

18 artículo

Grupo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria



bibliografía

enlaces

No hay enlaces de interés

¿Porqué un monográfico sobre Seguridad del Paciente en Atención Primaria?

Los efectos adversos producidos por la asistencia sanitaria son uno de las causas de morbimortalidad más importantes, tanto en la atención primaria como en la especializada. Esta premisa, sobradamente demostrada como se verá en los capítulos posteriores, es razón suficiente para justificar por sí sola el monográfico que tienes en pantalla. Sin embargo, para reforzar esta razón y dar su verdadera dimensión a este número, queremos hacer énfasis en algunas circunstancias que hacen particularmente interesante, y problemática, la Seguridad del Paciente en la Atención Primaria.

En primer lugar, cuando los profesionales empezamos a oír hablar del tema, nos llama la atención, nos sorprende, ya que aparentemente estamos convencidos de que la asistencia que prestamos es razonablemente segura. Una de las características más interesantes de nuestro trabajo es la gestión de la incertidumbre, y en ella incluimos los riesgos de nuestra actuación para el paciente. Además, un buen profesional es quien gestiona bien esa incertidumbre, de hecho es nuestra acreditación como buenos profesionales. Por lo tanto, **si somos buenos profesionales estaremos gestionando adecuadamente la seguridad del paciente**¹. Posiblemente esta sea una de las razones principales para que lo relacionado con la seguridad del paciente tenga dificultades para entrar en nuestro acervo profesional, para que la cultura de seguridad vaya calando en nuestro ámbito. Sobre una práctica que nosotros vemos como razonablemente segura nos vienen a decir que no lo es, que en realidad es de un alto riesgo, y en una reacción de duelo, que tan bien conocemos, podemos negar el problema, rechazarlo². Eso nos obliga, cuando hablamos de seguridad del paciente, a ser tremendamente realistas, a identificar problemas que realmente lo son, y a proponer barreras frente al error asumibles dentro de la práctica profesional, que no impliquen trabajos añadidos, sino formas más seguras de hacer el mismo trabajo. Los profesionales tienen que saber, y quienes estamos en ello debemos decírselo así, que la Seguridad del Paciente quiere dotarles de un marco de trabajo más seguro, donde su única preocupación sea llevar a cabo un diagnóstico correcto y un plan terapéutico adecuado.

En segundo lugar, la magnitud del problema es importante, y trascendente social y sanitariamente. Aunque algunos puedan no querer verlos, los hechos son incontrovertibles. Si bien la frecuencia de sucesos adversos provocados por la asistencia en Primaria es baja, comparada con su ocurrencia en hospitalización, **el gran número de consultas³ que se realizan en nuestro ámbito** (300 millones al año en España, aproximadamente) hace que en términos absolutos el número de sucesos adversos sea muy alto, incluyendo no pocos de carácter grave y, como muestra el **"Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud"**, el estudio APEAS⁴, evitables en su mayoría.

En tercer lugar está el hecho de que las instituciones muestran un interés relativo por lo que ocurre en la Atención Primaria. Es evidente que la cirugía en lugar equivocado es grave, y suscita un gran interés mediático, y eso en nuestro ámbito no va a ocurrir prácticamente nunca. Todos sabemos que los pacientes hospitalizados son más frágiles que los que vemos habitualmente en nuestras consultas. Es obvio también que en hospital se utilizan tecnologías "duras", comparado con Primaria, y que los sucesos adversos originados en el hospital presentan una proporción mucho mayor de sucesos graves. Eso ha inclinado a las instituciones a trabajar más la Seguridad del Paciente en hospitales, dejando en un segundo plano la Atención Primaria, no queriendo ver que el número de actos médicos que se realizan en uno y otro ámbito puede equilibrar el peso del riesgo. La higiene de manos puede ser un ejemplo paradigmático del interés institucional. La OMS planteó, muy acertadamente, el lavado de manos como objetivo prioritario para la seguridad del paciente, **publicando al respecto sus conocidas recomendaciones⁵**. Estas recomendaciones, dirigidas a hospitalización y sobretodo a cirugía, se han propuesto



por distintas organizaciones sanitarias de nuestro país para aplicarlas en Primaria indiscriminadamente, en el mejor de los casos sin mayor adaptación que cambiar en los dibujos la cama de hospital por la camilla de la consulta, sin querer ver que son inaplicables en nuestras consultas. A ese respecto nuestro grupo ha hecho una adaptación que, manteniendo el rigor clínico, cumplen la condición de realismo que comentábamos antes.

Estamos pues en un escenario con escasa conciencia del problema, que no reconoce su magnitud, y con un escaso interés institucional. Razones todas ellas como para que los profesionales, las sociedades científicas como SEMFyC, las administraciones sanitarias y los propios pacientes, prestemos una atención especial al tema.

En nuestro caso la RCEAP nos presta una ocasión privilegiada para que podamos trabajar en este sentido, con un triple objetivo:

- Crear cultura, favorecer actitudes conscientes del problema y dispuestas a trabajar para mejorarlo.
- Proporcionar información, conocimientos sobre los riesgos para la seguridad y sobre las formas organizativas para desarrollar el trabajo.
- Mostrar la metodología que permite la gestión del riesgo, las herramientas para analizarlo.

Actitudes, conocimientos y habilidades, los tres pilares para conocer y poder trabajar un tema. El contenido de este monográfico quiere ser capaz de dar respuesta a estos objetivos.

Así, queremos mostrar las bases para incorporar la Cultura de Seguridad en nuestro trabajo habitual. En el primer artículo revisamos sus antecedentes y sus bases conceptuales, el impacto sanitario y social que tienen los efectos adversos producidos por la asistencia y el papel que están jugando las instituciones y los servicios de salud. Mostramos los principios en los que nos basamos, la orientación al sistema como origen del error, la actitud de aprendizaje y nunca de atribución de culpa, la orientación siempre a proponer medidas para una asistencia más segura.

La OMS ha trabajado como una de sus prioridades el desarrollo de una taxonomía universalmente aceptada, que nos permite un lenguaje internacional común. Además en España disponemos de los datos del APEAS, que es una referencia internacional a la hora de aproximarnos a las dimensiones reales del problema. De taxonomía, y de los resultados del APEAS se habla en otro de los artículos del monográfico. Y una vez entrado en esta cultura es preciso organizarse para promoverla, tanto a nivel de equipo donde se gestiona lo local, como a nivel de área de gestión, distrito o comarca, donde se gestionan los aspectos más organizativos, que ultrapasan las posibilidades del equipo. Dos artículos tratarán de cómo organizarse.

Hay tres artículos plenamente metodológicos. Notificación, identificación de situaciones de riesgo, y la metodología tanto proactiva (AMFE) como reactiva (ACR y otros) son sus contenido.

También entraremos en el mundo del razonamiento diagnóstico, uno de los elementos cruciales en el error. Y sobre un diagnóstico correcto una prescripción segura. La seguridad del medicamento es el tema más estudiado, tanto en la prescripción aguda como en la crónica. Temas como los medicamentos de alto riesgo y sobretodo los ancianos polimedicados también son objeto de reflexión.

Hemos incluido un trabajo sobre buenas prácticas. Procesos que pueden y deben gestionarse de forma segura. Desde la evitación de las úlceras por presión, la prevención de caídas, la cirugía menor y otros procesos de riesgo se revisan proponiendo medidas para su mejora.

También, como no, hablamos de higiene de manos. Como ya hemos comentado este es un tema complejo, sin evidencias claras en Atención Primaria, en el que es preciso actuar con rigor y con prudencia.

Y finalmente se habla de los pacientes, coprotagonistas de la asistencia. Del papel que deben, quieren y pueden jugar en su seguridad. El paciente experto, la responsabilidad compartida, la comunicación de la información o los distintos escenarios en los que los pacientes, ciudadanos, pueden trabajar.

Unas breves conclusiones cierran el monográfico. A modo de resumen, muestran los puntos fundamentales de todo lo que se ha ido presentando.

Os invitamos cordialmente a que leáis con atención este número. Lo hemos preparado personas que trabajamos en Atención Primaria, en la asistencia o en la gestión. Nuestro objetivo es, sencillamente, que quienes llevan años de práctica y quienes todavía están en periodo de formación puedan conocer y asumir esta cultura, la de la Seguridad del Paciente, como componente fundamental de una asistencia de calidad.

Bienvenidos.



© Revista Clínica Electronica en Atención Primaria, 2003