

SALA 5

JUAN ANAYA OJEDA

Fisioterapeuta. Profesor y Coordinador del Máster en Fisioterapia Neurológica de la Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. España



LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN FISIOTERAPIA

SALA 5

La Seguridad del Paciente en Fisioterapia

D. Juan Anaya Ojeda.

Fisioterapeuta. Máster en Neurofisioterapia. Presidente de la Sociedad Cooperativa de interés social y sin ánimo de lucro AISSE. Profesor y Coordinador del Máster en Fisioterapia Neurológica de la Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. España.

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años, la seguridad del paciente se ha definido como la ausencia evitable de daño al mismo durante el proceso de atención sanitaria (1,2). El interés en esta área del conocimiento surge a raíz de los estudios que se han publicado en este tiempo, alrededor de todo el mundo, como en España (3) y en países de nuestro entorno (EE.UU.(4), Reino Unido, Canadá, Francia, Holanda, Suecia...); cuyas conclusiones son reveladoras: entre un 3,5% y un 17% de las personas que son ingresadas en un hospital sufren algún tipo de daño que ha sido provocado, de forma directa o indirecta, por la propia atención sanitaria prestada. En el caso de España (5), los resultados no son mejores, destacando que, aproximadamente, la décima parte de las personas que acuden a un hospital padecen daños que se pueden relacionar, de forma inequívoca, con los servicios sanitarios que han recibido.

Fruto de los datos que aparecieron publicados, se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente (2004, <http://www.who.int/patientsafety/es/>) en el seno de la Organización Mundial de la Salud (OMS); cuyos esfuerzos fueron dirigidos, desde el inicio, a intentar encontrar un lenguaje común en el que se pudieran discutir los principales objetivos para disminuir el daño que sufren las personas en el desarrollo del acto sanitario. Así, se fue desarrollando el llamado Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del paciente, que se puede consultar y descargar en la web de la OMS (http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf). Si volvemos al caso de España, nos encontramos con directrices que vienen de Europa (recomendaciones en desarrollo desde que, en 2008, la seguridad del paciente se incorporara como punto estratégico en los programas de trabajo de la Comisión Europea del área (6); y del propio Gobierno Central, a partir de un plan estratégico que se desarrolló por parte del Ministerio de Sanidad en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (7).

Por tanto, en la actualidad se ha tomado conciencia de la necesidad de reducir al mínimo los daños que los profesionales de la salud podemos provocar en los usuarios de nuestros servicios, por lo que no es suficiente con mantener un buen nivel de conocimiento técnico especializado, sino que tenemos que reflexionar sobre las complicaciones que puedan surgir en nuestra área de trabajo, dando soluciones rápidas y adaptadas, sin olvidar que la mejor de las opciones es siempre la prevención.

NIVEL DE EVIDENCIA DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NEUROFISIOTERAPIA:

En el caso de la fisioterapia, la propia naturaleza de la asistencia (movilización de personas con disminución de la capacidad de movimiento, utilización de agentes físicos como electricidad o calor, necesidad de generalizar y entrenar las capacidades adquiridas durante las sesiones a su entorno habitual...) supone un riesgo elevado para el usuario, de forma que se han elaborado varias guías para establecer los criterios más importantes a tener en cuenta, partiendo de las directrices comunes (en Andalucía son las recogidas en la Guía de recomendaciones para la mejora de la Seguridad del paciente en Centros Sociosanitarios (8). Si nos centramos en el área de neurofisioterapia, la falta de reconocimiento como especialidad reglada, ha dificultado enormemente el establecimiento de un plan propio de prevención y actuación que proteja la seguridad del paciente neurológico. Las recomendaciones adoptadas por los profesionales del área son genéricas y se desarrollan en documentos propios del servicio en cuestión (como cuidados intensivos o rehabilitación), para todos los fisioterapeutas, independientemente de su experiencia previa o formación específica. En el nacimiento de la Sección de Neurofisioterapia de la Sociedad Española de Neurología (<http://www.sen.es>) a finales de 2013 se recoge la implicación por parte de este grupo de desarrollar acciones encaminadas a definir los riesgos

fundamentales y proponer las vías principales de actuación para cumplir con las recomendaciones internacionales, adaptadas a las particularidades del tratamiento de fisioterapia del paciente neurológico. Así, se está trabajando en varios sectores que incluyen las principales áreas en las que se pueden establecer riesgos durante las sesiones de neurofisioterapia:

- Protección de datos e imagen: Especialmente importante, debido a las innovaciones tecnológicas, que permite almacenar e intercambiar datos e imágenes. Además, muchos de los pacientes tienen problemas para comunicarse o expresar su consentimiento.

- Riesgos generales secundarios al tratamiento de fisioterapia: Los más importantes son las caídas y las lesiones derivadas de la aplicación de agentes físicos (como quemaduras eléctricas o lesiones en la piel por frío). Las personas con daños neurológicos sufren a menudo problemas sensoriales y perceptivos que dificultan la percepción de lesiones, por lo que el profesional puede pasarlas por alto hasta que se hacen graves.

- Complicaciones sistémicas asociadas al ejercicio físico: Tras Daño Cerebral Sobvenido (DCS) hay que tener en cuenta los factores vasculares (hipertensión arterial, trombosis venosa...), metabólicos (hipoglucemia, trastornos hipofisarios...) y respiratorios (muy relacionados con la movilización activa) que pueden provocar isquemia u otro tipo de daños en el tejido nervioso.

- Riesgos asociados al propio proceso neurológico: En este grupo se incluyen las crisis epilépticas, los síndromes por hiperpresión intracraneal, los vértigos... Una mención especial para los riesgos asociados a los trastornos conductuales (como autolesiones) y cognitivos (como estados confusionales) tras DCS. Durante las sesiones de neurofisioterapia se establecen demandas que pueden alterar el estado de conciencia y conductual de nuestros usuarios.

- Complicaciones de origen psicológico y psiquiátrico: Decisivas en la evolución de enfermedades medulares o degenerativas; en las que la implicación y motivación del paciente puede depender del desarrollo de las sesiones de fisioterapia.

- Interacciones entre el tratamiento fisioterápico y la toma de medicación; al no conocer la farmacodinámica ni características específicas de los medicamentos administrados por el facultativo.

- Riesgo derivado de cirugía y otros procedimientos terapéuticos instrumentales, por ejemplo, sonda nasogástrica, traqueostomía, heridas quirúrgicas, gastrostomía (PEG), etc. En las sesiones de fisioterapia el profesional tiene que interactuar con multitud de estos procedimientos, apareciendo en ocasiones complicaciones derivadas de dicha interacción.

- Riesgo sociofamiliar, como la falta de inclusión en actividades significativas, la pérdida de roles previos, la marginación y exclusión social, la desestabilización del núcleo familiar... El fisioterapeuta tiene que conocer las implicaciones de los objetivos, prioridades y expectativas del usuario, así como las condiciones de su entorno social, para que no se produzcan incoherencias e inadaptación. Merece una mención importante la adaptación de las sesiones al estado económico de la familia (sobre todo en asistencia privada), ya que a menudo los tratamientos se extienden en el tiempo y pueden suponer un factor altamente desestabilizador para la economía del núcleo familiar.

Es necesario, por tanto, el establecimiento de criterios unificados para describir los factores de riesgo que pueden suponer una disminución de la seguridad del paciente neurológico durante el tratamiento de fisioterapia, ya que en las revisiones bibliográficas que se han realizado no se puede hablar de evidencia concluyente. Los principales problemas encontrados han sido la falta de especificidad en las directrices (que abarcan a multitud de disciplinas y no se centran en la fisioterapia neurológica) y la inexistencia de un marco común adaptado que facilite la comunicación entre fisioterapeutas dedicados al ámbito de la neurología, campo de trabajo que creemos que cuenta con unas características particulares que justifican el establecimiento de pautas específicas para aumentar la seguridad de los usuarios de nuestros servicios.

BIBLIOGRAFÍA:

1. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety, Version 1.1. Technical Report. January 2009. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. Report No: WHO/IER/PSP/2010.2.
2. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009 Feb 1;21(1):1826.
3. Aranaz-Andres JM, Aibar-Remon C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-Garcia E, Kelley E, et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. 2009 Oct 19;21(6):40814.

4. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N. Engl. J. Med. 1991 Feb 7;324(6):37784.
5. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
6. Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria [Internet]. 2008. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_es.pdf
7. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
8. Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. 2012. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/SADECA_-_Resultados_seguridad_centros_sociosanitarios.pdf