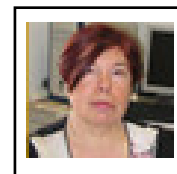


SALA 5

CARMEN MORENO LORENZO

Profesora. Departamento de Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. España



LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN FISIOTERAPIA

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN FISIOTERAPIA.

Carmen Moreno Lorenzo.

Doctora por la Universidad de Granada. Fisioterapeuta.
Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Granada. España.

En general, la asistencia sanitaria es cada día más efectiva pero también más compleja. La Seguridad del Paciente, también llamada Seguridad Clínica, implica, reducir el riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

Aunque los profesionales del Sistema Nacional de Salud se plantean como objetivo la salud biopsicosocial de los pacientes, el acto sanitario no se resuelve con un compendio de buenas intenciones. Se trata de una compleja combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas que puede generar beneficios pero también un inevitable riesgo de eventos adversos (EA). La mayor o menor seguridad del paciente, no reside pues en una persona, dispositivo o departamento sino que emerge de la interacción de los componentes del sistema.

Dado que la seguridad abarca muchas disciplinas de la atención sanitaria, se necesita un enfoque global y multifactorial para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada ámbito. El incremento de la seguridad del paciente requiere tener en cuenta una serie de objetivos: Identificar, analizar, prevenir y reducir los eventos adversos.

El evento adverso (EA), constituye una lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente. Incluye el diagnóstico y tratamiento así como los sistemas y equipamientos utilizados. Aunque parece que la mayoría de los eventos adversos, suceden por el acto o por la omisión de una persona concreta, a menudo dichos eventos son igualmente, la consecuencia de un proceso asistencial mal planteado, proceso que a su vez está influido por la organización del sistema sanitario, por las normas y leyes vigentes y/o por las exigencias de las partes implicadas.

Son numerosos los estudios realizados tanto a nivel internacional, nacional y en las distintas autonomías españolas sobre percepción de Seguridad Clínica. En ellos la morbimortalidad y el gasto sanitario que generan los efectos adversos justifican el reclamo de una cultura de seguridad. Además, según estos informes, las estrategias sancionadoras no ayudan a evitar los EA ya que fomenta en los profesionales una actitud defensiva lo que genera obstrucción informativa. Por ello, hablar de la seguridad del paciente, no va referido solo a la cultura de calidad asistencial, sino que implica adherencia a un movimiento mundial, fundamentado en la importancia de la formación y creación de una cultura de seguridad clínica.

La Fisioterapia es una profesión de la salud que comprende un conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que mediante la aplicación de medios físicos, curan y previenen las enfermedades, promueven la salud, recuperan, habilitan, rehabilitan y readaptan a las personas afectadas de disfunciones psicofísicas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud. Fundamentado en sus competencias actuales, el fisioterapeuta desarrolla el Acto Fisioterápico, en cuyo contexto obtiene los datos exploratorios y su valoración, elabora el diagnóstico fisioterapéutico, aplica los procedimientos manuales e instrumentales, evalúa los resultados alcanzados, establece o implementa los registros pertinentes e historia clínica y elabora los informes de evolución y alta del tratamiento fisioterapéutico.

Entre los recursos utilizados en Fisioterapia se encuentra: masoterapia, electroterapia, ultrasonoterapia, laserterapia, infrarrojos, termoterapia, crioterapia, cinesiterapia, hidroterapia, mecanoterapia, vendaje funcional, vendaje neuromuscular, magnetoterapia, biofeedback, terapia manual y osteopática, así como ejercicio terapéutico entre otros. Estos recursos se utilizan en distintos procesos:

Fisioterapia en traumatología y ortopedia.

Fisioterapia en patología respiratoria.

Fisioterapia en cirugía cardíaca y torácica.

Fisioterapia en reumatología.

Fisioterapia en procesos de encamamiento prolongado.

Fisioterapia en procesos cardiovasculares y vasculopatías periféricas. Fisioterapia en oncología. Fisioterapia en neurología central y periférica. Fisioterapia en pediatría y sus especialidades. Fisioterapia en geriatría. Fisioterapia en procesos abdominopelvianos y obstétricos.

Fisioterapia en el deporte. Fisioterapia en cirugía plástica y estética.

En el concepto de seguridad participa una tríada fundamental como es: el paciente, el sistema de salud y el personal que realiza la atención fisioterapéutica. Por ello ante la pregunta ¿en donde se encuentran los riesgos? Lamentablemente, la respuesta es muy genérica ya que el riesgo se encuentra asociado a todas las actividades clínicas del fisioterapeuta. Una práctica clínica segura en Fisioterapia exige alcanzar tres objetivos:

1º.-Identificar qué procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces.

2º.- Asegurar que se aplican a quien los necesita.

3º.- Realizarlos correctamente, sin errores.

Así pues, la máxima seguridad del paciente en Fisioterapia, se consigue mediante un estudio, conocimiento y valoración adecuada de los riesgos, la eliminación de los evitables y la prevención y protección de aquellos que hay que asumir de forma inevitable, porque seguridad no es igual a ausencia de riesgo. Es decir, cualquier actividad que realizamos en nuestra vida tiene un riesgo, lo asumimos y realizamos otra actividad que a su vez tiene otro riesgo.

La Fisioterapia es una disciplina relativamente joven, pero lo suficientemente madura para adaptarse a las sensibles modificaciones que se vienen produciendo en la atención sanitaria al paciente. Así, nació vinculada al modelo tradicional centrado en el profesional de Fisioterapia con experiencia, conocimientos y habilidades técnicas. Posteriormente se fue adaptando al modelo centrado en el uso adecuado de los recursos, en el que la evidencia disponible y el uso eficiente de los mismos, eran los ejes de la actividad clínica. El planteamiento actual exige que el paciente sea el eje del sistema. Aunque en este aspecto y según los contextos, parece que la cultura de seguridad en Fisioterapia es variable entre incipiente, reactiva y participativa, se observa que en los foros profesionales son frecuentes las discusiones sobre causas y consecuencias de eventos adversos, se entiende y asume que no todos los errores son EA ni todos los EA son errores y que la actitud participativa de los fisioterapeutas hacia los EA es fundamental para poder reducirlos en el contexto profesional de la Fisioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso-Ovies A, Álvarez-Rodríguez J, García-Gálvez MM, Velayos-Amo C, Balugo-Huertas S, Álvarez-Morales A. Usefulness of failure mode and effects analysis to improve patient safety during the process of incorporating new nurses in an intensive care unit. *Med Clin (Barc)*.2010; 135(Supl.1):45-53.

Delgado JA, Valenzuela AR, Prado E, Fernández G. Higiene de manos de los fisioterapeutas: prevención de infecciones nosocomiales. *Fisioterapia*. 2009;31(1):24-31

Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;2008.

Estudio EARCAS. Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios. Informes, Estudios e Investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad;2011

Estudio ENEAS 2005. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

Geraci JM. In-hospital complication occurrence as a screen for quality of care problems. *Med Care*. 2000; 38:777-80.

Gurmankin AD, Baron J, Armstrong K. The effect of numerical statements of risk on trust and comfort with hypothetical physician risk communication. *Med Decis Making*. 2004;24:265-71.

McGuckinM, TaylorA, MartinV, PortenL, SalcidoR. Evaluation of a patient education model for increasing hand hygiene compliance in an inpatient rehabilitation unit. *Am J Infect Control*. 2004;32:235-8.

Thomas EJ, Studdert DM, Runciman WB, Webb RK, Helps SC, Sexton EJ et al. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA I: context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. *Int J Qual Health Care*. 2000;12:371-8.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. More than words.
Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version Technical Report. January
2009. Geneva: World Health Organization (WHO); 2009.