

# De la gestión de riesgos a la seguridad del paciente

**J.M. Aranaz<sup>a,b</sup> y J. Vitaller<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>*Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Alicante. España.*

<sup>b</sup>*Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante. España.*

En el editorial del monográfico sobre Gestión de riesgos –término utilizado para referirnos a la seguridad del paciente en el año 2005–, que publicó REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL, decíamos "... que la seguridad del paciente es un elemento sustancial de la calidad de la asistencia es en el siglo XXI algo incuestionable"<sup>1</sup>. En un segundo editorial se daban recomendaciones para que confianza, seguridad, adecuación y efectividad fueran algo más que el Santo Grial de los sanitarios, y que la Seguridad de Pacientes avanzara más con pequeños pasos que con grandes palabras<sup>2</sup>. El tiempo pasado ha sido demasiado corto, si miramos la distancia recorrida. En tan sólo 2 años se ha cimentado la base teórica y se han multiplicado las experiencias prácticas. Ahora, tal vez, el objetivo sea la homogeneización de los instrumentos, la normalización y extensión de buenas prácticas y la mejora de la cultura mediante la implicación del paciente en la seguridad del paciente.

Que la seguridad del paciente no conoce fronteras, y que además *safety* equivale a seguridad, lo evidencia este nuevo monográfico, en el que junto con experiencias nacionales, se presentan aportaciones de América Latina, así como la perspectiva de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

La multidisciplinariedad a la hora de abordar estos trabajos, así como la disponibilidad de instrumentos para identificar características asociadas que permitan elaborar estrategias efectivas para mitigar los efectos adversos, hace que pasemos de las definiciones y los estudios iniciales de situación en nuestro entorno a la confrontación, el abordaje y la resolución y/o mitigación de las situaciones que se producen como consecuencia de ellos.

El primer trabajo de este número nos introduce en la seguridad como dimensión clave de la calidad asistencial, insistiendo en que aquélla es el resultado de un conjunto de valores, actitudes, competencias y actuaciones de todos los profesionales y del sistema sanitario; resaltan que la máxima seguridad del paciente se consigue por un conocimiento adecuado de los riesgos asistenciales, la eliminación de los prescindibles y la prevención y protección contra los que hay que asumir de forma inevitable. Plantea el diseño para la elaboración de un cuadro de indicadores específicos sobre seguridad del paciente, a partir del análisis de situación de los sistemas nacionales de información relacionados con la seguridad del paciente en los países industrializados, y trazan un esquema de la estrategia a seguir para mejorar tanto la comparabilidad como la disponibilidad de los datos en el ámbito nacional e internacional<sup>3</sup>.

Siguiendo en esta línea, se plantean las nuevas claves y retos en la comparación internacional de la seguridad del paciente, con información clara y exhaustiva, y aportando un

análisis interesante sobre los puntos fuertes y las áreas de mejora de las diferentes fuentes de información para la detección de efectos adversos, proyecto que está desarrollando la OCDE y que cuenta con los líderes que llevan a cabo dicho estudio en 23 países de todo el mundo<sup>4</sup>.

Dos experiencias de centros sanitarios de América Latina ponen de manifiesto que tanto el estudio de los efectos adversos, a través de la implementación de sistemas de notificación, como la vigilancia activa de éstos en un sistema integrado son una necesidad inaplazable de las organizaciones sanitarias<sup>5,6</sup>.

Tan perjudicial es la mala utilización de los dispositivos sanitarios como la infrautilización ante la necesidad, pero la lacra de la sobreutilización de medios diagnósticos en la sociedad del consumo es una fuente de iatrogenia nada despreciable. Entre las consecuencias perjudiciales de la introducción de pruebas insuficientemente evaluadas o de las aplicaciones inapropiadas de éstas, se encuentran la obtención de resultados falsos positivos o falsos negativos y la instauración de actuaciones clínico-terapéuticas innecesarias, derivadas del efecto de la cascada clínica y del sobrediagnóstico. Tal vez haya llegado la hora de generalizar la prevención cuaternaria, evitando no sólo el encarnizamiento terapéutico, sino también mejorando la adecuación de las pruebas diagnósticas<sup>7</sup>.

El Análisis Modal de Fallos y sus Efectos (AMFE) es uno de los instrumentos decisivos para la prevención primaria de los fallos de seguridad. Una muestra evidente es la aplicación de esta técnica en escenarios tan diferentes como el control de la anticoagulación en atención primaria<sup>8</sup> o la incidencia de sobredosis detectada en un servicio de radioterapia<sup>9</sup>.

La influencia de la vulnerabilidad del paciente y de la complejidad de la asistencia necesitaba un contraste empírico para que fuera aceptada más allá de la retórica. La fuerza que da aportar datos locales que evidencian esas realidades es sustancial para ganar aliados entre los profesionales cada día más comprometidos<sup>10</sup>.

Si los errores de medicación son, actualmente uno de los problemas más comunes de seguridad del paciente y su prevención, uno de los objetivos claves del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, de marzo de 2007<sup>11</sup>, no podía faltar una aportación, en este caso metodológica, que viniera a incorporar luces para mejorar las sombras de este problema.

Es evidente que en materia de seguridad de los pacientes tenemos historia que revisar, presente que describir y analizar y, sin duda, un futuro para normalizar buenas prácticas, cambiar conductas, mejorar hacia esa cultura generativa de ideas en la que la seguridad sea un estilo de ejercicio de

la práctica clínica con implantación transversal en las organizaciones sanitarias.

### Bibliografía

1. Vitaller J. El contexto de la gestión de riesgos de la asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:51-2.
2. Aibar C. La seguridad clínica: pequeños pasos y grandes palabras. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:183-4.
3. Kelley E, Aranaz JM. Safety Data for Safer Care: The Importance of International Consensus and Action. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22:317-26.
4. García-Armesto S, Kelley E, Klazinga N, Wei L. Claves y retos en la comparación internacional de la seguridad del paciente: la experiencia del Health Care Quality Indicators Project de la OCDE. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22:327-34.
5. Sarabia O, Poblano O, Tovar W, Garrido F. Análisis comparativo hospitalario del evento adverso en México: utilidad del reporte voluntario en línea. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22:342-8.
6. Espíritu N, Lavado G, Pantoja L, Lam C, Barrientos M, Centeno R. Notificación de eventos adversos en un hospital nacional en Lima. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22:335-41.
7. Lumbreras B, Hernández-Aguado I. Iatrogenia atribuible a las pruebas diagnósticas. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22:272-6.
8. Cañada A, Mena JM, Sánchez L, Rodríguez D, Cárdenas J. Mejora de la seguridad del proceso de anticoagulación oral implantado en un área de atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22:287-98.
9. Govindarajan R, Molero J, Tuset V, Arellano A, Ballester R, Cardenal J, et al. El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) ayuda a aumentar la seguridad en radioterapia. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22:299-309.
10. Gutiérrez I, Aibar C, Obón B, Sánchez C, Júdez D, Villanueva B. Incidencia de efectos adversos en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22:277-86.
11. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.