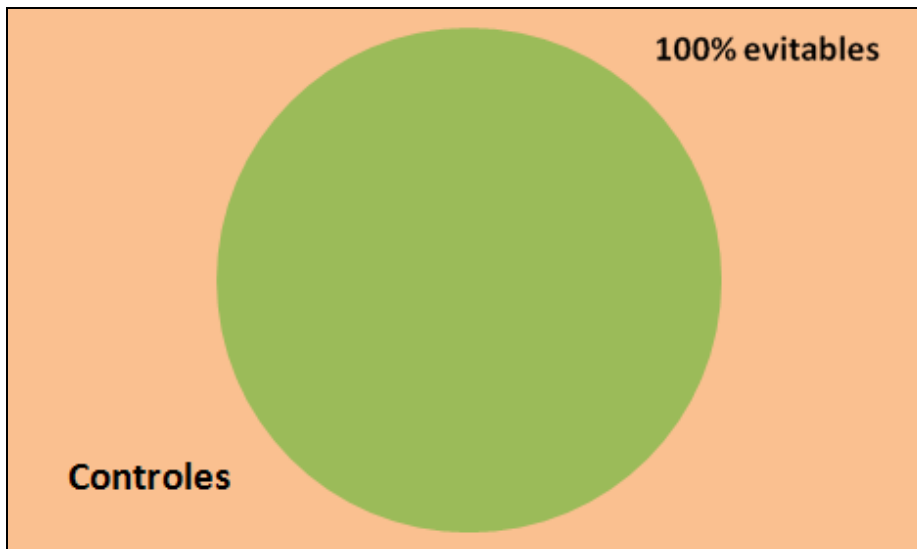
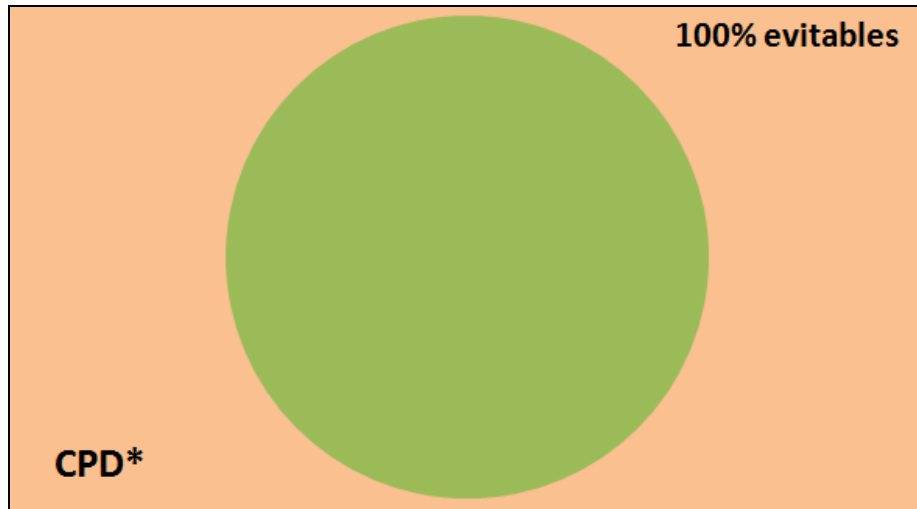
.-EVITABILIDAD DE LOS EA RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN

De los EA relacionados con la medicación tanto en *personas con Discapacidad* como en *Controles*, el 100% de ellos son evitables (Ver tabla 159 y figuras 60 y 61).

			EA relacionado con la medicación
CPD*	Evitable	No	0
		Si	6
		Total	6
Control	Evitable	No	0
		Si	3
		Total	3

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 159.- Evitabilidad de EA relacionados con la medicación en las Cohortes



Figuras 60 y 61.- Evitabilidad de EA relacionados con la medicación en las *Cohortes*

.-FIRMAS DEL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON LA APARICIÓN DE EA

No existe relación en cuanto a la firma del personal médico y la aparición de EA (Ver tablas 160 y 161).

		Firma médico		
		No	Si	Total
EA	No	38	101	139
	Si	13	23	36
	Total	51	124	75

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,066(b)	1	0,302

Tablas 160 y 161.- Relación firma del personal médico y aparición de EA

Si existe relación entre la firma del personal de enfermería y la aparición de EA (Ver tablas 162 y 163).

		Firma enfermería		
		No	Si	Total
EA	No	39	100	139
	Si	20	16	36
	Total	59	116	175

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,675(b)	1	0,002

Tablas 162 y 163.- Relación firma del personal de enfermería y aparición de EA

.-RELACIÓN ESTANCIA HOSPITALARIA - APARICIÓN DE EA

No existe relación entre los días de estancia hospitalaria y la aparición de EA en la *Cohorte con Discapacidad* ni en *Controles* (Ver tablas 164 y 165).

			Días de estancia		
			< 5 días	≥ 5 días	Total
CPD*	EA	No	27	37	64
		Si	10	18	28
		Total	37	55	92
Control	EA	No	27	54	81
		Si	3	8	11
		Total	30	62	92

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
CPD*	Chi-cuadrado de Pearson	0,339	1	0,56
Control	Chi-cuadrado de Pearson	0,162	1	0,687

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tablas 164 y 165.- Relación estancia hospitalaria y aparición de EA en las *Cohortes*

.-RELACIÓN SERVICIO DE INGRESO HOSPITALARIO- EA

En la *Cohorte con Discapacidad* no existe relación entre el Servicio de ingreso hospitalario y la aparición de EA, pero en los *Controles* sí que existe relación, siendo los Servicios médicos los Servicios hospitalarios en los que más EA se detectan; estas diferencias para los *Controles* son estadísticamente significativas ($p=0,009$)(Ver tablas 166 y 167).

			EA		
			No	Si	Total
CPD*	Servicio	Cirugía	17	9	26
		Médico	45	19	64
		UCI	2	0	2
		Total	64	28	92
Control	Servicio	Cirugía	28	2	30
		Médico	52	7	59
		UCI	1	2	3
		Total	81	11	92

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
CPD*	Chi-cuadrado de Pearson	1,107	2	0,575
Control	Chi-cuadrado de Pearson	9,328	2	0,009

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 166 y 167.- Relación Servicio de ingreso hospitalario y aparición de EA en las *Cohortes*

.-SERVICIO DE INGRESO HOSPITALARIO Y EVITABILIDAD DEL EA

De los 19 *pacientes con Discapacidad* que ingresan en un Servicio médico y que presentan EA, este es evitable en un 100% de las ocasiones, y de los 9 que ingresan en

un Servicio quirúrgico y que presentan EA, en 8 es evitable y en 1 es inevitable. De los 7 *Controles* que ingresan en un Servicio médico y que presentan EA, este es evitable en un 100% de las ocasiones, de los 2 *Controles* que ingresan en un Servicio quirúrgico y que presentan EA, este también es evitable en un 100%, mientras que de los 2 *Controles* que ingresan en UCI y que presentan EA, en 1 es evitable y en otro es inevitable, siendo estas diferencias en los *Controles* estadísticamente significativas ($p=0,00$) (Ver tablas 168 y 169).

			Servicio hospitalario			
			Cirugía	Médico	UCI	Total
CPD*	Evitable	No	1	0	0	1
		No procede	17	45	2	64
		Si	8	19	0	27
		Total	26	64	2	92
Control	Evitable	No	0	0	1	1
		No procede	28	52	1	81
		Si	2	7	1	10
		Total	30	59	3	92

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
CPD*	Chi-cuadrado de Pearson	3,483	4	0,481
Control	Chi-cuadrado de Pearson	32,716	4	0

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tablas 168 y 169.- Relación Servicio de ingreso hospitalario y evitabilidad de EA en las *Cohortes*

.-EDAD Y EA

No existe relación entre la edad y la aparición de EA en la *Cohorte con Discapacidad* ni en *Controles* (Ver tabla 170).

		EA		
		No	Si	Total
CPD*	<65 años	51	21	72
	≥65 años	13	7	20
	Total	64	28	92
Control	<65 años	58	7	65
	≥65 años	23	4	27
	Total	81	11	92

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tabla 170.- Relación entre la edad y la aparición de EA en las *Cohortes*

.-SUMA DE FRI-EA

A mayor número de FRI del paciente, tanto en *personas con Discapacidad* como en *Controles*, no existe mayor riesgo de aparición de EA (Ver tablas 171 y 172).

			EA		
			No	Si	Total
CPD*	Suma FRI	0	25	8	33
		1	16	5	21
		2	9	7	16
		3	9	2	11
		4	3	4	7
		5	2	1	3
		7	0	1	1
		Total		64	28
Control	Suma FRI	0	29	1	30
		1	27	3	30
		2	8	2	10
		3	9	1	10
		4	5	3	8
		5	1	0	1
		6	1	1	2
		9	1	0	1
		Total		81	11

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
CPD*	Chi-cuadrado de Pearson	7,809	6	0,252
Control	Chi-cuadrado de Pearson	10,859	7	0,145

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tablas 171 y 172.- Suma de FRI y la aparición de EA en las *Cohortes*

.-SUMA FRE-EA

En cuanto a los FRE, tanto en la *Cohorte con Discapacidad* como en *Controles*; a mayor número de FRE, mayor riesgo de aparición de EA (Ver tablas 173 y 174).

		EA			
		No	Si	Total	
CPD*	Suma FRE	0	8	0	8
	1	26	7	33	
	2	21	7	28	
	3	4	8	12	
	4	2	4	6	
	5	2	2	4	
	7	1	0	1	
	Total	64	28	92	
Control	Suma FRE	0	3	0	3
	1	42	2	44	
	2	22	4	26	
	3	7	2	9	
	4	4	1	5	
	5	0	1	1	
	6	2	0	2	
	7	0	1	1	
	8	1	0	1	
Total	81	11	92		

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
CPD*	Chi-cuadrado de Pearson	17,538	6	0,007
Control	Chi-cuadrado de Pearson	19,336	8	0,013

*CPD: Cohorte de Personas con Discapacidad

Tablas 173 y 174.- Suma de FRE y la aparición de EA en las *Cohortes*

4.- DISCUSIÓN

4.1.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1.1.- Características Sociodemográficas y Epidemiológicas de las Personas con Discapacidad Intelectual.

En España se han realizado varias encuestas epidemiológicas para tratar de conocer la magnitud e importancia de la Discapacidad como fenómeno demográfico y social. En la siguiente tabla pueden observarse los resultados más relevantes en relación con la magnitud y prevalencia de la discapacidad en nuestro país ^{12, 66, 67}.

ENCUESTA	POBLACION TOTAL	POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	
EDDM, 1986	38.341.126	5.743.291	14,98 %
EDDES, 1999	39.247.019	3.528.221	8,99 %
EDAD, 2008	45.200.737	3.847.900	8,5 %

* EDDM: Encuesta de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, 1986 (INE).

**EDDES: Encuesta de Deficiencias, Discapacidades y Estado de Salud, 1999 (INE, IMSERSO Y F: ONCE).

***EDAD: Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Dependencia 2008 (INE, Mº T y PS, Mº SY C Y CERMI).

La primera que se realizó fue la encuesta basada en el modelo de la OMS, sobre Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (EDDM) ⁶⁶, que ha sido tomada como ejemplo para implantar en otros países por parte de la OMS. La segunda fue la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) ⁶⁷, principal fuente estadística de referencia sobre las discapacidades en España, que da respuesta a la demanda de esta información por parte de las Administraciones Públicas y usuarios, y en particular, a las organizaciones no gubernamentales (ONG). Uno de los objetivos de la EDDES es aportar información necesaria e indispensable para determinar las diferencias socio-sanitarias existentes entre el colectivo de personas

con discapacidad y la población general. Según la EDDES 99⁶⁷, el número de personas residentes en España con alguna discapacidad o con limitaciones que han causado o pueden llegar a causar discapacidades en 1999 era de 3.528.221 personas, lo que viene a representar entre un 9-10% de la población total.

Por último, con la promulgación de la Ley de Autonomía Personal y Dependencia, se realizó en 2008 la Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Dependencia (EDAD)¹², con el objetivo de conocer la importancia de la dependencia de las personas como situación de desventaja social para garantizar los apoyos de la Instituciones y/o Administraciones Estatales y Regionales.

En consecuencia, nuestro país cuenta con un conocimiento exhaustivo desde el punto de vista numérico o cuantitativo sobre la magnitud y prevalencia de la discapacidad. Las diferencias entre las diferentes encuestas se deben a las formas de medir la misma, sobre todo, entre la EDDM de 1986⁶⁶, cuyo diagnóstico era más percibido o sentido que objetivo o específico. Las dos últimas difieren poco en sus resultados y, se sitúan en prevalencias similares a las determinadas por los organismos internacionales como la OMS, que en su último informe con ocasión del Día Internacional de la Discapacidad (3 de diciembre de 2010) situaba la prevalencia internacional en el 10%. Es decir, de cada 100 personas en el mundo, 10 tienen discapacidad.

La probabilidad de tener una discapacidad aumenta con la edad. Según EDDES 99⁶⁷, dos terceras partes de las personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria tienen más de 65 años. La prevalencia creciente de la discapacidad conforme avanza la edad se debe, al menos, a dos factores complementarios. Por una parte, al hecho de que haber vivido más años supone haber estado más tiempo expuesto a riesgos, accidentes de tráfico, laborales o de ocio y enfermedades degenerativas y/o crónicas, que pueden haberse concretado y dar como resultado o consecuencia, una discapacidad. Por otra, al incremento de la esperanza de vida de las personas que han adquirido la discapacidad en la etapa prenatal o en las etapas tempranas de la vida.

Respecto al sexo, según la EDDES 99⁶⁷, el 58.3% de las personas identificadas son mujeres, sin embargo, no en todas las edades es mayor el número de mujeres con discapacidad, pues hasta los 45 años hay más varones que mujeres en la población con

discapacidades, y puede deberse a factores culturales, factores socioeconómicos o a factores biológicos. En nuestra muestra poblacional, de los 92 *Casos* sometidos a estudio 43 son mujeres y 49 son varones y de los 92 *Controles*, 44 son mujeres y 48 son varones.

En este trabajo de investigación la población total de estudio fue de 184 pacientes, de los que 92 son personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y 92 son personas sin discapacidad de la población general que hacen como controles. Entre los *pacientes de la CPD* se diferencian cuatro grupos de personas con discapacidad intelectual, concretamente, 48 personas con Retraso Mental, 24 personas con Parálisis Cerebral, 16 personas con Síndrome de Down y 4 personas con Trastornos del Espectro Autista. Se realizó un emparejamiento *Caso/Control* en base a la edad, entre otros parámetros, y la edad media de los *Casos* fue de 50 años y la edad media de los *Controles* fue de 53 años.

Los pacientes de *CPD* y los pacientes de *CPG* presentan una media de FRI similar, lo que significa que en términos de perfiles del estado de Salud, es decir, en términos de Salud y Enfermedad, las personas con discapacidad y los pacientes sin discapacidad o *Controles* son muy parecidos, lo que indica que se ha realizado de un buen emparejamiento. En cuanto a **FRI** comentar que los *pacientes de CPG* presentan más neoplasias que los *pacientes del CPD*, pudiendo estar relacionado con los hábitos tóxicos, más frecuentes en *la población general* que en *personas con discapacidad*, debido a la sobreprotección de los *Casos*, personas con discapacidad intelectual, por parte de padres y/o tutores legales; además los *Casos* ingresan más por la propia discapacidad ⁶⁸. Relacionado con las neoplasias, los *Controles* presentan mayor número de inmunodeficiencias que los pacientes *CPD*. Los *Controles* presentan también más hábitos de uso y consumo de drogas que los *Casos*. En cuanto a hipoalbuminemia, como FRI, los *pacientes de la CPD* presentan mayor número que los *pacientes de CPG*, lo que es indicativo de mayor frecuencia de malnutrición entre los *discapacitados*, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas. Esta observación probablemente se explique porque muchos de ellos, sobre todo los

paralíticos cerebrales tienen problemas de deglución y otros trastornos metabólicos que explica este resultado.

Respecto a la suma de **FRE** en pacientes de *CPD* y en *CPG*, su distribución presenta una media similar, lo que es indicativo de calidad de la muestra, y sobre todo, del emparejamiento de los *Controles*. Dentro de los FRE que presentan diferencias estadísticamente significativas entre *CPD* y *Controles* está la institucionalización, los *pacientes con discapacidad* están más institucionalizados que los *Controles*, aunque en ocasiones no hay constancia de este dato, indicándose como no institucionalización en situaciones en las que dicho dato realmente se desconocía. Aunque parecería razonable dadas las mayores deficiencias de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo.

En relación con el hábito tabáquico y alcohólico, en la muestra sometida a estudio, los *Controles* presentan más hábitos tóxicos que los *pacientes de la Cohorte de personas con discapacidad*, aunque en ocasiones no hay constancia de este dato, indicándose como no presencia de hábitos tóxicos en situaciones en las que dicho dato realmente se desconocía. El menor consumo de tabaco y alcohol entre los *pacientes de la CPD* puede deberse a la gran influencia y protección que ejercen padres y/o familiares, “*sobreprotección familiar*” y que otros profesionales como psicólogos, pedagogos y educadores valoran como negativo desde el punto de vista de la autonomía e independencia de la personas con discapacidad intelectual. Esta actitud de los padres, desde el punto de vista sanitario, se puede afirmar que tiene efectos positivos, dado que evita hábitos nocivos y factores de riesgo clásicos como son el tabaco y alcohol. Este efecto fue descrito en un estudio previo que utilizaba la encuesta por entrevista como fuente de datos⁶⁹⁻⁷¹ y los resultados observados fueron similares.

En toda la población o grupos poblacionales, discapacitada o no, se debe evitar el consumo de tabaco y alcohol por muchas razones basadas todas ellas en evidencias científicas. El consejo que se debe dar a los pacientes que fuman y beben, debe tratar conseguir la deshabituación y, para ello, el mensaje ha de ser claro, preciso y personalizado.

Por lo que, el hecho de ser paciente con discapacidad es un FRI y tiene más importancia *ser paciente de la a Cohorte de Personas con Discapacidad*, es decir, *ser persona con discapacidad intelectual o no*, que los FRI o FRE que presente el paciente para tener mayores posibilidades de padecer un Efecto Adverso (EA). Por lo que ser Persona con Discapacidad Intelectual es un factor de riesgo y causa y no consecuencia de la aparición de un EA.

4.1.2.- Estilos de Vida relacionados con la Salud (EVRS)

En este grupo poblacional dadas su características y deficiencias personales la Salud constituye un recurso fundamental para la Vida en sus diferentes etapas y facetas vitales. El nivel de salud constituye una variable dependiente condicionada por factores biológicos, factores ligados al entorno, estilos de vida y por el sistema de atención socio-sanitaria.

La Educación para la Salud es una herramienta profesional que permite aportar conocimientos e información basados en evidencias científicas necesarias y adecuadas para que las personas sean capaces de comprender y valorar la importancia de sus comportamientos y hábitos en relación con la Salud. Como prestación y servicio sanitario se encuadra en el primer nivel de prevención y tiene como objetivo primordial que los individuos desarrollen comportamientos saludables y, en consecuencia, tengan menos probabilidades de enfermar. Es decir, estilos de vida relacionados con la Salud consecuentes con los conocimientos y evidencias científicas de que se disponen en la actualidad para mejorar la Salud y prevenir la enfermedad.

4.1.3.- Servicios Sanitarios

La accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios por parte de todos los grupos sociales y de las personas con discapacidad intelectual es objeto de estudio y debate en relación con la demanda y utilización de los mismos. El Sistema Nacional de Salud español garantiza la accesibilidad y la cobertura universal (Ley General de Sanidad del

25 de abril de 1986)⁵⁶ y la Constitución Española de 1978, el derecho constitucional a la protección de la Salud (Art. 43)^{1, 72, 73}.

El acceso a los servicios sanitarios ha sido estudiado y las observaciones han puesto de manifiesto las limitaciones en relación al mismo por parte de las personas con discapacidad intelectual, por múltiples causas entre las que caben destacar las siguientes: falta de financiación, cobertura, falta de formación específica de los profesionales o deficientes actitudes y/o habilidades de comunicación, falta de experiencia en el tratamiento hacia estas personas, etc.

Por ello, para profundizar en el tema y conocer aspectos relacionados con la Calidad asistencial y la Seguridad del paciente se lleva a cabo el presente estudio, a través del cual se conoce que la media de ingresos hospitalarios en el periodo 2008-2012, es decir, en los últimos cinco años, de la *CPD* es de 2 ingresos y de 3 ingresos en *Controles*, por lo que los pacientes estudiados presentan un bajo número de ingresos. Cabría preguntarse si esta menor demanda de servicios hospitalarios asistenciales es real o se debe a *factores culturales y a barreras mentales* de progenitores, familiares, cuidadores y/o profesionales que intervienen en la Atención Sociosanitaria de las personas con discapacidad piensan que el objetivo fundamental y primario en el que debe basarse su atención es la *acción de guardaría*. Sin pensar en su Derechos y en la efectividad de los mismos para mejore su Salud, su Bienestar y su Calidad de Vida relacionada con la Salud.

La estancia media hospitalaria de los *pacientes de la CPD* fue de 16 días y de los *Controles* de 12,5 días. Por lo que los *Personas con discapacidad intelectual* presentan una estancia hospitalaria superior a los *Controles*, hecho que se traduciría en mayor riesgo de sufrir EA durante la hospitalización; aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Respecto al Servicio hospitalario donde ingresan los pacientes sometidos a estudio, comentar que los pacientes de la *CPD* ingresan más en servicios médicos y los *Controles* ingresan más en Servicios quirúrgicos y UCI. Esto puede explicarse por la

mayor actividad laboral, de viajes y ocio activo de la población general que los discapacitados intelectuales y del desarrollo que al llegar a la vida adulta y si sus progenitores son mayores, algo que es muy frecuente, las personas con discapacidad suelen ser institucionalizados para su atención adecuada dadas sus necesidades primarias y sociales. La media de edad de los *Controles* que ingresan en especialidades médicas, especialidades quirúrgicas y UCI es superior a la edad media de los *Casos* que ingresan en dichas especialidades, probablemente debido al envejecimiento precoz de las personas con discapacidad intelectual ⁷⁴.

Respecto a los indicadores utilizados para evaluar y analizar la Calidad del proceso asistencial ⁷⁵⁻⁷⁸, se observa que el 71,7% de los *pacientes de la CPD* y el 69,6% de los *pacientes de la CPG (Controles)*, no presentan hospitalización previa durante el último año en pacientes menores de 65 años, u hospitalización previa en los últimos seis meses en pacientes con 65 años o más. El 97,8% de los *CPD* y de los *Controles* no tiene prescrito tratamiento antineoplásico en los seis meses previos a la hospitalización. El 98,9% de los *CPD* y el 96,7% de los *Controles* no presentan traumatismo, accidente o caída durante la hospitalización. El 97,8% de los *pacientes CPD* y el 98,9% de los *pacientes de la CPG (Controles)* no presentan Reacción Adversa Medicamentosa (RAM) durante la hospitalización. El 98,9% de los *pacientes CPD* y el 100% de los *pacientes de la CPG (Controles)* no presentan fiebre mayor de 38,3°C el día anterior del alta hospitalaria. El 97,8% de los *pacientes CPD* y de los *Controles* no son trasladados de una unidad de hospitalización general a otra de cuidados especiales. El 96,7% de los *pacientes de la CPD* y el 100% de los *pacientes de la CPG (Controles)* no son trasladados a otro hospital de agudos. El 100% de los *pacientes de la CPD* y de los *Controles* no precisan una segunda intervención quirúrgica durante el ingreso. El 96,7% de los *pacientes de la CPD* y el 100% de los *Controles* no precisan la indicación de un tratamiento u operación quirúrgica por producción de una lesión en un órgano o sistema tras la realización de un procedimiento invasivo. El 98,9% de los *pacientes de la CPD* y de los *Controles* no presentaron déficit neurológico en algún tipo de asistencia. El 100% de los *pacientes de la CPD* y de los *Controles* no presentaron IAM, ACVA o TEP durante o después de un procedimiento invasivo. El 98,9% de la *CPD* y de

los *Controles* no presentaron parada cardiorrespiratoria o puntuación Apgar baja durante la hospitalización. El 100% de la *CPD* y de los *Controles* no presentaron daño o complicación relacionada con aborto, amniocentesis, parto o preparto. El 6,5% de los *pacientes de la CPD* y el 5,4% de los *Controles* fallecieron durante la estancia hospitalaria. El 98,9% de los *pacientes de la CPD* y de los *Controles* no precisaron de intervención quirúrgica abierta no prevista, o ingreso para intervención después de una intervención ambulatoria programada, fuese laparoscópica o abierta. El 1,1% de los *pacientes de la CPD* sufrió algún daño o complicación relacionada con cirugía ambulatoria o con un procedimiento invasivo que resultaran en el ingreso o valoración en el Servicio de urgencias, mientras que el 100% de los *Controles* no lo sufrió. En el 97,8% de las historias clínicas de los *pacientes de la CPD* y de los *Controles* no aparecen cartas o notas en relación con la asistencia que pudieran sugerir litigio. El 13% de los *pacientes de la CPD* y el 4,85% de los *Controles* presentaron algún tipo de infección asociada a los cuidados.

Respecto a la profilaxis y tratamiento de TEP y TVP ⁷⁹, destacar que 46 *pacientes de la CPD* y 41 *pacientes de la CPG (Controles)* tienen prescritas heparinas para la profilaxis y/o tratamiento de TVP y TEP; de ellos, del 49% (43) de los *pacientes de la CPD* y del 35,63% (31) de los *pacientes de la CPG (Controles)* no se encuentra reflejado el peso y del 3,45% (3) de los *pacientes de la CPD* y de los *Controles* no se evalúa la función renal. Por lo que se evalúa más el peso para prescribir heparinas para la profilaxis y/o tratamiento de TEP y TVP en *Controles* que en *pacientes de la CPD*, pero estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Haciendo referencia a lo que la Seguridad del Paciente en relación con las *hojas de tratamiento, evolutivo médico y fármacos* se refiere en el estudio realizado, se observa que la calidad del evolutivo médico es peor en *pacientes de la CPG (Controles)* que en *pacientes de la CPD*, la caligrafía de las hojas de tratamiento de los *pacientes con discapacidad* es peor que la de los *Controles*, se observan menos tachaduras en las hojas de tratamiento de los *pacientes de la CPD* que en las hojas de tratamiento de los *Controles*, se observan también menos abreviaturas y siglas en las hojas de

tratamiento de los pacientes de la *CPD* que en las de los *Controles*; faltan más hojas de tratamiento, evolutivos médicos, informes de alta y/o gráficas de constantes en los pacientes de la *CPD* que en los *Controles*, se observa menos traspapeleo y/o desorden en las hojas de tratamiento, evolutivo médico o en la historia clínica en general de los pacientes de la *CPD* que en las de los *Controles*. Por lo que la suma de errores en las hojas de tratamiento, evolutivo médico o en la historia clínica en general, es mayor en *Controles* que en pacientes de la *CPD*.

Del 2,17% (2) de los pacientes de la *CPD* la letra es completamente ilegible y del 100% (92) de los *Controles* la letra es legible; del 7,6% (7) de los pacientes de la *CPD* y del 2,2% (2) de los *Controles* no hay hoja de tratamiento; el 85,87% (79) de los pacientes de la *CPD* y el 97,8% (90) de los *Controles* tienen prescritas las dosis correctamente y del 3,26% (3) pacientes de la *CPD* las dosis prescritas no se ajustan a las pautas establecidas en el diccionario de medicamentos y principios activos Vademécum. Del 9,8% (9) de los pacientes de la *CPD* y del 15,2% (14) de los *Controles* no se indica la dosis; del 22,8% (21) de los pacientes de la *CPD* y del 24% (22) de los *Controles* no se indica el intervalo de administración; del 31,5% (29) de los pacientes de la *CPD* y del 41,2% (38) de los *Controles* no se indica la dosis ni el intervalo de administración; del 1,1% (1) de los pacientes de la *CPD* y del 1,1% (1) de los *Controles* no se indica la dosis ni la vía ni el intervalo de administración; del 1,1% (1) de los *Controles* no se indica la dosis ni la vía de administración; del 1,1% (1) de los *Controles* no se indica la vía de administración y del 1,1% (1) de los *Controles* tampoco se indica la vía ni el intervalo de administración.

Respecto a las interacciones se ha observado que en el 53,26% (49) de los *Controles* hay interacciones y en el 47,82% (44) de los pacientes de la *CPD* también; concretamente, de las 49 interacciones de los *Controles*, un 3,43% (28) son importantes y un 22,82% (21) son potencialmente importantes; mientras que de las 44 interacciones de los pacientes de la *CPD*, un 16,3% (15) son importantes y un 31,52% (29) son potencialmente importantes.

Las **interacciones más comúnmente** detectadas son: omeprazol potencia la acción y toxicidad de sintrom (en 5 *Controles* y en 1 *persona con Discapacidad*), esta interacción es importante; omeprazol potencia la acción y toxicidad de clorazepato dipotásico (4 *CPG* y 3 *CPD*), metilprednisolona potencia la toxicidad de salbutamol (7 *CPG* y 5 *CPD*), furosemida potencia la toxicidad de levofloxacino (2 *CPG* y 4 *CPD*) y finalmente ácido valproico potencia la toxicidad de lorazepam (2 *CPG* y 4 *CPD*), estas interacciones son potencialmente importantes. Por lo que las interacciones más detectadas entre los pacientes objeto de estudio son las relacionadas con el fármaco antitrombótico acenocumarol y la potenciación de la acción y de la toxicidad de benzodiazepinas.

Como puede observarse existen más incidencias relacionadas con el proceso de seguimiento del tratamiento en los pacientes de la *CPD* que en los *Controles*. Es decir, en la población general de referencia.

Respecto a las **alergias e intolerancias** a medicamentos que aparecen entre los pacientes objeto de estudio, los pacientes de la *CPD* presentan en un 1,09% (1) intolerancia, un 2,17% (2) alergias a fármacos y un 96,74% (89) no presentan ningún tipo de alergia. De las 2 personas con discapacidad intelectual que presentan alergia a medicamentos, de uno de ellos la alergia está confirmada y de otro no. En cuanto a los pacientes de población general sin Discapacidad, un 1,09% (1) presenta intolerancia, un 8,7% (8) presentan alergia a fármacos y un 90,21% (83) no presentan ningún tipo de alergia. De los 8 *Controles* que presentan alergia a medicamentos, de 1 de ellos la alergia está confirmada y de 7 de ellos no está confirmada.

Presentan más alergias a fármacos los *Controles* que las pacientes con discapacidad intelectual, esto puede ser debido a que este tipo de pacientes se quejan más, van más a los servicios sanitarios de Atención primaria y hospitalaria o toman más fármacos mediante Automedicación, o porque se tiene más cuidado con ellos; pero en proporción, se confirman más las alergias en los pacientes de la *CPD* que en los *Controles* (1 de 2 en la *CPD* y 1 de 8 en *Controles*).

Respecto a las firmas del personal médico y del personal de enfermería en las hojas de tratamiento comentar que, no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la firma del personal médico en las hojas de tratamiento de *CPD* y de *CPG*, sin embargo, el personal de enfermería firma menos en las hojas de tratamiento de los *CPD* que en las de los *Controles*, pudiendo estar relacionado con la mayor estancia hospitalaria de los pacientes de la *CPD* que de los *Controles*. Existe relación entre la firma del personal médico y el personal de enfermería, pues si firma el personal médico en las hojas de tratamiento de los pacientes objeto de estudio, el personal de enfermería también lo hace. No existe relación entre las firmas del personal médico y el personal de enfermería con la estancia hospitalaria de los pacientes de la *CPD* y de los *Controles*.

Respecto al ajuste de dosis en situaciones especiales como Insuficiencia Renal e Insuficiencia hepática, comentar que en el 100% de los pacientes, tanto pacientes de la *CPD* como *Controles*, afectos de patología renal y hepática se ajustan las dosis de fármacos prescritos.

Respecto a los fármacos consumidos durante la estancia hospitalaria entre los pacientes objeto de estudio, los pacientes de la *CPD* consumen más fármacos antihipertensivos, antibióticos, laxantes, benzodiazepinas, broncodilatadores y antieméticos que los *Controles*, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas. Los pacientes de la *CPD* consumen también más fármacos antiepilépticos, al ser la epilepsia una patología de base de los pacientes con discapacidad intelectual, aunque pese a lo esperado, no son los pacientes con PCI los pacientes objeto de estudio que consumen más fármacos antiepilépticos; y más fármacos psicodélicos-antipsicóticos que los *Controles*, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Los *Controles* consumen más fármacos antitrombóticos, fármacos analgésicos de la escala 1 y 2 analgésica del dolor y analgésicos opioides, coincidiendo estos resultados con la bibliografía que existe al respecto de menor consumo de este tipo de fármacos

entre los pacientes con discapacidad intelectual; más fármacos antidepresivos, antidiabéticos, antiarrítmicos y corticoides que los pacientes de la *CPD*, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas. Los *Controles* consumen también más fármacos IBP, pues los pacientes de la *CPD* soportan mejor el dolor o no lo manifiestan y por ello, consumen menos analgésicos-AINES y por ello necesitan menos IBP; más fármacos inmunosupresores, hipocolesterolemiantes y otros fármacos en general que los *Casos*, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a la media del consumo de fármacos de los pacientes sometidos a estudio, tanto pacientes de la *CPD* como *Controles*, presentan medias similares en cuanto a los grupos farmacológicos anteriormente comentados excepto de fármacos antiepilépticos, psicolépticos-antipsicóticos y antidiabéticos, que presentan un consumo medio mayor entre los pacientes de la *CPD*; mientras que los fármacos IBP, inmunosupresores, hipocolesterolemiantes, antidepresivos, corticoides y fármacos clasificados como otros, pertenecientes a otros grupos farmacológicos distintos a los mencionados anteriormente, presentan un consumo medio mayor entre los *Controles*.

De todos los fármacos prescritos en las hojas de tratamiento de los pacientes de la *CPD* y de los *Controles* objeto de estudio, de los siguientes grupos farmacológicos son de los que se ha encontrado relación con el riesgo de sufrir una interacción farmacológica: fármacos antihipertensivos, antiepilépticos, benzodiazepinas, antidepresivos, antiarrítmicos, broncodilatadores, corticoides e inmunosupresores; por lo que a mayor consumo de fármacos pertenecientes a dichos grupos farmacológicos, mayor riesgo de interacción farmacológica.

Relacionando el grado de peligro de interacción con la estancia hospitalaria entre los pacientes sometidos a estudio, a mayor estancia hospitalaria mayor riesgo de peligro de interacción tanto en pacientes de la *CPD* como en personas sin Discapacidad (*Controles*). Sin embargo, no se observa relación entre el número de ingresos en el periodo de estudio de pacientes de la *CPD* y *Controles* y el riesgo de peligro de interacción.

En relación con los efectos adversos (EA), un 30,4% (28) de los pacientes de la *CPD* y un 12% (11) de los *Controles* presenta efectos adversos en general (relacionados con la medicación, cuidados, procedimientos, etc). De los distintos tipos de pacientes de la *CPD*, es decir, Personas con Discapacidad Intelectual, el grupo de personas con Discapacidad Intelectual o del desarrollo sin especificar por prueba diagnóstica es el grupo de toda la muestra estudiada que presenta un mayor número de EA, seguido de las personas con Parálisis Cerebral.

La frecuencia de EA hallada en este estudio, es significativamente mayor para los pacientes de la *CPD* que para los *Controles* y mayor a la observada en el estudio ENEAS^{16, 29}, estudio de los EA en hospitales públicos en España, donde se halló una incidencia de EA del 8,4% (IC 95%, 7,7%-9,1%) en el global de los 24 hospitales españoles incluidos y del 9,3% (IC 95%, 8,6%-10,1%) en hospitales grandes en población general. Por tanto, este estudio pone de manifiesto la alta vulnerabilidad de los pacientes de la *Cohorte de Discapacidad* es un factor determinante en la aparición de EAs ligados a la asistencia sanitaria hospitalaria al haber valorado tanto factores intrínsecos como extrínsecos del conjunto de los pacientes seleccionados e incluidos en este estudio de cohortes retrospectivo con grupo control.

Este hecho se puede explicar por varias razones y factores; en primer lugar, los relacionados con el sistema asistencial hospitalaria dada su complejidad técnica y la práctica clínica actual y más en hospitales grandes o de tercer nivel. Otros factores que pueden estar implicados y que están relacionados con el anterior es la alta demanda existente en los servicios médicos y que se debería al sistema, como también es la organización asistencial actual que está establecida en base a órganos y aparatos y no en base a resolución de problemas y en base a pacientes especiales como son entre ellos, las personas con discapacidad intelectual. Pacientes que necesitan más atención, vigilancia y seguimiento que otros pacientes que pueden asumir un rol más activo y participativo. En segundo lugar, por factores profesionales competenciales como la falta de habilidades de comunicación general en el proceso asistencial entre los profesionales sanitarios y el paciente y/o sus familiares y/o cuidadores que son

generalmente los que les acompañan a las consultas y ayudan en sus procesos patológicos relacionados con la enfermedad. En tercer lugar, los factores asociados a pacientes especiales como son las personas con Discapacidad que puede dar lugar a la falta colaboración activa de los pacientes con Discapacidad por no comprender lo que les ocurre, por lo que éste no está en general en condiciones de apoyar y participar en el proceso asistencial debido a sus déficits cognitivos e intelectuales por los que no comprende lo que le pasa y los que hay que hacer y tampoco como puede ayudar en la entrevista clínica con la comunicación de síntomas y detección de signos.

Centrándonos en los *EAs relacionados con la Medicación* (infradosificación de fármacos antiepilépticos, TVP por fármacos antineoplásicos, candidiasis por antibióticos, crisis epilépticas por hiponatremias de origen medicamentoso, elevación de INR por fármaco acenocumarol y rbdomiolisis por fármacos antidepresivos), un 15,4% (6) de los *personas con Discapacidad de la CPD* y un 7,7% (3) de los *Controles* presenta algún EA relacionado con los fármacos que tiene prescritos en su hoja de tratamiento, pero estas diferencias no son estadísticamente significativas. Algunos trabajos⁸⁰⁻⁸² han estandarizado la taxonomía y clasificación de los eventos adversos evitables producidos por medicamentos. Una definición actual de error de medicación (EM) es la que realiza el *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* como *“cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o del consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización”*⁴⁰⁻⁴⁹,
82.

Los errores de medicación (EM) pueden sucederse a lo largo de todo su proceso de utilización, siendo un punto importante y frecuentemente infravalorado la administración. El potencial de mejora en este aspecto es muy importante, y con

frecuencia se centra en nuevas tecnologías (radiofrecuencia o identificación mediante códigos de barras) que no se disponen en la mayoría de los hospitales ⁸³⁻⁸⁵.

Revisar cada administración que se produce en un hospital es inviable, e incorporar más tecnología al proceso ^{86, 87}, habitualmente no está a nuestro alcance, por un importante impacto económico y complicaciones técnicas. Sin embargo, podemos disponer de una alternativa gratuita y eficaz, con frecuencia infrautilizada: implicar al propio paciente como corresponsable de su tratamiento y hacer que sea un aliado activo y último filtro ante los errores. Pero para ello es imprescindible que el paciente lo conozca, que sea informado de dosis, indicaciones, pautas de administración, posibles interacciones y efectos adversos ^{88, 89}. Esta opción es recomendada por diversas organizaciones internacionales ⁹⁰⁻⁹²; pero inviables en personas con discapacidad intelectual. Sin embargo, en la actualidad la falta de información a los pacientes sobre los medicamentos es una de las principales causas de EM ^{93, 94}. Un paciente correctamente informado puede ser un valioso aliado para detectar problemas y prevenir sus consecuencias, tal y como aconsejan la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, el *Institute for Safe Medication Practices* o la *National Patient Safety Agency*, entre otros organismos de referencia ⁹⁰⁻⁹².

En el contexto español, en el año 2006, la administración sanitaria impulsó una línea de trabajo con pacientes y ciudadanía ⁹⁵. El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud ⁵⁰, marco de esta iniciativa, mantiene su estrategia de mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios de Sistema Nacional de Salud, y centra un objetivo en la participación de los pacientes en la estrategia de su seguridad ⁹⁶.

Se han publicado diversos artículos acerca de información a pacientes sobre los medicamentos, si bien la mayor parte se han realizado en el ámbito de Atención Primaria ⁹⁷⁻⁹⁹ y aunque este aspecto es ampliamente conocido, a nivel hospitalario no se han establecido aún herramientas eficaces que permitan mejorar la situación. Otro aspecto de gran importancia a la hora de evitar errores es tener una actitud de alerta y vigilante ante el error ⁸⁰. En esta línea es importante el desarrollo de programas de

formación dirigidos a pacientes, familiares, cuidadores, voluntarios y ciudadanía en general para lograr la participación activa del paciente en el proceso de Salud; pero en este aspecto cabe destacar la dificultad de comunicación por parte de las personas con discapacidad intelectual, que puede ser una de las razones que explique el mayor número de EA entre los pacientes de la *CPD* objeto de estudio que entre los *Controles*. Del total de EA detectados en los pacientes sometidos a estudio, el 30,4% en pacientes de la *Cohorte de Personas con Discapacidad* y un 12% en la *Cohorte de Controles*, un 69,24% (27) han sido considerados como *evitables* en pacientes de la *CPD* y un 25,64% (10) en *Controles*. Destacar que se han considerado EA *evitables* los relacionados con el diagnóstico (error o retraso en el diagnóstico), los relacionados con los cuidados (fístulas, extravasación de catéteres, abscesos), los relacionados con un procedimiento (flebitis, hemorragias, reducción de fracturas, eventración tras reintervención, anemia postintervención) y los relacionados con infecciones nosocomiales. Respecto a los EA relacionados con la medicación tanto en pacientes de la *CPD* como en *pacientes sin Discapacidad de la población general*, el 100% de ellos son *evitables*.

Parece no haber un sesgo en la clasificación de los EA, ya que la distribución del origen, su naturaleza y evitabilidad son similares, aunque más elevados en los pacientes de la *CPD*, a las halladas en el estudio de referencia (50% de los EA se consideran evitables)³⁰, por lo que diríamos que los revisores no hemos sido reacios a identificar EA evitables, hecho que podría estar condicionado debido a la poca cultura de seguridad que impera en el sector sanitario y el miedo a las consecuencias de los errores.

Si consideramos los EA que los evaluadores hemos juzgado como evitables, los esfuerzos para la mejora de la Seguridad de los Pacientes deberían dirigirse a la necesidad de utilizar estrategias preventivas de efectividad probada para minimizar el riesgo. Además, parece necesario desarrollar mecanismos para mitigar el impacto de determinados EA, como monitorizar las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) más frecuentemente asociadas a un determinado fármaco. Aunque este estudio y el protocolo utilizado no fue diseñado específicamente para el análisis de los efectos adversos ligados al uso de medicamentos, como se refiere en el estudio ENEAS se muestra efectivo para esta finalidad dado que este grupo es el de mayor frecuencia.

En cualquier caso, toda estrategia de mejora de la Calidad, y de la Seguridad clínica del Paciente en particular, tiene que implantarse en un contexto de honestidad y espíritu constructivo que implica, necesariamente, un cambio de enfoque dirigido a la mejora del sistema y el diseño de barreras. Es en esta cultura proactiva donde puede establecerse un clima generador de soluciones ¹⁰⁰.

En cuanto a la relación entre las firmas en las hojas de tratamiento del personal médico y del personal de enfermería y la aparición de EA, no existe relación entre la firma del personal médico con la aparición de EA, pero sí que existe relación con la firma del personal de enfermería, pues a menor número de firmas del personal de enfermería mayor riesgo de aparición de EA.

Respecto a la relación entre la estancia hospitalaria y la aparición de EA, no existe relación entre los días de estancia hospitalaria, tanto de pacientes de la *CPD* como de *Controles*, con el riesgo de aparición de EA, por lo que los EA no motivaron un aumento en la estancia hospitalaria. Respecto a la relación entre el Servicio de ingreso hospitalario y la aparición de EA, en pacientes de la *CPD* no existe relación entre el Servicio de ingreso hospitalario y la aparición de EA, pero en *Controles* sí que existe relación, siendo los Servicios médicos, los Servicios hospitalarios en los que más EA se detectan, es decir, los *Controles* que ingresan en especialidades médicas son más vulnerables y están más expuestos a procedimientos y medicamentos que el resto de pacientes, por lo que el riesgo para su seguridad es mayor.

De los 7 *Controles* que ingresan en un Servicio médico y que presentan EA, este es evitable en un 100% de las ocasiones, de los 2 *Controles* que ingresan en un Servicio quirúrgico y que presentan EA, este también es evitable en un 100%, mientras que de los 2 *Controles* que ingresan en UCI y que presentan EA, en 1 de ellos es evitable y en otro es inevitable, siendo estas diferencias en los *Controles* estadísticamente significativas.

Respecto a la relación entre la edad y la aparición de EA, tanto en pacientes de la *CPD* como en *Controles*, no existe relación, por lo que la media de edad no está relacionada

con la aparición de un EA. Aunque se ha demostrado que la edad no tiene un papel intrínseco en la génesis de los EA ²⁶, al estar relacionada con el grado de exposición sanitaria, es decir, procedimientos, medicamentos y uso de dispositivos; puede darse una asociación entre ésta y el riesgo. En última instancia, un paciente más joven recibe una atención menos compleja y, por lo tanto, más segura.

También y en relación con la variable edad, hemos de valorar positivamente el hecho de que la edad media tanto de la *cohorte de personas con discapacidad y de controles* es muy similar a la media de edad de los pacientes del estudio ENEAS que fue de 53 años para hospitales grandes.

Respecto a la suma de FRI y la aparición de EA, tanto en pacientes de la *CPD* como en *Controles*, no existe relación; mientras que sí que existe relación entre la suma de FRE y la aparición de EA, tanto en pacientes de la *CPD* como en *Controles*, pues a mayor número de FRE mayor riesgo de sufrir un EA.

4.2.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación de los resultados de este estudio está relacionada con el **procedimiento para obtener información**, es decir, con el proceso de revisión de las historias clínicas, herramienta básica empleada en este caso para indagar y conseguir información de las personas con y sin Discapacidad intelectual y para la toma de decisiones en el proceso asistencial. Para que la historia clínica refleje adecuadamente el binomio Salud-enfermedad del paciente, deben darse una serie de condiciones, entre las que destacan las relativas al nivel de instrucción del paciente, competencia del profesional y comunicación entre ambos. Sobre estos dos últimos podemos actuar modificándolos mediante conocimientos, habilidades sociales y de comunicación y preparación académica. En consecuencia, una mala calidad en la cumplimentación de las historias clínicas puede conllevar una infraestimación de la incidencia los EAs que en parte se ve compensada por la alta sensibilidad del protocolo utilizado.

Otra limitación relacionada con el proceso de obtención de datos e información tiene que ver con los **revisores externos**, un médico de familia y una farmacéutica, ajenos a los servicios hospitalarios evaluados y, por tanto, desconocían la organización de los mismos, de las tareas y de la existencia de guías o protocolos clínicos relacionadas con la aparición de EAs. Su concienciación sobre la importancia de su tarea y la ética de su trabajo profesional llevada a cabo sin conflicto de intereses hace que su trabajo aporte ventajas, frente a expertos internos, y disminuya los sesgos de selección de los casos con eventos adversos y, por tanto, aumente la validez interna del estudio.

Otra limitación a tener presente es la asociada a las **características cognitivas e intelectuales de las personas con Discapacidad Intelectual**. Estas personas conocen lo que les pasa, pero tienen dificultades para recordar y describir sus síntomas y expresar adecuadamente sus problemas, emociones y la importancia de ambos. Por este motivo y para subsanar los posibles déficits de información, la entrevista clínica tiene que realizarse en un ambiente adecuado, de tranquilidad y confianza para que la persona con discapacidad intelectual se exprese de manera adecuada para que posteriormente dicha información sea plasmada en la historia clínica del paciente. Además, el personal sanitario debe tener una serie de habilidades de comunicación, necesarias para conseguir los objetivos básicos planteados en la historia clínica. Para ello es adecuado contar con la ayuda de padres, familiares, educadores y/o tutores de las personas con discapacidad intelectual. El déficit cognitivo de las personas con discapacidad ha sido suplido por la actitud, generalmente *sobreprotectora* de padres y familiares.

Sobre estas *deficiencias del paciente con Discapacidad Intelectual* se debe actuar con motivación, actitud humanista y sobre todo aumentando el tiempo de entrevista clínica y con mucha paciencia, tranquilidad, generosidad y naturalidad.

Otra limitación del estudio es el **tamaño muestral**, pues para ciertos aspectos resulta limitado y podría suponer un error o sesgo en determinadas estimaciones estratificadas por determinadas variables.

5.- CONCLUSIONES

Primera.- Los pacientes de la *Cohorte de Discapacidad*, es decir, las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo padecen más efectos adversos en relación con la exposición a la Atención asistencial hospitalaria. Esta mayor frecuencia es más del doble que en los *Controles, pacientes sin Discapacidad* pertenecientes a la población de referencia.

Segunda.- Entre las causas más frecuentes de EAs asistenciales se encuentran los medicamentos que además son más frecuentes en la *Cohorte de Personas con Discapacidad* que en la *Cohorte Control*.

Tercera.- En la medida que el proceso asistencial que se practica en los hospitales se está haciendo más complejo los pacientes más vulnerables tienen más probabilidad de padecer EAs, las personas con Discapacidad Intelectual con independencia de otras variables constituyen un grupo de alto riesgo frente a la exposición asistencial.

Cuarta.- Al igual que otros estudios han puesto de manifiesto que los EAs asistenciales son evitables, en este estudio se observa que los EAs relacionados con los Medicamentos son evitables en el 100% de los casos.

Quinta.- Con el propósito de difundir esta situación observada sobre los EAs en Personas con Discapacidad Intelectual entre los profesionales de la Salud y fortalecer su sensibilidad, responsabilidad y competencia es necesario un cambio de cultura sanitaria en la que se priorice el primer principio hipocrático "*Primum Non Nocere*" (*Ante todos no provocar daño*) y para hacer efectivo éste es necesario realizar *Gestión por Procesos* para establecer los componentes del mismo, sus relaciones y las actividades que garanticen la Seguridad del Paciente.

6.- BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Gobierno de España. Constitución española 1978. Madrid: BOE, 1978.

- 2.- Murillo Ferrol NL. Protección de la Salud y Estado Social de Derecho. Zaragoza: Editorial Real Academia de Medicina; 2000: 39-46.

- 3.- Lorenzo García R, Cabra de Luna MA. Análisis de la nueva legislación sobre no discriminación, acción positiva y accesibilidad universal. En: Lorenzo R, Cayo Pérez L; directores. Tratado sobre Discapacidad. Pamplona: Editorial Aranzadi, SA; 2007: 651-657.

- 4.- Antequera Vinagre JM. Ley 41/2002 (reguladora de la Autonomía del paciente). Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. Abril, 2003; 1 (2): 40126-40132.

- 5.- Organización mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). OMS. (Consultado el 21-09-2013).
 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>.

- 6.- Vega A. La promoción de la salud ante la discapacidad. Barcelona: Editorial Davinci; 2007.

- 7.- Jiménez –Martín S, Vilaplana Prieto C. La interacción del sistema social y el sanitario. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26(S): 124-133.

- 8.- Consejería de Sanidad y Bienestar Social. II Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León. Valladolid: Junta de Castilla y León, 2012. Disponible en:
<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/planes-sociosanitarios-estrategias/planes-sociosanitarios/ii-plan-atencion-sociosanitaria-castilla-leon>

- 9.- Rodríguez Cabrero G. Las necesidades sociosanitarias de la población dependiente en España: modelos de cuidados prolongados y coordinación de recursos. El debate profesional. Madrid: Informe Defensor del Pueblo, 1999.

- 10.- Rodríguez P. Análisis de los servicios sociales en el marco de la atención sociosanitaria, Madrid: Informe Defensor del Pueblo, 1999.

- 11.- Sancho Castiello M. La coordinación entre los servicios sociales y sanitarios. Madrid: Informe Defensor del Pueblo, 1999.

- 12.- Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Trabajo y Política social, Ministerio de Sanidad y Consumo y Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Dependencia. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>

13.- Mirón Canelo JA, Cieza C, de Lima JS. Discapacidad. En. Mirón Canelo JA. Riesgos para la salud en jóvenes- adultos y mayores. Salamanca: Universidad de Salamanca, Ayuntamiento de Salamanca y Universidad Pontificia de Salamanca; 2010:.61-63.

14.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Website de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. (Consultado el 13-09-2013).
Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/country_studies/en/index.html.

15.- Ministerio de Sanidad. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE de 29 de mayo de 2003.

16.- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud .Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. (Consultado el 2-09-2013). Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/eneas2005Baja.pdf>.

17.- Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. (Consultado el 7-09-2013).
Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf.

18.- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991; 324: 370-6.

19.- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med. 1991; 324: 377-84.

20.- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care. 2000; 38: 261-71.

21.- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian Health-Care Study. Med J Aust. 1995, 163: 458-71.

22.- Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BJM. 2001; 322: 517-9.

23.- Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. Ugeskr Laeger. 2001; 163: 5370-8.

24.- Davis P, Lay-Yee R, Schug S, Briant R, Scott A, Johnson S, et al. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. *N Z Med J.* 2001; 114: 203-5.

25.- Baker RG, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *JAMC.* 2004; 170:1678-86.

26.- Ross Baker G, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ.* 2004; 170: 1678-86.

27.- Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, Saied GA, Code CC, Caughey SC, et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study: Incidence and timing of adverse events in patients admitted to a canadian teaching hospital. *Can Med Assoc.* 2004; 170: 1235-40.

28.- Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, De Sarasqueta AM. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qual Saf Health Care.* 2007; 16: 369-77.

29.- Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Ruiz-López P, Limón- Ramírez R, Terol-García E, the ENEAS work group. Incidence of adverse events (AEs) related to health care in Spain. Results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *JECH.* 2008; 62: 1022-9.

30.- Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Gea-Velázquez de Castro MT, Requena-Puche J, Terol-García E, grupo de trabajo ENEAS. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals. Results of the Spanish National Study of adverse events (ENEAS). *Int J Qual Health Care.* 2009; 21: 408-14.

31.- Zegers M, De Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LH, Waaijman R, Smitts M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care.* 2009; 18: 297-302.

32.- Lorenzo S. Identificación de efectos adversos. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2005; 20(2): 115.

33.- Aranaz JM, Moya C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial.* 2011; 26 (6): 331-2.

34.- Aranaz JM, Vitaller J. De la gestión de riesgos a la seguridad del paciente. Rev Calidad Asistencial. 2007; 22 (6): 270-1.

35.- Vitaller J. El contexto de la gestión de riesgos de la asistencia sanitaria. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20: 51-2.

36.- Aibar C. La seguridad clínica: pequeños pasos y grandes palabras. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20: 183-4.

37.- Iglesias-Alonso F, Tejero-González JM, Torjano-Casalengua ML, Mira JJ. Elementos básicos en la cultura de la seguridad clínica. Rev Calidad Asistencial. 2012; 27 (5): 295-7.

38.- Aranaz-Andrés JM, Limón-Ramírez R, Aibar-Remón C, Miralles-Bueno JJ, Vitaller-Burillo J, Terol-García E, et al. Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. Gac Sanit. 2008; 22 (Supl 1): 198-204.

39.- Organización mundial de la Salud (OMS). Soluciones para la seguridad del paciente. OMS, 2007. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>.

40.- Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe, mayo 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. (Consultado el 12-08-2013).
Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/langes/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2008.html>.

41.- Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaráz J, Toranzo T y grupo de trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias 2010; 22: 415-428.

42.- Estudio EARCAS: Eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. (Consultado el 20-08-2013).
Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/langes/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2009.html>.

- 43.- Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768-70.
- 44.- National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety. The full reference guide. National Patient Safety Agency 2004. (Consultado el 21-08-2013). Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps>.
- 45.- Unión Europea. Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP (2004) 41. Estrasburgo, 2004.
- 46.- Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la “no seguridad del paciente”. Ministerio de Sanidad y Consumo 2008. (Consultado el 12-10-2013). Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/otros-estudios/2007/costes-no-seguridad-paciente.html>.
- 47.- Requena J, Aranaz JM, Gea MT, Limón R, Miralles JJ, Vitaller J. Grupo de Trabajo del Proyecto de Estudio de prevalencia de identificación de Eventos Adversos. *Rev Calidad Asistencial*. 2010; 25 (5): 244-9.
- 48.- Aranaz-Andres JM, Limón R, Mira JJ, Aibar C, Cea MT, Agra Y. ENEAS Working Group. What makes hospitalized patients more vulnerable and increases their risk of experiencing an adverse event?. *Int J Qual Health Care* 2011; 33 (6): 705-12.
- 49.- Gea-Velazquez de Castro MT, Aranaz-Andrés JM. Adverse events associated with the healthcare of patients with multimorbidity admitted to medium-long stay hospitals. *Med Clin (Barc)* . 2010; 135 (Suppl 1): 17-23.
- 50.- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2006.
- 51.- Martín Fombellida AB, Alonso Sardón M, Iglesias de Sena H, Sáez Lorenzo M, Mirón Canelo JA. Información sobre medicamentos y automedicación en las redes sociales. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*. Editorial Ciencias médicas. Vol 25, Nº 2; 2014.
- 52.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley 19 julio 1984, general para la defensa de los consumidores y usuarios. Madrid: BOE de24 de julio 1984.

53.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley 2 diciembre 1990, del Medicamento. Madrid: BOE de 20 de diciembre de 1990.

54.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley 16/2003 de 28 de Mayo, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid: BOE de 29/05/2003.

55.- junta de Castilla y León. Ley 2 15 mayo 2013 de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Valladolid: BOCYL, 6 de junio 2013.

56.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley 14, General de Sanidad de 1986. Madrid: BOE de 29 de abril 1986.

57.- Agencia Española de Protección de Datos. Ley orgánica 15/1999, de Protección de datos de carácter personal. Madrid: BOE del 14 de diciembre de 1999.

58.- Organización Médica Colegial de España Manual de ética y deontología médica. Madrid: Organización Médica Colegial de España 2013.

59.- Organización Médica Colegial de España. Código de deontología médica. Guía de ética médica. Madrid: Organización Médica Colegial de España. 2011.

60.- Ruiz Morales A, Morillo Zárate LE. Epidemiología Clínica. Investigación clínica aplicada. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2004: 423-434.

61.- García-Conde J. Método de la investigación clínica. Barcelona: Ars Médica. 2003:167-185 y 189-205.

62.- Argimon Payas JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica (3ª ed). Barcelona: Elsevier, 2006.

63.-Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination. Can Med Assoc J 1979; 121: 1193-254.

64.-Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teuts SM, Atkins D for Methods Word Group, Third U.S. Preventive Services Task Force. Current methods Task Force: a review of the process. Am J Prev Med 2001; 20 (3S): 21-35.

65.-Centre for Evidence- Based Medicine (CEBM) de Oxford. Disponible en: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>

66.- Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, 1986.

Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>

67.- Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Deficiencias, Discapacidades y Estado de Salud, 1999.

Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>

68.-Mirón Canelo JA, Alonso Sardón M, Serrano López de las Hazas A, De Godos N, Sáenz González MC. Calidad de vida relacionada con la Salud en personas adultas con discapacidad intelectual. Pan Am J Public Health 2008; 24(5): 336-344. 8.

69.- Verdugo MA. Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental. Siglo Cero 2002; 34(205):5-19.

70.- Serrano A. Valoración del binomio Salud-enfermedad en personas adultas con discapacidad intelectual. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca, España.2005.

71.- Mirón Canelo JA, Alonso Sardón M, Serrano A, De Godos N. Nivel Sociosanitario de las Personas Adultas con Discapacidad Intelectual. MAPFRE Medicina 2005; 16:122-129.

72.- Bernal-Delgado E, Ortún-Rubio V. La calidad del Sistema Nacional de la Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. Gac Sanit 2010; 24(3): 254-8.

73.- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social 2010. (Consultado el 22-07-2013).

Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>.

74.-C Cieza-Borrella, L Barrio-Real, JA Mirón Canelo, R. González-Sarmiento. Molecular analysis of telomere length in subjects with intellectual disability. *Eur J of Human Genetics* 2011; 19 (suppl 2): 151.

75.- Miller MR, Elixhauser A, Zhan C, et-al. Patient Safety Indicators: using administrative data to identify potential patient safety concerns. *Health Serv Res.* 2001; 36:110-32.

76.- Reyes A, González A, Rojas MF, Montero G, Marín I, Lacalle J.R. Grupo de Estudios de la Calidad Asistencial (GRECA). Los informes de alta hospitalaria médica pueden ser una fuente insuficiente de información para evaluar la calidad de la asistencia. *Rev Clin Esp.* 2001; 201: 685-9.

77.- Rosen AK, Rivard P, Zhao S, et-al. Evaluating the patient safety indicators: how well do they perform on Veterans Health Administration data?. *Med Care.* 2005; 43: 873-84.

78.- Millar J, Mattke S, y Miembros de la Comisión para la Seguridad del Paciente de la OCDE. Seleccionando Indicadores para la Seguridad del Paciente a nivel del Sistema Sanitario en los Países de la OCDE. Documento de Trabajo Técnico N.º 18, octubre 2004.

79.- Cañada A, Mena JM, Sánchez L, Rodríguez D, Cárdenas J. Mejora de la seguridad y evaluación de los resultados del proceso de anticoagulación oral implantado en un área de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2007; 22: 287-98.

80.- Santos- Pérez MI, García-Rodicio S, Abajo del Álamo C. Conocimientos de los tratamientos en pacientes hospitalarios: herramienta necesaria para la seguridad asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 2012; 27 (5): 270-274.

81.- Otero López M, Codina Jane C, Tamés Alonso M, Pérez Encinas M. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. Resultados de la Beca Ruiz-Jarabo 2000. En representación del grupo de trabajo Ruiz-Jarabo 2000. *Farm Hosp.* 2003; 27: 137-49.

82.- NCC MERP. Taxonomy of Medication Errors. National Coordinating Council on Medication Error Reporting and Prevention, 1998. (Consultado el 15-08-2013). Disponible en: <http://www.nccmerp.org/medErrorTaxonomy.html>.

83.- Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Garrido Corro B, Domínguez-Gil A, Sánchez Rodríguez A. Acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos en pacientes hospitalizados. *Med Clí (Barc)* 2006; 126: 81-7.

84.- Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Ceruelo Bermejo J, Domínguez-Gil A, Sánchez Rodríguez A. Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan el ingreso hospitalario. *Farm Hosp*. 2006; 30: 161-70.

85.- Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 205-210.

86.- Bates DW. Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. *BMJ*. 2000; 320: 788-91.

87.- Neuenschwander M, Cohen NR, Vaida AJ, Patchett JA, Kelly J, Trohimovich B. Practical guide to bar coding for patient medication safety. *Am J Hosp Pharm*. 2003; 60: 768-79.

88.- Weigman SA, Cohen MR. The patient's role in preventing medication errors. En: *Medication errors. Causes, prevention and risk management*. Washington, D. C.: American Pharmaceutical Association; 1999.

89.- García Delgado P, Gastelurrutia Garralda MA, Baena Parejo MI, Fisac Lozano F, Martínez Martínez F. Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. *Aten Primaria*. 2009; 41: 661-9.

90.- Speak Up Program Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2002 Mar. (Consultado el 20-08-2013).

Disponible en: http://www.jointcommission.org/facts_about_speak_up_initiatives/

91.- Díptico de información al paciente. Madrid: Instituto para el uso seguro de los medicamentos y la Organización de consumidores y usuarios. (Consultado el 12-08-2013). Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/ocu.pdf>.

92.- NHS. Seven steps to patient safety: full reference guide. London: National Patient Safety Agency. 2004 Jul. (Consultado el 14-09-2013).

Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps>.

93.- Cohen MR, Smetzer JL. Risk analysis and treatment. En: Cohen MR, editor. *Medication Errors*. Washington, D. C.: American Pharmaceutical Association; 1999.

94.- Cohen MR. Causes of medication errors. En: *Medication errors. Causes, prevention and risk management*. Washington, D. C.: American Pharmaceutical Association; 1999.

- 95.- Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria. Medicina Clínica (Barc). 2008; (Suppl 3): 131.
- 96.- Ruiz-Arazola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26 (S): 158-161.
- 97.- Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Casa Pina MT, Martínez Crespo J. Paciente polimedicado: ¿Conoce la posología de la medicación?, ¿Afirma tomarla correctamente? Aten Primaria. 2004; 33: 451-6.
- 98.- Lahori Ruiz JR, Araujo Heredia T. Modificaciones del conocimiento en pacientes asmáticos sobre el uso de los inhaladores. Aten Primaria. 2007; 39: 325-6.
- 99.- Giraldeés J, Ortega A, Lledó R, et al. Encuesta de opinión a los pacientes sobre el medicamento en el hospital y la atención en el servicio de farmacia. Farm Hosp. 2000; 24: 104-10.
- 100.- Limón- Ramírez R, García-Rubio J, Miralles-Bueno JJ, Eleanor-Cano I, Vélez-Morales E, Domínguez-Escobar JF, et al. Estudio de eventos adversos en sanidad privada. Proyecto Confianza de seguridad del paciente. Rev Calidad Asistencial. 2012; 27 (3): 139-145.

7.- ANEXOS

ANEXO I: Protocolo Seguridad del Paciente

A. Datos de filiación			
NHC		Fecha ingreso	
Sexo		Fecha alta	
Fecha nacimiento		Nº ingresos 2008-2012	
Tipo discapacidad		Servicio CMBD	
Grado discapacidad		Diagnóstico ingreso	

B. Factores de riesgo intrínseco			C. Factores de riesgo extrínseco		
	SI	NO		SI	NO
1. Coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Sonda urinaria abierta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Sonda urinaria cerrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Cateter ven. periférico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Neoplasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Cateter arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Cateter central ins. Perif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Enf. pulmonar crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Nutrición Parenteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Neutropenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Nutrición enteral (PEG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cirrosis hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. SNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Traqueostomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Ventilación mecánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hipoalbuminemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Tto inmunosupresor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. UPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Institucionalizado antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Malformaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14. Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15. Enf. Coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16. HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Observaciones sobre FR			

D. Formulario resumen de la historia clínica			
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Traslado de una unidad de hospitalización general a otra de cuidados intensivos	<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 lesión en un órgano o sistema que precisara la indicación del tratamiento u operación quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	SI	NO
10. Déficit neurológico nuevo en el momento del alta hospitalaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. IAM, ACVA, o TEP durante o después de un procedimiento invasivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Parada cardiorespiratoria	<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	<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 un procedimiento invasivo que resultara 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 reclamación patrimonial), en relación con la asistencia que pudieran sugerir litigio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cualquier otro tipo de infección nosocomial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones sobre el EA observado		
Evitabilidad del EA observado		
E. Calidad asistencial		
	SI	NO
Infección comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descripción infección comunidad		
Agente aislado		
Antibioterapia utilizada		
Pauta seguida		
Observaciones		
	SI	NO
Infección nosocomial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descripción infección nosocomial		
Agente aislado		
Antibiótico utilizado		
Pauta seguida		
Observaciones		

					No valorable	SI	NO
Riesgo previo Úlcera por Presión					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existe protocolo escrito y claro de cambios posturales?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de existir, ¿está debidamente cumplimentado?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existencia de UPP					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones							
					No valorable	SI	NO
Evaluación documentada riesgo TVP y TEP					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se utilizó heparina?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de haberse utilizado, indicación (profilaxis/tratamiento)							
						SI	NO
Evaluación peso si se utilizaron HBPM						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si se llegó a pesar, peso del paciente:							
Evaluación función renal.	Cifras de creatinina						
	Aclaramiento de creatinina						
	Ninguna valoración de función renal						
Pauta utilizada							
						SI	NO
Intervención quirúrgica						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existencia de protocolo escrito sobre profilaxis antibiótica						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descripción de la intervención							
Antibiótico utilizado como profilaxis							
Pauta utilizada							
						SI	NO
Empleo de contraste yodado						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existencia de protocolo escrito sobre uso de contraste yodado						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones uso de contrastes yodados							
Número de analíticas realizadas durante el ingreso							
Pruebas de imagen que emplean radiación ionizante utilizadas durante el ingreso							
Dosis de radiación recibida durante el ingreso							

<i>F. Uso de medicamentos</i>					
			No valorable	SI	NO
¿Letra legible?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Firma del médico?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Firma de la enfermera?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones sobre letras ilegibles					
			No valorable	SI	NO
Cambios inexplicables en el tratamiento			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descripción cambios inexplicables					
			No valorable	SI	NO
Interacciones medicamentosas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación sobre interacciones medicamentosas					
			No valorable	SI	NO
¿Dosis correctas?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones sobre dosis					
			No valorable	SI	NO
Ajuste de dosis en insuficiencia renal			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajuste de dosis en Insuficiencia hepática			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	No valorable	SI	NO
Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tiene alergia, ¿está confirmada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tiene alergia, ¿a qué medicación?			
<i>(grupos farmacológicos. Clasificación funcional)</i>			
Antihipertensivos			
Antitrombóticos			
Analgesia ¹²			
Analgesia opiodes ³			
Antibióticos			
Antiepilépticos			
Antiestreñimiento			
Psicoléptico (Insomnio), antipsicótico			
Antidepresivos			
DM			
Antiarrítmicos			
Broncodilatadores			
Glucocorticoides			
Miscelánea			