

Construir seguridad; una tarea compartida

M. I. Cabeza Díez¹, P. Zaballa Erice²

¹Pediatra. UAP Galdakao. Galdakao. Bizkaia. España.

²Médico de familia. UAP Zalla. Zalla. Bizkaia. España.

El concepto de que la seguridad del paciente consiste en facilitar que la asistencia sanitaria se produzca sin eventos adversos se remonta a los orígenes de nuestra civilización. A lo largo de los siglos, los profesionales que nos han precedido dedicados a la salud lo han hecho con el principio *primum non nocere*.

A medida que se logra evolucionar, el conocimiento científico más avanzado y el desarrollo de tecnologías cada vez más complejas en la asistencia sanitaria promueven el incremento tanto de la supervivencia como de la calidad de vida, pero también multiplican la posibilidad de errores en todo el proceso asistencial. Siendo conscientes de ello, tenemos la obligación de trabajar para conseguir el mayor nivel de seguridad del que seamos capaces. Por ello es tan importante que todos los profesionales tomemos conciencia de esta necesidad y la hagamos propia, participando para crear una cultura de seguridad: **todos y para todos**.

En 1999 el Instituto de Medicina de EE. UU. publicó el célebre informe *Errar es humano; construyendo un sistema de salud más seguro*, apuntando que hay un gran número de pacientes que mueren por errores que podrían haberse evitado¹. Y es desde ese momento que diferentes entidades y estudios iniciaron la evaluación de la magnitud de los efectos adversos que se vinculan a la asistencia sanitaria: la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Comité Europeo de Sanidad...

A nivel estatal se puso en marcha la Estrategia en Seguridad del Paciente en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, que se actualiza con el plan para el periodo 2015-2020². En el ámbito de la Atención Primaria (AP), el *Estudio Nacional de Efectos Adversos en Atención Primaria* (APEAS) reflejó que en una de cada 100 consultas de AP se produce un evento adverso³.

Buscar un método que facilite la notificación de incidentes con unos requisitos mínimos de respeto y confidencialidad

facilitará la búsqueda conjunta de soluciones que evitarán en lo posible que el evento adverso se repita en el futuro.

Una vez hecho el “diagnóstico”, ¿qué espera el profesional que notifica una incidencia? No cabe duda de que espera que esa notificación vaya ligada a la implementación de medidas de mejora. Por eso es prioritario que todos aportemos con el sistema de notificación sugerencias que faciliten a los comités de seguridad la búsqueda de soluciones.

Si se revisa la evolución de los últimos 10 años, no tenemos pruebas de grandes cambios duraderos o de una mejora generalizada en la seguridad de los sistemas sanitarios.

Puede que el concepto de seguridad del paciente en su formulación actual no logre que los médicos de AP se identifiquen con él, ya que en AP, a diferencia de la Hospitalaria, se atiende a los pacientes durante largos periodos, por lo que debemos replantearnos la seguridad del paciente como la gestión del riesgo a lo largo del tiempo; esta estrategia puede ajustarse mejor a la realidad. Aunque la AP no suele ser fuente de eventos adversos, si se analiza la seguridad a lo largo del tiempo en lugar de hacerlo en términos de accidentes específicos, los problemas de seguridad se hacen visibles. Ejemplos de ello son los diagnósticos tardíos o erróneos, las pruebas complementarias y tratamientos farmacológicos innecesarios⁴...

La AP es un sistema adaptativo en el cual las decisiones asistenciales surgen de consultas y relaciones muy individuales en las que los valores y preferencias del paciente son con frecuencia la consideración más importante. Son elementos fundamentales y necesarios la participación, la concienciación y la formación de los pacientes y sus cuidadores en la gestión del riesgo. Para el paciente y sus familias, su seguridad está por tanto fuertemente vinculada a la confianza y a las relaciones personales.

Teniendo en cuenta el nivel de incertidumbre con la que trabajamos en AP, se impone aplicar estrategias de control para

mantener la seguridad y una con la que contamos es el tiempo. **El tiempo**, en sentido de conducta expectante activa e inteligente, es uno de los requisitos principales para la gestión del riesgo en nuestras consultas de Pediatría.

El camino recorrido en los últimos años en el campo de la seguridad nos ha enseñado qué tipo de estrategias de seguridad son más útiles en cada uno de los diferentes niveles asistenciales. En nuestro caso, la Pediatría de AP, hay algunas intervenciones que ya deben formar parte de nuestro día a día⁵:

- Identificación inequívoca del paciente.
- Automatizar la higiene de manos, evitando así la transmisión de enfermedades infecciosas.
- Asegurar un correcto almacenaje y conservación de las vacunas.
- Mantener siempre preparado el equipo de emergencias.
- Notificar las reacciones adversas a medicamentos.
- Identificar los tratamientos *off label* como una práctica de “riesgo seguro”.
- Optimizar la prescripción de las pruebas radiológicas.
- Asegurar la coordinación tanto dentro del equipo de AP como interniveles asistenciales, utilizando las herramientas que cada equipo tenga a su alcance.
- Crear sistemas que garanticen la detección temprana de resultados anómalos.
- Implicar a los pacientes y sus familias en el control de las patologías y la medicación.

Errar es humano, no podemos cambiar la condición humana, pero sí las condiciones en las que trabajamos los pediatras de AP. ¿Cómo podemos contribuir a ello? Detectando y notificando las situaciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente e implementando medidas de mejora.

Cada fallo o error es una oportunidad de aprender, escuchemos a los pacientes y a los profesionales que forman parte de la cadena asistencial; la viabilidad del Sistema Sanitario depende de ello. Todos estamos en este reto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Institute of Medicine. To err is human: building a safer Health System. Washintong, DC: National Academy Pres; 1999.
2. Estrategia en Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, periodo 2015-2020. En: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [en línea] [consultado el 21/06/2017]. Disponible en: <https://www.seguridaddel-paciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>
3. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud 2008. En: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [en línea] [consultado el 21/06/2017]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
4. Vincent C, Amalberti R. Seguridad del paciente; estrategias para una asistencia más segura. Madrid: Modis Laborandi; 2016.
5. European Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP). Curriculum in primary care Paediatrics. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 21/06/2017]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/curriculo_europeo_ingles_alta.pdf