

18 artículo

Carlos Aibar Remón [[Buscar autor en Medline](#)]
 Jesús M. Aranz Andrés [[Buscar autor en Medline](#)]
 Julian Vitaller Burillo [[Buscar autor en Medline](#)]
 Yolanda Agra Varela [[Buscar autor en Medline](#)]
 Teresa Giménez Júlvez [[Buscar autor en Medline](#)]
 Pilar Marcos Calvo [[Buscar autor en Medline](#)]



Seguridad del paciente en atención primaria de salud: magnitud del problema

[Ver resumen y puntos clave](#)
[Ver texto completo](#)
[Volver al sumario](#)

Texto completo

Seguridad e inseguridad en la atención sanitaria

La seguridad del paciente (SP) ha sido uno de los cimientos en los que se ha apoyado la práctica clínica en todos sus escenarios de aplicación (hospitales, centro de salud,...). Desde siempre, y antes desde una perspectiva ética que desde la mejora de la calidad de la asistencia, no ha habido un buen profesional al que, más o menos implícitamente, no le haya preocupado el hecho de poder producir daño a los pacientes.

Desde el punto de vista de la terminología es importante asumir una taxonomía de uso común. La SP se define como la ausencia para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria.

Cuando ocurre un evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente, se emplea el término de incidente relacionado con la seguridad del paciente. Cuando el mismo no ha producido daño hablamos de incidente sin daño y cuando lo ha producido de evento adverso (EA)¹.

Los incidentes pueden tener su origen en actos intencionados o no intencionados. Los errores son, por definición, no intencionados, mientras que las infracciones son intencionadas, aunque pueden llegar a hacerse rutinarias en algunos contextos. Los errores pueden deberse al desconocimiento de una acción que la práctica indica que debería hacerse o un insuficiente entrenamiento o formación, la no realización de una acción prevista tal y como se pretendía (errores de omisión) o la aplicación incorrecta de la misma (error de comisión). debido a olvidos, despistes o lapsus. (**figura 1**)

Por otra parte, una infracción implica una transgresión o un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos. El daño relacionado con la atención sanitaria es el que se deriva directamente de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente, cuestión para la que se reserva el término de complicación.

Seguridad e inseguridad, expresada esta última en la presencia de incidentes y EA, no son conceptos distintos y alejados sino entornos de un "continuo" de mayor o menor grado de riesgo para el paciente separados por una línea tenue², o dicho de un modo coloquial, son las dos caras de una misma moneda: la del mayor o menor riesgo o probabilidad de que se produzcan incidentes relacionados con la SP. Conseguir que la moneda caiga del lado de la seguridad, precisa de esfuerzos y actuaciones a varios niveles. El primero de ellos -la identificación de los riesgos- implica saber que está ocurriendo, cuáles son los incidentes, EA, errores y fallos más comunes.

La seguridad del paciente en el primer nivel asistencial: ¿una prioridad?

Los criterios que, técnicamente, determinan la prioridad de cualquier problema de salud son, por un lado, la importancia de los daños causados por el mismo, tanto de salud y

bibliografía

1. CISP. Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. 8 de junio de 2007. (consultado 27 de junio de 2010)
2. Aranz JM, Aibar C. Marco conceptual de la seguridad clínica del paciente. En Aranz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ. Gestión sanitaria: calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: MAPFRE-Díaz de Santos, 2008; 223-227.
3. Rivadeneyra A, Artundo C. La evaluación del impacto en salud: el estado de la cuestión. Gac Sanit. 2008;22:348-53.
4. Hernández Aguado I, Aibar C, Lumbreras B, Aranz J. Planificación y programación en atención a la salud En Piedrola G et al. Medicina Preventiva y Salud Pública 11ª ed. Barcelona: Elsevier, 2008.
5. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991;304: 638-42.

Ver más

enlaces

No hay enlaces de interés

número actual	números anteriores
contactar	rceap en pda
alertas	sobre la revista

expresadas en términos de morbimortalidad e impacto³; como las consecuencias económicas y sociales, expresadas en costes de tratamientos, incapacidades o compensaciones; y por otro, la eficacia y factibilidad de las actuaciones encaminadas a resolverlo⁴.

En el caso de la SP, puede afirmarse con contundencia, que nos encontramos ante un problema de salud pública prioritario tal como han puesto de manifiesto numerosos estudios epidemiológicos realizados, sobre todo en el ámbito hospitalario⁵⁻¹⁷. En España el estudio ENEAS (Estudio nacional de efectos adversos relacionados con la hospitalización) puso de manifiesto que en hospitales de agudos, la incidencia de pacientes con EA es del 9,3% (IC95%: 8,6% - 10,1%) y que un 42,8% de los mismos eran evitables mediante la aplicación del conocimiento disponible.

El 37,4% de los eventos adversos estaba relacionado con la medicación, las infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 25,3% del total de los eventos adverso y un 25,0% estaba relacionado con problemas técnicos durante un procedimiento¹⁸. Con el fin de estimar la magnitud y trascendencia de los EA en atención primaria en España la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud promovió y financió el estudio APEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud).¹⁹ Los objetivos del mismo iban más allá de la cuantificación y conocimiento de la magnitud, gravedad, probabilidad de prevención e impacto de los EA, y el análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables.

Adicionalmente perseguía, entre otros objetivos:

1. Incrementar el número de profesionales involucrados en la SP.
2. Incorporar a la agenda de los equipos de atención primaria, objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la SP.
3. Analizar los factores que contribuyen a la aparición de los EA.
4. Identificar estrategias preventivas dirigidas a minimizar el impacto de los EA en este nivel asistencial.

Metodología y resultados principales del estudio APEAS

El estudio APEAS es un estudio observacional de prevalencia²⁰ realizado sobre una muestra de oportunidad y participación voluntaria de 48 centros de atención primaria de 16 comunidades autónomas a lo largo de dos semanas del mes de junio de 2007, siendo criterio de inclusión la participación de, al menos, tres médicos de familia, un pediatra y un diplomado de enfermería de cada equipo.

Los equipos de Atención Primaria fueron seleccionados a través de los referentes de SP de las Comunidades Autónomas, de Sociedades Científicas y de informadores clave, participando 452 profesionales (251 médicos de familia, 49 pediatras y 152 diplomados de enfermería). El número de pacientes incluidos de 96.047. El procedimiento utilizado para conocer la frecuencia y características de los incidentes y EA consistió en la cumplimentación, por los profesionales, de un formulario confeccionado al efecto para emplearlo cada vez que se identificaba un EA o un incidente, asegurando la confidencialidad mediante un sistema de registro enmascarado para la dirección del estudio.

Utilizando la terminología actual recomendada por la Organización Mundial de la Salud las variables de resultados estudiadas fueron los incidentes relacionados con la SP, los EA y la gravedad y probabilidad de prevención de estos últimos. El estudio mostró una prevalencia de eventos adversos de un 11,18‰ (IC95%: 10,52 - 11,85) (**figura 2**). Por grupos profesionales fueron los pediatras los que presentaron una menor prevalencia (**tabla 1**).

En cuanto a su naturaleza, el 47,8% de los EA (530) estuvieron relacionados con la medicación. Las infecciones asociadas a los cuidados de cualquier tipo representaron el 8,4% (93) del total de los eventos adversos, el 10,6% (118) se asociaron a algún procedimiento, y el 6,5% (72) con los cuidados (**tabla 2**). Al analizar la gravedad e impacto de los mismos pudo observarse que la mayor parte de los mismos tuvieron un carácter leve, resolviéndose en el propio centro de salud (**tablas 3 y 4**).

Puede afirmarse, igualmente, que la aparición de EA tiene una etiología multicausal, estando la medicación prescrita como factor causal esencial en casi la mitad de los EA contribuyendo, además, aspectos relacionados con la comunicación, la gestión y los cuidados (**figura 3**). El estudio ha demostrado, así mismo, que aplicando el conocimiento disponible, el 70% de los EA que aparecen en el primer nivel asistencial son valorados por los propios profesionales como evitables (**tabla 5**).

En una segunda fase, con el fin de valorar y proponer estrategias de mejora, un grupo de expertos analizó, considerando los criterios de eficacia y solidez de la evidencia, factibilidad y barreras de implementación, oportunidades de involucrar a los pacientes, posibles consecuencias indeseadas y posibilidades de generalización, las actuaciones a

desarrollar en relación con la mejora de la seguridad del uso del medicamento, la prevención de infecciones asociadas a cuidados, la mejora del curso evolutivo de la enfermedad y la reducción de las úlceras por presión fuera del hospital²¹.

El conocimiento de los eventos adversos como punto de partida de la mejora de la seguridad: ¿son suficientes los datos epidemiológicos para valorar la seguridad del paciente?

El estudio epidemiológico de los EA proporciona una perspectiva colectiva de la SP y presenta, si se realiza correctamente, la fortaleza de la cuantificación y la validez de generalización²². Sin embargo, los EA son más que una cifra y su correspondiente intervalo de confianza. Constituyen la parte más visible del *iceberg* de los problemas de SP, en tanto que en la parte sumergida existen múltiples factores humanos y organizativos que difícilmente valoran los estudios epidemiológicos²³. Las deficiencias en la organización y el funcionamiento del sistema²⁴, problemas con los múltiples productos y dispositivos sanitarios utilizados, incumplimiento de normas y protocolos, fallos en la comunicación entre los profesionales y con los pacientes, además de los errores personales inherentes a la naturaleza humana precisan procedimientos de análisis complementarios.

El estudio de los factores contribuyentes "sumergidos" requiere un análisis individual dirigido a responder interrogantes, no tanto respecto al *¿cuánto?*, sino al *¿cómo?* y el *¿por qué?*.²⁵⁻²⁷

Un reto: reducir la inseguridad y mejorar la seguridad en atención primaria

Los EA no aparecen por azar. En el primer nivel asistencial confluyen, cada vez más, varios diferenciales en relación con la SP que podrían incrementar el riesgo de aparición de EA e incidentes relacionados con la SP. Entre otros, pueden destacarse los siguientes:

1. La elevada presión asistencial y la dinámica de trabajo de centros de salud conlleva la disponibilidad de poco tiempo por paciente y, sin embargo, múltiples contactos y episodios de consulta. Por ello, la elevada frecuentación que se produce en este nivel, multiplica las probabilidades de aparición de EA.²⁸
2. Aunque la complejidad asistencial y la posibilidad de producir daño pueden ser menores que en atención especializada, la ambulatorización de cuidados y seguimientos y la incorporación en este nivel de nuevas pruebas diagnósticas y de actividad quirúrgica de baja complejidad acrecientan, previsiblemente, el riesgo del paciente.
3. La deficiente continuidad asistencial y escasa comunicación entre atención primaria y especializada, presente en gran número de sistemas sanitarios, facilita la aparición de EA con origen y repercusiones en ambos niveles asistenciales.
4. Diversos estudios muestran que el seguimiento de recomendaciones y cumplimiento terapéutico son escasos y, en ocasiones, inadecuados y sorprendentes. La medicalización incontrolada y desmedida de procesos banales, al igual que la generalización de pruebas diagnósticas y tratamientos sin evidencia razonable de efectividad son una amenaza para la SP.

El desarrollo de una hoja de ruta de mejora de la seguridad clínica en el primer nivel asistencial se debe desarrollar a varios niveles:

1. A nivel político y organizativo se deben incentivar iniciativas que promuevan la SP al mismo tiempo que dotar de recursos a los centros en donde sean necesarios. La SP es un espacio común de trabajo para gestores, profesionales y pacientes.
2. A nivel de los equipos profesionales es necesario realizar análisis de aquellos aspectos susceptibles de error y llevar a cabo programas de prevención. La SP es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales. Los fallos y errores, si pueden tener algo de positivo, es aprovecharlos como oportunidades de mejora y aprendizaje.
3. En este sentido, parece juicioso la práctica, o al menos una reflexión sobre su conveniencia, de la llamada prevención cuaternaria, práctica consistente en cumplir con el objetivo de la Medicina, que busca la máxima calidad con la mínima cantidad, tan cerca del paciente como sea posible²⁹.
4. Por último, a nivel individual los profesionales sanitarios deben entender la necesidad de reconocer los errores, los incidentes relacionados con la SP y los EA como oportunidades de aprendizaje y mejora, así como la importancia de establecer sistemas de control y análisis de los mismos que permitan valorar los avances hacia la seguridad. La seguridad se aprende *haciendo y compartiendo* conocimientos y experiencias.

El hecho de que los incidentes relacionados con la SP y los EA sean un problema frecuente y, según criterio de los propios profesionales, en gran parte evitable, sitúa la mejora de la SP en el primer nivel asistencial como una estrategia prioritaria, siendo conscientes de que se trata de un problema crónico que requiere perseverancia y tratamiento continuado.



© Revista Clínica Electronica en Atención Primaria, 2003