



# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## ORIGINAL

### Soluciones aportadas por Atención Primaria para abordar los riesgos relacionados con la seguridad del paciente

M.M. Castellano-Zurera<sup>a,\*</sup>, D. Núñez-García<sup>b</sup>, J.A. Carrasco-Peralta<sup>c</sup> y A. Torres-Olivera<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Proyectos, Área de Centros y Unidades, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Sevilla, España

<sup>b</sup> Área de Centros y Unidades, Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

<sup>c</sup> Responsable de Proyectos, Sevilla, España

<sup>d</sup> Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Sevilla, España

Recibido el 13 de diciembre de 2011; aceptado el 9 de febrero de 2012

Disponible en Internet el 28 de marzo de 2012

#### PALABRAS CLAVE

Acreditación;  
Seguridad;  
Efectos adversos;  
Gestión de riesgos

#### Resumen

**Objetivo:** Conocer si existen estrategias de identificación proactiva de riesgos para la seguridad del paciente, los riesgos potenciales identificados por los profesionales y las soluciones aportadas para evitar su aparición.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de unidades clínicas de Atención Primaria (AP) en proceso de acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA). Entre junio de 2010 y junio de 2011 se evaluaron 61 unidades de AP. Se ha analizado si estas unidades utilizaron una metodología para la identificación y priorización de riesgos, los riesgos potenciales identificados y las soluciones aportadas. Los riesgos y soluciones se clasificaron en 8 categorías (medicación, infección, diagnóstico, gestión, accidentes de los pacientes, comunicación, cuidados, equipamiento médico). La información se obtuvo de la aplicación informática que da soporte a los procesos de acreditación (ME\_jora C).

**Resultados:** El 47,5% de las unidades utilizaron herramientas para el análisis proactivo de riesgos. Los riesgos potenciales identificados más frecuentemente fueron los relacionados con la medicación (100%) y la infección (89,6%). Las principales soluciones estaban relacionadas con la elaboración de protocolos para la revisión de medicamentos, formación en técnica de higiene de manos, soluciones hidroalcohólicas e intervenciones con polimedicados.

**Conclusiones:** Una proporción importante de los eventos adversos producidos en el medio sanitario son evitables, por lo que es necesario establecer estrategias preventivas. Este estudio pone de manifiesto las soluciones aportadas para evitar que los riesgos potenciales identificados ocurran, así como riesgos para la seguridad del paciente no encontrados en otros estudios (relacionados con el uso de dispositivos médicos/equipamiento).

© 2011 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mmar.castellano@juntadeandalucia.es](mailto:mmar.castellano@juntadeandalucia.es)  
(M.M. Castellano-Zurera).

**KEYWORDS**

Accreditation;  
Safety;  
Adverse effects;  
Risk management

**Patient safety risks in Primary Health Care: identification and prevention of adverse events****Abstract**

**Objective:** To determine whether there are pro-active strategies for identifying risks to patient safety, the potential risks identified by the professionals, and the solutions to prevent their occurrence.

**Materials and methods:** A descriptive-retrospective study was conducted on Primary Health Care units in the process of accreditation. This work was performed at the Andalusian Agency for Health Care Quality through the analysis of primary healthcare units assessed. A total of 61 Primary healthcare units were assessed between June 2010 to June 2011. The main measurements were methods for identifying and prioritising risks, prioritised risks, and solutions provided by the Primary Health Care units. The risks and solutions were classified into 8 categories (medication, infection, diagnosis, management, patient accidents, communication, care, medical devices/equipment). The data were obtained in our computer application for the accreditation process (Me\_jora C).

**Results:** Just under half (47.5%) of the healthcare units used tools for proactive analysis of patient safety risks. The risks identified most often were related to medication (100%), and infection (89.6%). The main solutions identified were related to protocols for medication review, hand hygiene training, alcohol-based hand-wash solutions, and interventions on patients on polypharmacy.

**Conclusions:** A large proportion of adverse events that occur in health care are preventable, thus it is necessary to establish preventive strategies. This study shows the solutions for Primary Health Care units to prevent adverse events, and other patient safety risks not found in other studies (related to the use of medical devices/equipment).

© 2011 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de efectos adversos (EA)<sup>1</sup>. Los EA ligados a la asistencia son un problema frecuente en la práctica clínica en cualquier nivel de cuidados<sup>2</sup>. Se definen como los daños que acontecen durante el proceso asistencial y que no son atribuibles directamente a la enfermedad<sup>3</sup>. Surgen como consecuencia de la interacción entre el sistema sanitario y sus profesionales con el paciente. Suponen un problema importante para la salud pública porque son frecuentes, su tendencia es creciente, tienen un gran impacto sanitario, económico, social e incluso mediático, y además muchos de ellos son potencialmente evitables<sup>4</sup>.

En estudios realizados en EE. UU., Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá se ha estimado que la incidencia de EA en pacientes ingresados en hospitales es de entre un 4 y un 17%, y alrededor de un 50% son evitables<sup>5</sup>. En España, el estudio ENEAS (estudio nacional sobre los EA ligados a la hospitalización)<sup>6</sup> concluye que la incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia sanitaria es de 9,3% y, que casi la mitad (42,8%) podrían ser evitables. Los estudios realizados en Atención Primaria (AP) son menos numerosos. La frecuencia de errores en este ámbito se estima entre 5-80 veces/100.000 consultas<sup>7</sup>. El estudio APEAS (estudio sobre la seguridad de los pacientes en AP de Salud)<sup>8</sup> indica que podrían verse afectados de media 7 de cada 100 ciudadanos en un año, siendo evitables el 70% de los EA. Estas cifras ponen de

manifiesto la necesidad de adoptar medidas preventivas para evitar daños en los pacientes.

La gestión de riesgos constituye el conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y tratar el riesgo de que se produzca un EA con objeto de evitar o minimizar sus consecuencias negativas tanto para el paciente, como para los profesionales y la propia institución sanitaria. El análisis de la seguridad se puede hacer de forma proactiva, detectando riesgos y previniéndolos, o de manera reactiva, analizando las causas de un EA acontecido con el objeto de poner en marcha acciones para reducir el riesgo de su nueva aparición<sup>9</sup>. La acreditación supone una oportunidad para la mejora continua<sup>10,11</sup> y una herramienta para identificar situaciones donde la seguridad del paciente pueda verse mejorada. La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) en su manual de estándares de Acreditación de Hospitales incluye la identificación de riesgos para la seguridad del paciente<sup>12</sup>, como también lo hacen otros modelos de acreditación, entre otros, la Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES)<sup>13</sup>, el modelo argentino del Instituto Técnico para la Acreditación de Institutos de Salud (ITAES)<sup>14</sup> y la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)<sup>15</sup>.

El objetivo de este estudio fue conocer si las unidades clínicas de AP de Andalucía en proceso de acreditación por la ACSA están implicadas en la identificación proactiva de riesgos para la seguridad del paciente, cuáles son los riesgos potenciales identificados por sus profesionales y qué soluciones han encontrado para evitar su aparición, con el fin de compartir el conocimiento generado y que este sirva como punto de reflexión a otras unidades.

**Tabla 1** Enunciado, propósito y requisitos de cumplimiento del estándar objeto de estudio

Programa de Acreditación	Enunciado del estándar	Propósito del estándar	Grupo
Unidades Clínicas (ME 5 1.05)	En la Unidad Clínica se identifican los riesgos para la seguridad del paciente	La Unidad identifica y analiza los riesgos relacionados con acontecimientos adversos reales o potenciales	Grupo I Obligatorio
Requisitos de cumplimiento			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La Unidad dispone de una metodología contrastada (matriz de riesgos, AMFE, mapas de riesgos, etc.) de gestión de riesgos que le permite conocerlos y priorizarlos</li> <li>- Se identifican medidas preventivas para los riesgos identificados</li> <li>- Los profesionales se implican en la identificación de riesgos y medidas preventivas</li> </ul>			

## Material y métodos

Este trabajo se llevó a cabo en la ACSA, fundación pública adscrita a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que promueve la calidad y mejora continua en el Sistema de Salud de Andalucía a través de diferentes programas de acreditación. Entre las fases de los procesos de acreditación del Área de Centros y Unidades de la ACSA se encuentran la autoevaluación y la visita de evaluación externa.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de las 61 unidades clínicas de AP evaluadas por la ACSA desde junio de 2010 a junio de 2011, analizando los registros textuales de dichas unidades, fruto de la reflexión realizada sobre el estándar obligatorio objeto de estudio (tabla 1). Dichos registros son realizados durante la fase de autoevaluación y contienen información relativa a cómo los profesionales de las unidades identifican riesgos para la seguridad del paciente. Para completar esta información, se analizaron también los registros de los evaluadores de la ACSA tras la visita de evaluación. La información aportada por las unidades y por los evaluadores queda registrada en una aplicación informática propia de la ACSA, Mejora C, que da soporte a todos los procesos de acreditación y que constituyó la fuente de información para este estudio.

En las unidades clínicas incluidas en este estudio se analizaron 3 dimensiones. En primer lugar se valoró la utilización de un método sistemático y estructurado de identificación proactiva de riesgos y su priorización. La segunda dimensión estaba referida a los riesgos potenciales para la seguridad del paciente identificados por las unidades y la tercera a las soluciones aportadas para evitar su aparición. Para las 2 últimas dimensiones, se determinaron categorías tomando como referencia la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud<sup>16</sup> y los tipos de EA detectados en el estudio APEAS. Los riesgos potenciales identificados y las soluciones aportadas se estructuraron en 8 categorías principales y a su vez, estas se dividieron en subcategorías según su temática. Los datos obtenidos se analizaron utilizando medidas de frecuencia: absoluta y relativa.

Para verificar el cumplimiento del estándar analizado en este estudio, los evaluadores utilizaron como herramientas las descritas en la guía de evaluación: entrevista semiestructurada al equipo directivo de las unidades (para conocer

la metodología empleada en la identificación de riesgos), entrevista semiestructurada a profesionales (para conocer su grado de participación) y el análisis documental (riesgos identificados, gradados y priorizados para su abordaje y soluciones aportadas). Para que las unidades cumplieran dicho estándar, tenían que cumplir cada uno de los requisitos definidos.

## Resultados

De un total de 61 unidades de AP evaluadas, 29 (47,5%) habían utilizado herramientas estructuradas para el análisis proactivo de riesgos para la seguridad del paciente: 26 (89,6%) desarrollaron un mapa de riesgos y 3 (10,4%) elaboraron un AMFE. Además, 9 de las 26 unidades que disponían de un mapa de riesgos seleccionaron algún proceso para profundizar en él mediante la realización de un AMFE. Los AMFE encontrados se habían realizado sobre los procesos de administración de medicamentos (58,3%), de extracciones sanguíneas (25%) y otros (16,7%).

Los riesgos potenciales identificados por las 29 unidades se presentan en la tabla 2. Todas las unidades identificaron riesgos potenciales en los procesos relacionados con la medicación, fundamentalmente en los procesos de administración (58,6%) y prescripción de medicamentos (51,7%). Los grupos de fármacos mayormente identificados por los profesionales como factores críticos de seguridad del paciente fueron las vacunas y los medicamentos de alto riesgo, en especial los anticoagulantes orales. Otros riesgos identificados en relación a la medicación fueron la no disponibilidad de medicamentos (48,3%), medicamentos en condiciones inadecuadas de conservación (temperatura, luz, etc.) y/o caducados (44,8%) y la polifarmacia (41,4%).

El 89,6% de las unidades habían identificado como riesgo potencial para la seguridad del paciente la infección asociada a la atención sanitaria, sobre todo por encontrar potencialmente críticos los procesos de higiene de manos y de esterilización del material utilizado en cirugía menor. Le siguieron en importancia los riesgos potenciales identificados en relación al diagnóstico (58,6%) en lo referente a fallos/retrasos en el mismo, riesgos relacionados con la gestión (51,7%) como errores de registro en la historia clínica y riesgos relacionados con accidentes de los pacientes (48,3%) como las caídas.

**Tabla 2** Riesgos potenciales para la seguridad del paciente identificados por las 29 unidades de Atención Primaria

	Unidades que identifican riesgos potenciales
<i>Relacionados con la medicación</i>	29 (100%)
Administración	17 (58,6%)
Prescripción	15 (51,7%)
Desabastecimiento de medicamentos	14 (48,3%)
Medicamentos deteriorados (caducados, mal conservados, etc.)	13 (44,8%)
Polifarmacia	12 (41,4%)
Paciente erróneo	9 (31%)
Alergias	8 (27,6%)
Interacciones medicamentosas	5 (17,2%)
Reacciones adversas	4 (13,8%)
<i>Relacionados con la atención sanitaria (infección)</i>	26 (89,6%)
<i>Relacionados con el diagnóstico</i>	17 (58,6%)
Patologías emergentes poco frecuentes	9 (31%)
Retraso/error en muestras/análisis/pruebas	7 (24,1%)
Paciente erróneo	5 (17,2%)
Diagnóstico erróneo	3 (10,3%)
<i>Relacionados con la gestión</i>	15 (51,7%)
Registro en historia clínica	7 (24,1%)
Demoras en la atención	6 (20,7%)
<i>Relacionados con accidentes de los pacientes</i>	14 (48,3%)
Caídas	10 (34,5%)
Otros	4 (13,8%)
<i>Relacionados con la comunicación</i>	9 (31%)
Profesional-paciente	8 (27,6%)
Profesional-profesional	5 (17,2%)
Barrera idiomática	3 (10,3%)
<i>Relacionados con los cuidados</i>	6 (20,7%)
Úlceras por presión	3 (10,3%)
Otros	3 (10,3%)
<i>Relacionados con el uso de dispositivos médicos/equipamiento</i>	5 (17,2%)

En la [tabla 3](#) se recogen las soluciones aportadas por las 29 unidades para minimizar los riesgos potenciales detectados. Las soluciones identificadas con más frecuencia fueron la formación sobre la técnica de higiene de manos (62%) y la dotación de soluciones hidroalcohólicas (51,7%) para prevenir la infección asociada a la atención sanitaria. Les siguieron las soluciones encaminadas a mantener un correcto stock de medicamentos (48,3%) fundamentalmente para evitar el desabastecimiento de carros de parada y maletines de urgencia, la implantación de una sistemática para la revisión de los medicamentos de pacientes polimedicados (41,4%), actuaciones en relación a los medicamentos de alto riesgo (37,9%) como disponer de un listado de los mismos, limitar el número de presentaciones farmacéuticas disponibles, formación sobre su uso y la retirada del cloruro potásico de los botiquines, la implantación de procedimientos para evitar medicamentos caducados (37,9%) y mal conservados (31%) y el uso de la tarjeta sanitaria para identificar a los pacientes antes de la administración de medicamentos (31%). Otras medidas preventivas identificadas fueron la definición de algoritmos de actuación para el manejo de patologías emergentes poco frecuentes (31%),

proporcionar por escrito al paciente información sobre su tratamiento (27,6%) y formar a los profesionales en cómo registrar en la historia clínica digital (27,1%).

## Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio ponen de manifiesto el amplio margen de mejora que existe en las unidades de AP de Andalucía en relación a la identificación proactiva de riesgos para la seguridad del paciente, pues no alcanzan el 50% las unidades que cumplen el estándar analizado. La explicación a este hallazgo puede buscarse en el hecho de que la preocupación por la seguridad del paciente, a pesar de su larga existencia, es relativamente joven en nuestro ámbito asistencial<sup>9</sup>. Los riesgos potenciales mayormente identificados por los profesionales sanitarios están relacionados con los medicamentos, la infección asociada a la atención sanitaria, el diagnóstico y la gestión. Los riesgos potenciales identificados en menor medida son los relacionados con la comunicación, los cuidados y el uso de dispositivos/equipamiento médico.

**Tabla 3** Soluciones aportadas por las 29 unidades de Atención Primaria

	Unidades clínicas que aportan soluciones
<i>Relacionadas con la medicación</i>	
Protocolo de revisión del stock de medicamentos	14 (48,3%)
Revisión estructurada de la medicación de pacientes polimedicados	12 (41,4%)
Medicamentos de alto riesgo (listado, presentaciones farmacéuticas, etc.)	11 (37,9%)
Protocolo de revisión de caducidades	11 (37,9%)
Control cadena de frío	9 (31,0%)
Identificación de pacientes antes de administrar medicamentos	9 (31,0%)
Guía de dosificación de fármacos en pediatría y emergencias	9 (31,0%)
Registro de alergias en historia digital	8 (27,6%)
Protocolo manipulación, reconstitución y administración de vacunas	8 (27,6%)
Interacciones medicamentosas en historia digital	5 (17,2%)
Formación sobre Uso Racional del Medicamento	5 (17,2%)
Separar medicamentos look-alike	5 (17,2%)
Doble chequeo antes de la administración de medicamentos	3 (10,3%)
Uso tarjeta amarilla	3 (10,3%)
<i>Relacionadas con la atención sanitaria (infección)</i>	
Formación en técnica de higiene de manos	18 (62,0)%
Disponibilidad de soluciones hidroalcohólicas	15 (51,7)%
Cartelería sobre técnica de higiene de manos	8 (27,6)%
Protocolo esterilización material quirúrgico	6 (20,7)%
Protocolo control de legionella	6 (20,7)%
<i>Relacionadas con el diagnóstico</i>	
Algoritmos de actuación ante patologías emergentes	9 (31,0%)
Protocolos actualizados	6 (20,7%)
Procedimiento para la identificación de muestras/tubos de analítica	6 (20,7%)
Listado de verificación quirúrgica	5 (17,2%)
<i>Relacionadas con la gestión</i>	
Formación a profesionales sobre el registro en la historia digital	7 (27,1%)
Implantación de circuitos para la atención urgente	5 (17,2%)
<i>Relacionadas con accidentes en pacientes</i>	
Valoración de las caídas a pacientes residentes	6 (20,7%)
Colocación barandillas, cintas antideslizantes, etc.	6 (20,7%)
<i>Relacionadas con la comunicación</i>	
Información escrita al paciente sobre su tratamiento	8 (27,6%)
Protocolos coordinación interniveles	4 (13,8%)
Teletraducción	3 (10,3%)
<i>Relacionadas con los cuidados</i>	
Formación a cuidadoras	4 (13,8%)
Protocolos sobre úlceras por presión	2 (6,9%)
<i>Relacionadas con dispositivos médicos/equipamiento</i>	
Formación del usuario	4 (13,8%)
Manual de usuarios disponibles	2 (6,9%)

Las principales soluciones aportadas están relacionadas con la formación en la técnica de higiene de manos, disponer de soluciones hidroalcohólicas y elaborar procedimientos para homogeneizar las actuaciones de los profesionales (stock de medicamentos, polifarmacia, caducidades, patologías emergentes, etc.). Debemos mencionar algunas soluciones encaminadas a evitar riesgos potencialmente graves: protocolos de revisión del stock de medicamentos en los que se recoge la asignación de responsables para la revisión de carros de parada, maletines de urgencia y dotación de ambulancias; protocolos para evitar caídas en los que

se verifican, entre otros, programas educativos dirigidos a cuidadoras y personal auxiliar de centros socio-sanitarios sobre prevención de caídas, valoración de pacientes inmovilizados y revisión de la medicación de pacientes residentes (neurolepticos, ansiolíticos, hipnóticos, etc.); mantener los protocolos/guías de práctica clínica actualizados para evitar errores en el diagnóstico mediante la asignación de responsables para su revisión y actualización según la evidencia científica disponible; listado de verificación quirúrgica para cirugía menor para comprobar, entre otros aspectos, la identificación del paciente, la demarcación de la lesión



y la correcta identificación de las muestras biológicas; técnica de doble chequeo en puntos de riesgo como la administración de medicamentos a pacientes pediátricos y medicamentos de alto riesgo.

En la actualidad apenas existen referencias publicadas sobre la identificación proactiva de riesgos por profesionales sanitarios de AP en su ámbito de actuación. Un estudio realizado recientemente en Holanda para conocer la percepción de los profesionales sanitarios de AP sobre los riesgos para la seguridad del paciente<sup>17</sup>, muestra que los aspectos que mayormente identifican los profesionales como riesgos potenciales son los registros en la historia clínica y la prescripción y seguimiento de la medicación. Los riesgos identificados en menor medida por los profesionales son la asepsia, los procedimientos diagnósticos y la comunicación. Los resultados obtenidos en relación a la asepsia y el diagnóstico no concuerdan con los de nuestro estudio, pudiendo deberse a la diferente metodología empleada: encuesta abierta con 10 situaciones concretas para la seguridad del paciente y con 15 factores de riesgo y nuestro estudio se realiza sobre una serie de unidades determinadas con la metodología de analizar un solo estándar de obligatorio cumplimiento sobre seguridad del paciente. Otra encuesta realizada a 238 médicos de AP de Cataluña<sup>18</sup> muestra unos resultados similares a los de nuestro estudio, pues las situaciones adversas identificadas con más frecuencia están relacionadas con los medicamentos (37%) y el retraso en el diagnóstico de una enfermedad grave (33%). En conclusión, nuestro trabajo pone de relieve riesgos potenciales para la seguridad del paciente identificados por los profesionales de AP, que en su gran mayoría coinciden con los encontrados en otros estudios. Pero se han identificado riesgos potenciales relacionados con el uso del equipamiento/dispositivos médicos (ej. no formación a los profesionales sobre su uso, mantenimiento incorrecto del equipamiento, etc.) que no se han puesto de manifiesto en los estudios citados.

Para conocer si los riesgos potenciales identificados en las unidades evaluadas coinciden con los EA más frecuentes en AP, y por tanto si las soluciones encontradas están dirigidas a los principales problemas, tenemos en cuenta los resultados del estudio APEAS: el 47,8% están relacionados con la medicación, el 8,4% con las infecciones y el 6,5% con los cuidados. Nuestro estudio muestra que los riesgos potenciales mayormente identificados (riesgos en relación a la medicación) concuerdan con los EA más frecuentes, al igual que ocurre con los riesgos potenciales identificados en menor medida (los relacionados con los cuidados). Sin embargo, se evidencia que el 89,6% de las unidades identifican como riesgo potencial la infección asociada a la atención sanitaria cuando solo el 8,4% de los EA ocurridos están relacionados con la misma. Esto puede ser debido a la influencia que en la opinión de los profesionales puede tener la importancia del tema de la infección en las unidades de Atención Hospitalaria o bien al hecho de que constatar una infección en AP es complicado por la propia definición de la misma.

Este estudio tiene varias limitaciones. Primero, la subjetividad con que se pueden interpretar determinados EA identificados por los profesionales y que se manifestó al realizarse el análisis conjunto de los mismos. Sin embargo, la clasificación realizada permitió disponer de una herramienta que facilitó el análisis de los EA recopilados. Segundo,

el carácter local de la muestra utilizada (unidades clínicas de AP de Andalucía en proyecto de acreditación), lo que puede limitar la generalización de los resultados obtenidos a otros ámbitos asistenciales. No obstante, los riesgos identificados son muy similares a los detectados en otros estudios y hay que destacar que los estudios publicados en AP son escasos. Por último, aunque los datos de las evaluaciones externas han sido recogidos por distintos evaluadores, la posible falta de homogeneidad en la recogida de los datos se ha controlado definiendo para los requisitos de cumplimiento del estándar, aclaraciones y excepciones en la guía de evaluación para evitar interpretaciones de los mismos por parte de los evaluadores.

En la bibliografía se evidencia concordancia en que una proporción importante de los EA producidos en el ámbito sanitario son evitables, por lo que se hace necesario establecer estrategias preventivas. La detección y prevención del riesgo de aparición de un EA antes de que suceda, ha de ser un objetivo principal en la mejora de la calidad de las unidades. La principal aportación de este estudio es proporcionar información sobre los riesgos potenciales relacionados con la seguridad del paciente identificados por las unidades de AP en proceso de acreditación y las soluciones aportadas. Con ello se pretende contribuir a que los profesionales sanitarios conozcan y reflexionen sobre los riesgos identificados para poder priorizar en la implantación de estrategias que permitan disponer de una atención sanitaria más segura. Es preciso seguir obteniendo datos de otras unidades que aporten nuevos riesgos y soluciones, además de permitir evaluar en el tiempo la eficacia de las soluciones identificadas. Por ello, la ACSA establece en el año 2009 la realización de visitas de seguimiento a las unidades (a los 2 y 4 años de obtenida la acreditación), no disponiendo aún de suficiente información sobre la implantación de las soluciones encontradas en relación a la seguridad del paciente para su publicación.

## Financiación

Para el desarrollo de este estudio no hemos recibido ninguna beca ni soporte financiero.

## Agradecimientos

Los autores quieren expresar su agradecimiento a todos los profesionales de las Unidades Clínicas de Atención Primaria en proceso de acreditación con la ACSA por mostrarnos las actuaciones que realizan en relación a nuestros estándares de calidad y las mejoras que identifican, a los evaluadores internos y externos de la ACSA por realizar las visitas de evaluación y recoger la información necesaria para verificar el cumplimiento de los estándares de calidad y a los profesionales de Sistemas de Información de la ACSA por facilitarnos la tarea de análisis de los datos.

## Bibliografía

1. Sánchez Gómez E, González Rivas L, Sánchez del Moral R. Elaboración de un plan de seguridad en una unidad de gestión clínica del medicamento. *Rev Calidad Asistencial*. 2010;25:223-7.

2. Aranaz-Andrés JM, Limón-Ramírez R, Aibar-Remón C, Miralles-Bueno JJ, Vitaller-Burillo J, Terol-García E, et al. Grupo de trabajo ENEAS. Luces y sombras en la seguridad de los pacientes: estudio y desarrollo de estrategias. *Gac Sanit.* 2008;22:198-204.
3. Muiño Miguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García E, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Clin Esp.* 2007;207:456-7.
4. Aranaz-Andrés JM. Sucesos adversos relacionados con el uso de medicamentos: ¿qué podemos aprender? *Med Clin (Barc).* 2006;126:97-8.
5. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gac Sanit.* 2006;20:41-7.
6. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. [citado 17 de agosto de 2011]. Disponible en: [www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/eneas2005Baja.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/eneas2005Baja.pdf).
7. Sanders J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Fam Pract.* 2003;20:231-6.
8. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, Orozco D, Terol E, et al. Estudio sobre seguridad de los pacientes en Atención Primaria de salud. APEAS 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [citado 24 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>.
9. Tomás I, Gimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. *An Sist Sanit Navar.* 2010;33:131-48.
10. Palacios Llamazares L, Gens Barberá M, Hernández Vidal N, Vidal Esteve E. Acreditación externa de calidad. Oportunidad de mejora a través de la experiencia. *Aten Primaria.* 2008;40:517-9.
11. Aranaz JM, Leutscher E, Gea MT, Vitaller J. El aseguramiento y la acreditación sanitaria. Qué opinan sobre la acreditación los directivos sanitarios españoles. *Rev Calidad Asistencial.* 2003;18:107-14.
12. Joint Commission Internacional Accreditation Estándares de Acreditación para Hospitales. 4ª ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources; 2010.
13. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Paris: ANAES Service Communication; 2004.
14. Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud. Manual de acreditación para establecimientos polivalentes de agudos con internación. 3ª ed Buenos Aires: ITAES; 2003.
15. Consejería de Salud. Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica. Versión ME 5 1.05. Sevilla: Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2010.
16. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente, versión 1.1. Informe técnico definitivo. Organización Mundial de la salud, 2009. [consultado 17/8/2011]. [www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps.full.report.es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps.full.report.es.pdf)
17. Gaal S, Verstappen W, Wersing M. Patient safety in primary care: a survey of general practitioners in the Netherlands. *BMC Health Services Research.* 2010;10:21.
18. Borrel-Carrió F, Paez Regadera C, Suñol Sala R, Orrego Villagan C, Gil Terrón N, Martí Nogués M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2006;38:25-32.