

Estudio EARCAS

Eventos Adversos en
Residencias y Centros
Asistenciales Sociosanitarios

Estudio EARCAS

Eventos Adversos en
Residencias y Centros
Asistenciales Sociosanitarios



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18 - 28014 Madrid

NIPO (CDRom): 860-11-215-3

NIPO (línea): 860-11-216-9

Depósito Legal: M-31016-2011

Imprime: Gráficas Naciones, S.L.
C/ Guadiana, 8
28110 ALGETE (Madrid)

Estudio EARCAS

Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

Titularidad del estudio

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
Paseo del Prado, 18-20
28071 Madrid

Director del proyecto:

Carlos Aibar Remón. Dpto. de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Equipo de trabajo:

Jesús María Aranaz Andrés. Dpto. de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante). Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant.

José Joaquín Mira Solves. Dpto. Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante).

Pastora Pérez Pérez. Dpto. de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza.

M^a José Rabanaque Hernández. Dpto. de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza.

Julián Vitaller Burillo. Dpto. de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante).

Comité de seguimiento:

Yolanda Agra Varela. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Jesús Casal Gómez. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

María del Mar Fernández Maíllo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Este documento debe citarse como: Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

Agradecimientos

La realización de este estudio no hubiera sido posible sin el apoyo y participación desinteresada de un gran número de profesionales. En particular queremos destacar:

A los profesionales y responsables de los centros sociosanitarios que han colaborado y participado de una u otra manera en las diferentes fases del estudio.

A los referentes autonómicos del Comité Técnico Asesor de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud y otros profesionales de las Consejerías y Departamentos autonómicos del ámbito sanitario y social.

A Mercedes Guilabert y Alicia Peralta (Universidad Miguel Hernández) y a Federico Arribas, José Miguel Carrasco, Florencio García-Latorre, José Ignacio García-Montero y M^a Luz Lou (Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, Gobierno de Aragón) por sus aportaciones a lo largo del desarrollo del estudio.

A la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud por su contribución en la revisión final del texto.

Índice

1. Justificación	23
2. Objetivos	29
2.1. Objetivo general	29
2.2. Objetivos secundarios	29
3. Metodología	31
3.1. Ámbito de estudio	31
3.2. Tipo de estudio	31
3.3. Aspectos éticos	31
4. Fase 1. Delphi	33
4.1. Objetivos	33
4.1.1. Objetivo general	33
4.1.2. Objetivos específicos	33
4.2. Metodología	33
4.2.1. Diseño de la primera fase del estudio	33
4.2.2. Elaboración del primer cuestionario y carta de presentación	34
4.2.3. Selección de participantes	35
4.2.4. Desarrollo de la técnica Delphi	37
4.3. Resultados	40
4.3.1. Tasa de respuesta	40
4.3.2. Características del panel de expertos	42
4.3.3. Conocimientos y actitudes sobre seguridad del paciente	43
4.3.4. Definición de centros sociosanitarios	43
4.3.5. Definición de problemas relacionados con la seguridad del paciente	44
4.3.6. Incidentes y eventos adversos relacionados con la valoración inicial del paciente	44
4.3.7. Incidentes y eventos adversos relacionados con el diagnóstico del paciente	50
4.3.8. Incidentes y eventos adversos relacionados con los cuidados proporcionados al paciente	58
4.3.9. Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	64

4.3.10. Errores de medicación	70
4.3.11. Acontecimientos adversos por medicación	77
4.3.12. Pacientes y eventos adversos	83
5. Fase 2. Encuestas	87
5.1. Objetivo	87
5.2. Metodología	87
5.2.1. Diseño de la segunda fase del estudio	87
5.2.2. Elaboración del cuestionario y carta de presentación	87
5.2.3. Selección de participantes	88
5.2.4. Desarrollo de la segunda fase del estudio	89
5.3. Resultados	90
5.3.1. Tasa de respuesta	90
5.3.2. Características de los encuestados	92
5.3.3. Incidentes y eventos adversos relacionados con la valoración inicial del paciente	93
5.3.4. Incidentes y eventos adversos relacionados con el diagnóstico del paciente	99
5.3.5. Incidentes y eventos adversos relacionados con los cuidados al paciente	105
5.3.6. Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	111
5.3.7. Errores de medicación	117
5.3.8. Acontecimientos adversos por medicación	124
5.3.9. Otros comentarios realizados por los encuestados	132
6. Fase 3. Metaplan	133
6.1. Objetivos	133
6.2. Metodología	133
6.2.1. Diseño de la tercera fase de estudio	133
6.2.2. Selección de participantes	134
6.2.3. Desarrollo del Metaplan	134
6.3. Resultados	138
6.3.1. Características del panel de expertos	138

6.3.2. Factores contribuyentes	139
Grupo 1. Mejorando la seguridad del paciente al ingreso/reingreso	140
Grupo 2. Mejorando los cuidados proporcionados a los pacientes	143
Grupo 3. Reduciendo las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	146
Grupo 4. Mejorando la seguridad en el uso de la medicación	149
6.3.3. Estrategias	158
Grupo 1. Mejorando la seguridad del paciente al ingreso/reingreso	159
Grupo 2. Mejorando los cuidados proporcionados al paciente	162
Grupo 3: Reduciendo las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	164
Grupo 4. Mejorando la seguridad en el uso de la medicación	167
6.3.4. Plenario	179
7. Discusión	185
7.1. Marco referencial	185
7.2. Sesgos y limitaciones del estudio	188
7.3. Hallazgos destacables	190
7.3.1. IRSP y EA más comunes	190
7.3.2. Factores contribuyentes	197
7.3.3. Estrategias	198
7.4. Eventos adversos en los centros sociosanitarios: similitudes y diferencias con otros escenarios asistenciales	200
7.5. Valor, impacto y aplicabilidad	201
8. Conclusiones	203
9. Anexos	205
Anexo 1. Informe del Comité de Ética e Investigación Clínica de Aragón	206
Anexo 2. Memorándum del estudio	207

Anexo 3. Carta de presentación del estudio a los referentes autonómicos del Comité Técnico Asesor de Seguridad del Paciente	208
Anexo 4. Referentes autonómicos para el estudio	209
Anexo 5. Panel de expertos para el Delphi	210
Anexo 6. Primer cuestionario Delphi	216
Anexo 7. Carta de presentación del primer cuestionario Delphi	241
Anexo 8. Segundo cuestionario Delphi	243
Anexo 9. Carta de presentación del segundo cuestionario Delphi	263
Anexo 10. Encuesta	265
Anexo 11. Carta de presentación de la encuesta	267
Anexo 12. Expertos participantes en el Metaplan	269
Anexo 13. Documento de ayuda para la primera pregunta clave del Metaplan	272
Anexo 14. Plantilla para la votación de estrategias en el Metaplan	274
Anexo 15. Abreviaturas utilizadas	275
Anexo 16. Índice de tablas	13
Anexo 17. Índice de figuras	21
Bibliografía	277

Índice de tablas

Tabla 1.	Número y distribución de los hospitales de larga estancia	26
Tabla 2.	Número y distribución de residencias sociosanitarias	27
Tabla 3.	Número de centros por CCAA susceptibles de ser seleccionados y finalmente participantes	36
Tabla 4.	Tasas de respuesta en el primer y segundo cuestionario	41
Tabla 5.	Cronograma de trabajo de las principales etapas de la primera fase del estudio	42
Tabla 6.	Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente entre los cinco más frecuentes en el Delphi1	45
Tabla 7.	Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos para los 10 IRSP y EA más frecuentes relacionados con la valoración inicial del paciente	46
Tabla 8.	Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los factores que contribuyen a la aparición de IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente	48
Tabla 9.	Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente como prioritarios en el Delphi1	49
Tabla 10.	Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los IRSP y EA prioritarios relacionados con la valoración inicial del paciente	49
Tabla 11.	Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes IRSP y EA relacionados con el diagnóstico al paciente entre los cinco más frecuentes en el Delphi1	52/53

Tabla 12. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos para los 10 IRSP y EA más frecuentes relacionados con el diagnóstico al paciente	53/54
Tabla 13. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los factores que contribuyen a la aparición de IRSP y EA relacionados con el diagnóstico al paciente	55
Tabla 14. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes IRSP y EA relacionados con el diagnóstico al paciente como prioritarios en el Delphi1	56
Tabla 15. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los IRSP y EA prioritarios relacionados con el diagnóstico al paciente	57
Tabla 16. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes IRSP y EA relacionados con los cuidados proporcionados al paciente entre los diez más frecuentes en el Delphi1	58/59
Tabla 17. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos para los 10 IRSP y EA más frecuentes relacionados con los cuidados proporcionados al paciente	60
Tabla 18. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los factores que contribuyen a la aparición de IRSP y EA relacionados con los cuidados proporcionados al paciente	61
Tabla 19. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes IRSP y EA relacionados con los cuidados proporcionados al paciente como prioritarios en el Delphi1	62/63
Tabla 20. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los IRSP y EA prioritarios relacionados con los cuidados proporcionados al paciente	63

Tabla 21.	Número y porcentaje de expertos que marcaron las siguientes IRAS entre las cinco más frecuentes en el Delphi1	65
Tabla 22.	Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos para las 10 IRAS más frecuentes	66
Tabla 23.	Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los factores que contribuyen a la aparición de IRAS	67
Tabla 24.	Número y porcentaje de expertos que marcaron las siguientes IRAS como prioritarias en el Delphi1	68
Tabla 25.	Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre las IRAS prioritarias	69
Tabla 26.	Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes errores de medicación entre los diez más frecuentes en el Delphi1	71
Tabla 27.	Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos para los 10 EM más frecuentes	72
Tabla 28.	Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los factores que contribuyen a la aparición de errores de medicación	74
Tabla 29.	Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes errores de medicación como prioritarios en el Delphi1	75
Tabla 30.	Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los errores de medicación prioritarios	76
Tabla 31.	Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes acontecimientos adversos por medicación entre los diez más frecuentes en el Delphi1	78

Tabla 32.	Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos para los diez acontecimientos adversos por medicación más frecuentes	79
Tabla 33.	Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los factores que contribuyen a la aparición de acontecimientos adversos por medicación	80
Tabla 34.	Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes acontecimientos adversos por medicación como prioritarios en el Delphi1	81
Tabla 35.	Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los acontecimientos adversos por medicación prioritarios	82
Tabla 36.	Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes tipos de pacientes entre los diez de mayor riesgo de sufrir un IRSP o EA	83/84
Tabla 37.	Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos para los diez pacientes de mayor riesgo de sufrir un IRSP o EA	85
Tabla 38.	Temporalidad utilizada para las encuestas	88
Tabla 39.	Tasas de respuesta por CCAA y centros participantes	91
Tabla 40.	Número de cuestionarios recibidos por comunidad autónoma	92
Tabla 41.	Perfil profesional de los encuestados	93
Tabla 42.	Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente según total de encuestados	94
Tabla 43.	Frecuencias agrupadas de aparición de IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente, según total de encuestados	96

Tabla 44.	Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente según el tipo de centro del que proceden las encuestas	97
Tabla 45.	Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente según el perfil profesional del encuestado	98/99
Tabla 46.	Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con el diagnóstico del paciente según total de encuestados	100
Tabla 47.	Frecuencias agrupadas de aparición de IRSP y EA relacionados con el diagnóstico del paciente según total de encuestados	102
Tabla 48.	Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con el diagnóstico del paciente según el tipo de centro del que proceden las encuestas	103
Tabla 49.	Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con el diagnóstico del paciente según el perfil profesional del encuestado	104
Tabla 50.	Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados los cuidados al paciente según el total de encuestados	106
Tabla 51.	Frecuencias agrupadas de aparición de IRSP y EA relacionados con los cuidados al paciente según total de encuestados	108
Tabla 52.	Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con los cuidados al paciente según el tipo de centro del que proceden las encuestas	109
Tabla 53.	Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con los cuidados al paciente según el perfil profesional del encuestado	110/111
Tabla 54.	Frecuencia de aparición de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria según el total de encuestados	112

Tabla 55. Frecuencias agrupadas de aparición de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria según el total de encuestados	114
Tabla 56. Frecuencia de aparición de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria según el tipo de centro del que proceden las encuestas	115
Tabla 57. Frecuencia de aparición de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria según el perfil profesional del encuestado	116
Tabla 58. Frecuencia de aparición de los errores de medicación según el total de encuestados	118
Tabla 59. Frecuencias agrupadas de aparición de los errores de medicación según el total de encuestados	120
Tabla 60. Frecuencia de aparición de los errores de medicación según el tipo de centro del que proceden las encuestas	121
Tabla 61. Frecuencia de aparición de los errores de medicación según el perfil profesional del encuestado	122/123
Tabla 62. Frecuencia de aparición de los acontecimientos adversos por medicación según el total de encuestados	125
Tabla 63. Frecuencias agrupadas de aparición de los acontecimientos adversos por medicación según el total de encuestados	127
Tabla 64. Frecuencia de aparición de los acontecimientos adversos por medicación según el tipo de centro del que proceden las encuestas	128/129
Tabla 65. Frecuencia de aparición de los acontecimientos adversos por medicación según el perfil profesional del encuestado	130/131
Tabla 66. Distribución de expertos por profesión	138
Tabla 67. Distribución de expertos por procedencia	139

Tabla 68.	Productividad y espontaneidad	140
Tabla 69.	Productividad de ideas sobre estrategias	158
Tabla 70.	Resultado de la votación de las estrategias del grupo “Mejorando la seguridad de los pacientes al ingreso”	172
Tabla 71.	Resultado de la votación de las estrategias del grupo “Mejorando los cuidados proporcionados al paciente”	173
Tabla 72.	Resultado de la votación de las estrategias del grupo “Reduciendo las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria”	174
Tabla 73.	Resultado de la votación de las estrategias del grupo “Mejorando la seguridad en el uso de la medicación”	175/176
Tabla 74.	Resultado de la votación de las estrategias del grupo “Mejorando la seguridad en el uso de la medicación”	177/178
Tabla 75.	Resultados de la votación de las estrategias del grupo 1 “Mejorando la seguridad de los pacientes al ingreso/reingreso” en el plenario	179
Tabla 76.	Resultados de la votación de las estrategias del grupo 2 “Mejorando los cuidados proporcionados al paciente” en el plenario	180
Tabla 77.	Resultados de la votación de las estrategias del grupo 3 “Reduciendo las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria” en el plenario	181
Tabla 78.	Resultados de la votación de las estrategias del grupo 4 “Mejorando la seguridad en el uso de la medicación” en el plenario	181/182
Tabla 79.	Listado de estrategias priorizadas según resultados de la votación realizada en el plenario	183
Tabla 80.	Número de profesionales sanitarios que trabajan en los centros sanitarios consultados de más de 100 plazas (media y desviación estándar)	186
Tabla 81.	Rasgos diferenciales de la atención sociosanitaria y atención hospitalaria convencional	188

Tabla 82. IRSP que ocurren en los CSS con una frecuencia superior a una vez al mes según más del 25% de los encuestados	191
Tabla 83. IRSP que ocurren en los HMLE con una frecuencia superior a una vez al mes según más del 25% de los encuestados	192
Tabla 84. IRSP que ocurren en los RSS con una frecuencia superior a una vez al mes según más del 25% de los encuestados	193
Tabla 85. Prevalencia de EA en hospital de crónicos	194
Tabla 86. IRSP que ocurren en los CSS con una frecuencia superior a una vez al mes según más del 25% de los médicos encuestados	195
Tabla 87. IRSP que ocurren en los CSS con una frecuencia superior a una vez al mes según más del 25% del personal de enfermería encuestado	196
Tabla 88. IRSP que ocurren en los CSS con una frecuencia superior a una vez al mes según más del 25% de los auxiliares de enfermería encuestados	196
Tabla 89. Orden establecido por los expertos en el Delphi 2 sobre los factores contribuyentes a la aparición de los IRSP y EA	198
Tabla 90. Estrategias priorizadas y nivel de implementación organizacional	199
Tabla 91. Eventos adversos en los estudios EARCAS, ENEAS, APEAS	201

Índice de figuras

Figura 1.	Etapas de la técnica Delphi	37
Figura 2.	Porcentaje de expertos que marcaron los siguientes factores contribuyentes a la aparición de IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente en el Delphi1	47
Figura 3.	Porcentaje de expertos que marcaron los siguientes factores contribuyentes a la aparición de IRSP y EA relacionados con el diagnóstico al paciente en el Delphi1	54
Figura 4.	Porcentaje de expertos que marcaron los siguientes factores contribuyentes a la aparición de IRSP y EA relacionados con los cuidados proporcionados al paciente en el Delphi1	61
Figura 5.	Porcentaje de expertos que marcaron los siguientes factores contribuyentes a la aparición de IRAS en el Delphi1	67
Figura 6.	Porcentaje de expertos que marcaron los siguientes factores contribuyentes a la aparición de errores de medicación en el Delphi1	73
Figura 7.	Porcentaje de expertos que marcaron los siguientes factores contribuyentes a la aparición de acontecimientos adversos por medicación en el Delphi1	80
Figura 8.	Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente según el total de encuestados	95
Figura 9.	Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con el diagnóstico del paciente según el total de encuestados	101
Figura 10.	Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con los cuidados al paciente según el total de los encuestados	107

Figura 11. Frecuencia de aparición las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria según el total de encuestados	113
Figura 12. Frecuencia de aparición de los errores de medicación según el total de los encuestados	119
Figura 13. Frecuencia de aparición de los acontecimientos adversos por medicación según el total de encuestados	126
Figura 14. Distribución de expertos por comunidades autónomas	138
Figura 15. Espina de pescado del grupo 1: “Mejorando la seguridad del paciente al ingreso”	154
Figura 16. Espina de pescado del grupo 2: “Mejorando los cuidados proporcionados al paciente”	155
Figura 17. Espina de pescado del grupo 3: “Reduciendo las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria”	156
Figura 18. Espina de pescado del grupo 4: “Mejorando la seguridad en el uso de la medicación”	157

1. Justificación

La misión de la atención sociosanitaria es cuidar a aquellos pacientes, generalmente crónicos, que por sus características especiales pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social¹.

Sin embargo, toda atención sanitaria –y la sociosanitaria no es una excepción– conlleva riesgos ligados a la misma. En este sentido, la Seguridad del Paciente se define como el conjunto de actuaciones orientadas a evitar, prevenir o minimizar el daño producido al paciente como resultado de los cuidados de salud prestados². Un incidente relacionado con la seguridad del paciente (IRSP) es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida. Cuando ese evento o circunstancia produce daño al paciente (enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte), decimos que se ha producido un evento adverso (EA)².

Conocer y analizar los IRSP supone una importante fuente de aprendizaje para los profesionales. Los EA representan, además, una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados y en cualquier nivel de asistencia (hospitalaria, primaria, urgencias...). Los factores que pueden contribuir a que se produzcan los IRSP son múltiples. Pueden señalarse como ejemplos los factores relacionados con características individuales de los profesionales, la formación, las formas de comunicación, la organización, el entorno de trabajo, los equipos y dispositivos que se utilizan, los procedimientos o incluso factores externos como las políticas legislativas^{2,3}. La interacción entre todos estos factores unidos a la creciente complejidad en el manejo de los pacientes, hace que aumente el riesgo de que se produzcan fallos en el sistema o errores humanos que provoquen un daño innecesario al paciente.

El impacto de los daños que la atención sanitaria puede provocar ha motivado que la Seguridad del Paciente se haya situado en el centro de todas las políticas sanitarias a nivel internacional, como un elemento clave en la mejora de la calidad asistencial. En España, la Estrategia 8 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud⁴, promovido por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud”, tiene entre sus objetivos promover la investigación en Seguridad del Paciente. La razón se halla en que las actuaciones para la mejora de las prácticas seguras necesitan basarse en el conocimiento cientí-

fico, además de que la participación de los profesionales en los proyectos de investigación ayuda a promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes.

En el ámbito sociosanitario, los problemas relacionados con la seguridad del paciente presentan cierta singularidad, ya que las propias características de los pacientes hacen difícil distinguir entre los daños ocasionados por la atención prestada y los derivados de la enfermedad del paciente y/o sus condiciones clínicas y que son conocidos como complicaciones del curso clínico o de la historia natural de la enfermedad.

Desde que en 1991 se publicaran los primeros estudios sobre incidencia de EA^{5,6}, se vienen realizando multitud de estudios fundamentalmente epidemiológicos que persiguen determinar la carga que suponen los EA y cuantificar y monitorizar los avances en su reducción y en seguridad.

A nivel nacional el estudio ENEAS⁷ (Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la hospitalización) y el estudio APEAS⁸ (Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria), ambos promovidos y financiados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, proporcionaron conocimiento sobre la magnitud y trascendencia de los eventos adversos en nuestro sistema sanitario.

Según los datos del estudio ENEAS, la incidencia de pacientes con EA relacionados directamente con la asistencia hospitalaria fue de 9,3%, pudiendo ser considerado evitable el 42,8% de los mismos. Los principales factores causales asociados a los EA fueron el uso de medicamentos, la infección nosocomial y los procedimientos.

Este estudio puso de manifiesto cómo el grado de vulnerabilidad de los pacientes es un factor decisivo en la aparición de EA ligados a la asistencia sanitaria, al haber podido medir los factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos del conjunto de los pacientes incluidos en el estudio - tuvieran o no EA- así como la edad de los mismos. De forma que según aumentan la edad y el número de factores de riesgo se incrementa la probabilidad de sufrir un EA:

- El 13,2% de los sujetos con presencia de algún factor de riesgo intrínseco desarrolló EA frente al 5,2% de los sujetos que no tenían factores de riesgo.
- El 9,5% de los sujetos con presencia de algún factor de riesgo extrínseco desarrolló EA frente al 3,4% de los sujetos que no tenían factores de riesgo.
- El 12,4% de los mayores de 65 años presentó un EA frente al 5,4% de los menores de esa edad.

Según los datos del Estudio APEAS, en el primer nivel asistencial la prevalencia de pacientes con algún EA es de 10,11% (IC95%: 9,48 - 10,74), de los cuales el 70% puede considerarse evitable. La mayoría de los EA están relacionados con el uso de medicamentos, con los cuidados y con la comunicación. La población atendida en primaria es fundamentalmente mayor de 65 años y con pluripatología, y por tanto presenta mayor riesgo de sufrir un EA. Si además tenemos en cuenta que el 60% de los fármacos son consumidos por pacientes mayores de 65 años⁹ no es de extrañar que el riesgo de sufrir un EA sea especialmente elevado en esta población.

Teniendo en cuenta las características mencionadas de los EA en la atención hospitalaria y primaria (ENEAS y APEAS) se consideró necesario realizar una aproximación en otro escenario asistencial de importancia creciente, el de las residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Entre las razones que sustentan esta necesidad podemos destacar las siguientes:

- El aumento de la esperanza de vida y por consiguiente, el incremento de población mayor de 65 años (un 16,84% de la población española en 2010)¹⁰, ha dado lugar al crecimiento simultáneo del número de personas con enfermedades crónicas o en situación de dependencia¹¹, lo que está modificando la utilización de los servicios sanitarios y sociales.
- La aprobación de la Ley de Dependencia, que hace que a día de hoy el número de personas beneficiarias de la atención en centros sociosanitarios supere las 105.000^{12,13}.
- La vulnerabilidad de la población institucionalizada: con pluripatología, polimedicación, diversos grados de dependencia, con alguna discapacidad intelectual o física y con variados factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos
- La variabilidad existente entre las comunidades autónomas para definir el concepto de centro sociosanitario, así como la diversidad de residencias y centros asistenciales que existen en nuestro país (públicos/privados/concertados, con/sin personal sanitario, para persona con autonomía/con diversos grados de dependencia...) ¹⁴.

Se consideran centros sociosanitarios aquellos centros en régimen de internado en los que se presta una atención sanitaria y social continuada, multidisciplinar, temporal o permanente, a pacientes que necesitan de unos cuidados sanitarios de larga duración, convalecencia o rehabilitación o cuidados a pacientes con algún tipo de dependencia¹¹. Dependiendo de su carácter temporal o permanente, del tipo y finalidad de asistencia que prestan y de la especialización de los profesionales que trabajan en ella, se pueden clasificar en hospitales de media/larga estancia y residencias sociosanitarias.

En España, el número de hospitales de media/larga estancia es 124 (85 privados y 39 públicos)¹⁵ y el número de residencias sociosanitarias es 5091 (1019 públicas y 4072 privadas)¹⁶ (tablas 1 y 2).

Tabla 1. Número y distribución de los hospitales de larga estancia			
CCAA	Total	Públicos	Privados
Andalucía	5	3	2
Aragón	4	3	1
Asturias	1	0	1
Baleares	3	3	0
Canarias	8	6	2
Cantabria	1	0	1
Castilla - La Mancha	2	1	1
Castilla y León	4	1	3
Cataluña	74	13	61
Com. Valenciana	4	4	0
Galicia	3	1	2
Madrid	5	2	3
Murcia	6	0	6
País Vasco	4	2	2
Total	124	39	85
Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social (Datos a 31 de diciembre de 2008)			

Tabla 2. Número y distribución de residencias sociosanitarias

CCAA	Total	Públicos	Privados
Andalucía	577	18	559
Aragón	301	76	225
Asturias	222	33	189
Baleares	44	20	24
Canarias	164	47	117
Cantabria	51	4	47
Castilla y León	620	153	467
Castilla - La Mancha	302	100	202
Cataluña	1255	167	1077
Com. Valenciana	332	60	272
Extremadura	201	133	68
Galicia	167	38	126
Madrid	458	60	398
Murcia	50	11	39
Navarra	73	22	51
País Vasco	243	65	178
Rioja	29	10	19
Ceuta	3	1	2
Melilla	2	1	1
Total	5091	1019	4072

Fuente: IMSERSO (Datos de Enero del 2008)

Los estudios epidemiológicos de EA persiguen determinar la magnitud y distribución de los riesgos clínicos relacionados con la atención sanitaria y monitorizar, en algunos de ellos, los avances en seguridad y en la reducción de EA. Sin embargo, su realización es costosa y requiere una definición precisa de la población a estudiar y de los eventos a investigar. Por otra parte, no siempre son útiles para detectar necesidades, analizar prioridades, diseñar estrategias, elaborar previsiones, afrontar problemas en materia de salud y administración sanitaria o tomar decisiones informadas^{17,18}.

La escasez de datos previos sobre IRSP y EA, unida a la indefinición tanto en el concepto “centro sociosanitario” como en su categorización, condiciona que sea inabordable un estudio epidemiológico. Esta es la razón por la que se planteó un estudio cualitativo exploratorio que permitiera, por un lado, llegar a acuerdos sobre estas cuestiones entre un grupo de expertos^{19,20} y por otro, estimar la frecuencia y distribución de los EA, contribuir a comprender sus causas, analizar los factores que contribuyen a su aparición e identificar soluciones efectivas para evitarlos y lograr una atención más segura. En definitiva, un estudio encaminado a saber lo que está ocurriendo en relación con la seguridad del paciente en el entorno sociosanitario como primer paso para poder mejorarla y en la línea de la meta señalada por la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente: “Mayor conocimiento y mejor uso, para una atención más segura”²¹.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Explorar la cultura de la seguridad y la magnitud y trascendencia de los IRSP y los EA en residencias y centros asistenciales sociosanitarios de España.

2.2. Objetivos secundarios

- Explorar los rasgos de la cultura de la seguridad en los centros que prestan atención sociosanitaria.
- Determinar los riesgos más relevantes relacionados con la asistencia sanitaria en el entorno de estos centros:
 - Estimar cuáles son los incidentes y eventos adversos más comunes.
 - Identificar cuáles son los factores contribuyentes.
 - Detectar cuáles son las barreras para la seguridad del paciente.
- Determinar las actuaciones prioritarias de cara a lograr una atención sociosanitaria más segura.
- Facilitar el desarrollo de estrategias efectivas y sostenibles de prevención de eventos adversos y mejora de la seguridad del paciente en los centros sociosanitarios.

3. Metodología

3.1. Ámbito de estudio

Centros que prestan atención sociosanitaria en España y profesionales que trabajen en ellos, tanto en hospitales de media y larga estancia (HMLE) como en residencias sociosanitarias (RSS).

3.2. Tipo de estudio

Estudio cualitativo en tres fases, cada una con objetivos y metodologías complementarias.

- Fase 1. Delphi
- Fase 2. Encuestas
- Fase 3. Metaplan

3.3. Aspectos éticos

En todo momento el equipo investigador se comprometió a cumplir las normas de buena práctica investigadora y garantizar los principios de anonimidad y confidencialidad de la información correspondiente a cada experto participante en el estudio.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica de Aragón el 10 de septiembre de 2010. (Anexo 1)

4. Fase 1. Delphi

4.1. Objetivos

4.1.1. Objetivo general

Realizar una primera aproximación al estudio de la magnitud, trascendencia clínica, económica y social de los IRSP y EA en los centros sociosanitarios.

4.1.2. Objetivos específicos

- Explorar los rasgos de la **cultura de la seguridad** en los centros que prestan atención sociosanitaria en España.
- Determinar los riesgos más relevantes relacionados con la asistencia sanitaria en el entorno de estos centros:
 - Estimar cuáles son los **IRSP y EA** más comunes.
 - Identificar cuáles son los **factores contribuyentes**.
 - Detectar cuáles son las **barreras** para la seguridad del paciente.
- Determinar las **actuaciones** prioritarias de cara a lograr una atención sociosanitaria más segura.

4.2. Metodología

4.2.1. Diseño de la primera fase del estudio

La primera fase del estudio se llevó a cabo utilizando la técnica de consenso Delphi. La elección del método se justifica por la inexistencia de información previa disponible sobre el tema y considerarse necesaria la opinión de personas expertas, con conocimientos y experiencia contrastada.¹⁹

4.2.2. Elaboración del primer cuestionario y carta de presentación

Para la elaboración del cuestionario se utilizaron definiciones ampliamente consensuadas en relación con los centros sociosanitarios^{11,22,23} y la seguridad del paciente^{2,3,24,25,26}, y como base de los incidentes y eventos adversos de los diferentes bloques los identificados en los estudios ENEAS⁷, APEAS⁸ y los errores de medicación propuestos por el grupo de trabajo Ruiz-Jarabo 2000²⁷.

El primer cuestionario Delphi constaba de 48 preguntas distribuidas en 6 bloques, tal y como puede apreciarse en el Anexo 6.

- Definición de centro sociosanitario
- Problemas relacionados con la seguridad del paciente en centros sociosanitarios (definición, incidentes y eventos, factores contribuyentes y actuaciones prioritarias). Este bloque a su vez contaba con 7 apartados:
 - Incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente
 - Incidentes y eventos adversos relacionados con la valoración general del paciente al ingreso/reingreso
 - Incidentes y eventos adversos relacionados con el diagnóstico
 - Incidentes y eventos adversos relacionados con los cuidados
 - Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
 - Errores de medicación
 - Acontecimientos adversos por medicación
- Pacientes y eventos adversos
- Cuestiones relacionadas con la seguridad
- Datos del experto
- Datos del centro de trabajo

La carta de presentación que precedía al cuestionario informaba convenientemente a los participantes sobre la fase del estudio: antecedentes, objetivos, trabajo a desarrollar, cronograma, compromiso del equipo investigador, resultados esperados y usos potenciales y la recompensa prevista -informe final y colaboración con el estudio (anexo 7). Además se facilitaban unas instrucciones para la correcta cumplimentación, así como un glosario de los términos utilizados en el cuestionario (anexo 6).

4.2.3. Selección de participantes

Se consideraron expertos aquellas personas que llevaran más de tres años desempeñando su actividad profesional en centros sociosanitarios, tanto en puestos directivos como de atención directa al paciente y que mostraran su voluntad de participar. Estos se seleccionaron mediante un muestreo por conveniencia siguiendo el siguiente proceso:

1- Elaboración de un listado de centros sociosanitarios por CCAA susceptibles de ser seleccionados para participar (Población de referencia)

Se incluyeron todos los hospitales de media/larga estancia y todas las residencias autonómicas de más de 100 plazas, para ello se utilizaron como fuentes las bases de datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad²⁸ y del IMSERSO²⁹.

2- Presentación del estudio a los referentes autonómicos del Comité Técnico Asesor de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud y solicitud de colaboración para la identificación de centros participantes y expertos de los mismos

El objetivo de este contacto fue dar las instrucciones necesarias para llevar a cabo la adecuada selección de participantes, proporcionar el listado inicial de centros susceptibles de selección (tabla 3), sugerir el número de centros a participar por CCAA y resolver las posibles dudas surgidas al respecto. Se estimó que la muestra necesaria para conseguir nuestros objetivos debería ser, como mínimo, de 70-80 participantes (anexos 2, 3 y 4).

El profesional de cada centro fue seleccionado en función de sus conocimientos, competencia, experiencia profesional y dedicación en su centro, así como por su disposición e interés en participar. También fueron incorporados a la muestra algunos centros no incluidos en el listado inicial, por petición expresa de los referentes autonómicos, en razón del tipo de pacientes atendidos, dependencia funcional o patrimonial, implicación en estudios autonómicos o interés de la CCAA, y previa valoración de su idoneidad para los objetivos del estudio por parte del equipo investigador.

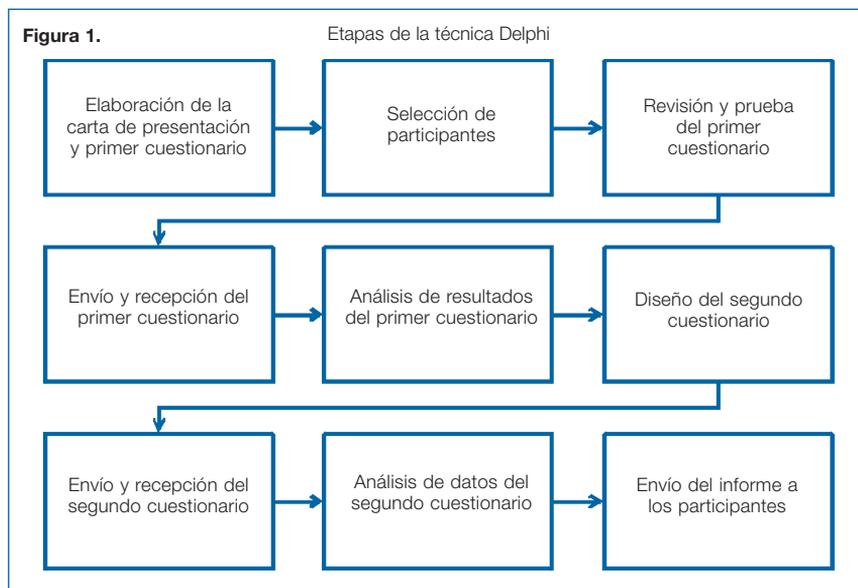
3- Envío al grupo investigador de los expertos participantes por CCAA y confección del panel de expertos.

Los datos solicitados fueron: nombre y apellidos del profesional que iba a participar en el Delphi (un solo profesional por centro), teléfono de contacto, dirección de correo electrónico y nombre del centro donde desempeñaba su trabajo. El panel de expertos finalmente seleccionados, se resume en la tabla 3 y se detalla en el anexo 5.

Tabla 3. Número de centros por CCAA susceptibles de ser seleccionados y finalmente participantes		
CCAA	Susceptibles	Participantes
Andalucía	16	11
Aragón	12	5
Baleares	3	1
Canarias	9	3
Cantabria	3	1
Castilla - La Mancha	25	8
Castilla y León	20	8
Cataluña	84	15
Com. Valenciana	19	6
Extremadura	6	4
Galicia	17	6
Madrid	35	15
Murcia	9	2
Navarra	4	1
País Vasco	5	2
Rioja	4	1
Ceuta/Melilla	0	0
Total	279	97
Susceptibles. Centros incluidos en las bases de datos del MSPSI e IMSERSO		
Participantes: Centros finalmente incluidos en el estudio		

4.2.4. Desarrollo de la técnica Delphi

Las etapas de la técnica Delphi se representan en la figura 1:



1- Revisión y prueba del primer cuestionario

La revisión se realizó con 5 profesionales sanitarios familiarizados con el estudio y 5 profesionales del ámbito sociosanitario. El objetivo fue identificar preguntas de difícil comprensión, comprobar la facilidad en la cumplimentación del cuestionario y mejorar el formato. Tras las sugerencias propuestas se realizaron modificaciones oportunas.

2- Envío de carta de presentación y primer cuestionario

El plazo facilitado para la realización y reenvío del cuestionario cumplimentado fue de una semana, pudiéndose realizar el envío por correo electrónico a una dirección creada para el estudio, o correo postal.

3- Recepción del primer cuestionario y recordatorios

El número de recordatorios que se estableció para el envío del cuestionario fue de tres correos y dos llamadas telefónicas.

4- Análisis de resultados del primer cuestionario

El procedimiento para el análisis de la información del primer cuestionario Delphi es diferente según el tipo de pregunta y las posibilidades de respuesta. Las preguntas cerradas con respuestas categorizadas se analizaron en forma de distribución de frecuencias y si las respuestas tenían carácter numérico (cuantitativas) con su media y su desviación estándar. Las preguntas abiertas se analizaron desde un punto de vista cualitativo, sintetizando los elementos comunes y esenciales.

5- Elaboración del informe sobre el primer cuestionario Delphi

El informe se remitió, además de a los expertos consultados, a la Agencia de Calidad del SNS, a los miembros del Comité Técnico Asesor de Seguridad del Paciente, a los directores/gerentes de los centros y a personas del ámbito de lo social identificadas por los referentes autonómicos de Seguridad del Paciente que lo solicitaron expresamente.

6- Diseño del segundo cuestionario

El segundo cuestionario tenía por objetivo matizar las respuestas proporcionadas en el primero, mostrando el grado de acuerdo o desacuerdo con las distintas cuestiones planteadas, o proponiendo nuevos órdenes de frecuencia. También se plantearon a los participantes varias preguntas abiertas a fin de obtener opiniones y comentarios sobre algunos resultados. El cuestionario constaba de 57 preguntas distribuidas en 11 bloques (anexo 8):

- Cuestiones relacionadas con la Seguridad del Paciente
- Definiciones sobre centros sociosanitarios
- Definición de problemas relacionados con la Seguridad del Paciente
- Incidentes y eventos adversos relacionados con la valoración del paciente al ingreso/reingreso
- Incidentes y eventos adversos relacionados con el diagnóstico del paciente
- Incidentes y eventos adversos relacionados con los cuidados proporcionados
- Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
- Errores de medicación
- Acontecimientos adversos por medicación
- Pacientes y eventos adversos
- Otros

Al igual que en la primera fase, el cuestionario se acompañó de su correspondiente carta de presentación (anexo 9).

7- Envío y recepción del segundo cuestionario y recordatorios

El plazo proporcionado para la realización y reenvío del segundo cuestionario fue también de una semana, por el mismo cauce que el primer cuestionario. El número establecido de recordatorios fue hasta un máximo de 3 correos dirigidos hacia los expertos participantes y en algún caso a los directores/gerentes de los centros.

8- Análisis de datos del segundo cuestionario

Al igual que en el primero, el procedimiento de análisis se realizó de forma diferente según el tipo de pregunta y la posibilidad de respuesta;

- Las preguntas cerradas con respuestas categóricas, se analizaron mediante distribución de frecuencias.
- Las respuestas cuantitativas referidas a valores numéricos con su media y su desviación estándar.
- Las cuantitativas referidas al establecimiento de un orden en las respuestas con su mediana e intervalos intercuartílico.
- Las preguntas abiertas se valoraron desde un punto de vista cualitativo, sintetizando los elementos comunes y esenciales.

9- Elaboración del documento de consenso

El documento de consenso tenía por finalidad utilizarse como marco de referencia para la última fase el estudio (Metaplan) e incluía las siguientes cuestiones:

- Objetivo del estudio
- Metodología
- Resultados
- Concepto de seguridad del paciente en las residencias y centros asistenciales de media y larga estancia
- Propuesta de definición de incidentes relacionados con la seguridad del paciente y eventos adversos
- Listado de eventos adversos e incidentes más comunes que se producen en este ámbito.
- Listado de factores contribuyentes que intervienen en su aparición.

- Listado de eventos adversos e incidentes prioritarios para lograr una atención sociosanitaria más segura.

Acompañado de una carta de agradecimiento y de un certificado de participación, se envió a todos los expertos participantes en esta fase del estudio.

4.3. Resultados

4.3.1. Tasa de respuesta

El número de expertos que aceptaron participar en el Delphi fue de 97 (tabla 4). Todas las comunidades autónomas estuvieron representadas. A todos ellos se les envió el cuestionario por correo electrónico. Además participaron en el Delphi dos expertos relacionados con la organización de los servicios sociosanitarios en los gobiernos autonómicos, si bien sus respuestas no se han contabilizado con las del resto de panelistas por no trabajar en un centro sociosanitario a pesar de tener relación directa con ellos. De los 97 panelistas, un 90,7% cumplimentó el primer cuestionario y los que no contestaron se excusaron por falta de tiempo.

El primer cuestionario Delphi se envió entre el 8 de junio y 15 de septiembre del 2010, siendo recepcionado el primero el día 9 de junio y el último el 24 de septiembre del 2010. El cronograma de trabajo para esta fase del estudio se presenta en la tabla 5.

La calidad de la cumplimentación de los cuestionarios fue buena, a pesar de su extensión y complejidad. Sólo un experto dejó el cuestionario incompleto debiéndose finalmente excluir sus aportaciones.

El segundo cuestionario Delphi fue enviado a todos los panelistas el día 7 de diciembre del 2010, recibiendo cumplimentados entre el 9 de diciembre de 2010 y el 14 de febrero de 2011. La tasa de respuesta fue de un 85,2%, considerándose todos válidos (tabla 4).

Tabla 4. Tasas de respuesta en el primer y segundo cuestionario

CCAA	Delphi 1			Delphi 2		
	Env.	Cont.	Tasa / Resp. %	Env.	Cont.	Tasa / Resp. %
Andalucía	11	8	72,7	8	7	87,5
Aragón	5	5	100,0	5	5	100,0
Asturias	8	8	100,0	8	7	87,5
Baleares	1	1	100,0	1	1	100,0
Canarias	3	2	66,7	2	2	100,0
Cantabria	1	1	100,0	1	1	100,0
Castilla - La Mancha	8	7	87,5	7	5	71,4
Castilla y León	8	8	100,0	8	7	71,4
Cataluña	15	13	86,7	13	11	84,6
Com. Valenciana	6	6	100,0	6	6	100,0
Extremadura	4	4	100,0	4	3	75,0
Galicia	6	5	83,3	5	4	80,0
Madrid	15	14	93,3	14	10	71,4
Murcia	2	2	100,0	2	2	100,0
Navarra	1	1	100,0	1	1	100,0
País Vasco	2	2	100,0	2	2	100,0
Rioja	1	1	100,0	1	1	100,0
Total	97	88	90,7	88	75	85,2

Env: Cuestionarios enviados

Cont: Cuestionarios contestados

Tasa resp: Tasa de respuesta

Tabla 5. Cronograma de trabajo de las principales etapas de la primera fase

	2010								2011		
	May	Jun	Jul	Ag	Sep	Oct	Nv	Dic	En	Feb	Mar
Selección de participantes											
Envío y recepción del primer cuestionario											
Análisis del primer cuestionario											
Envío y recepción del segundo cuestionario											
Análisis del segundo cuestionario											
Elaboración de documento consenso											

4.3.2. Características del panel de expertos

El 60,2% de los expertos que cumplimentaron el primer cuestionario Delphi eran mujeres, con una edad media de los participantes de 44,4 años (DE: 7,9). El perfil del experto consultado era el de un profesional de la medicina (43,2%) o la enfermería (19,3%) que trabaja de 25 a 40 horas semanales en un centro sociosanitario (71,6%) y en contacto directo con los pacientes la mayor parte de su jornada laboral (62,5%).

La mayoría trabajaba en un centro sociosanitario público (64,8%), generalmente una residencia (62,8%), con un número de camas superior a las 150 (53,4%) y con un índice de ocupación superior al 75% de su capacidad (96,6%). El 87,5% de los centros presentaba una población de pacientes mayores de 65 años superior al 75%, y en el 81,9% de los centros el índice de mayores de 80 años era superior al 50%.

El número de profesionales sanitarios por centro es muy variable: médicos 6,2 (DE: 12,3), enfermeros 20,4 (DE: 23,0) y 60,9 auxiliares (DE: 40,6). En alguno de los centros también trabajaba en menor número, de 1-3 por centro, otros profesionales como fisioterapeutas, trabajadores sociales, terapeutas, rehabilitadores, psicólogos, psiquiatras, farmacéuticos, logopedas, animadores socioculturales...

4.3.3. Conocimientos y actitudes sobre seguridad del paciente

En referencia a cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y los EA, el 92% de los expertos contestó que había escuchado o leído algo sobre el tema con anterioridad y valoraron su nivel de conocimientos con una puntuación media de 6,6 (DE: 1,5) sobre 10. Sobre sus centros de trabajo, contestaron que casi nunca (21,6%) o a veces (55,7%) se realizaban sesiones de formación relacionadas con la seguridad del paciente, aunque sí surgían a veces (40,9%) o casi siempre (40,9%), en las sesiones clínicas, comisiones..., problemas relacionados con la seguridad del paciente.

El 95,5% de los participantes afirmó disponer de un sistema de registro, vigilancia o control de problemas relacionados con la seguridad en su centro. La mayoría de los expertos señalaron que los sistemas se centran preferentemente en las caídas (89,8%), seguidos de las úlceras por presión (33,0%), los errores de medicación (25,0%) y las infecciones (18,2%).

4.3.4. Definición de centros sociosanitarios

Sobre la definición de centro sociosanitario, el 80,7% de los expertos consultados se muestran de acuerdo o muy de acuerdo con la definición de centro sociosanitario proporcionada en el cuestionario.

El 76,5% de los expertos que trabajan en hospitales de media/larga estancia se manifestó de acuerdo o muy de acuerdo con la definición de hospital de media/larga estancia, aunque algunos expertos han expresado su disconformidad con respecto a esta definición. Los argumentos aportados en tal sentido fueron los siguientes “...no siempre se tratan de procesos crónicos, en ocasiones son procesos agudos que precisan larga hospitalización hasta recuperación”, “...se debe ampliar la definición a cuidados paliativos”, “...requieren cuidados médicos o de enfermería especializados”, “...es para pacientes que precisan atención hospitalaria y no para aquellos que no pueden atenderse en su domicilio”, “...las estancias siempre son de carácter temporal” o que “El término larga estancia tiende a desaparecer,...la denominación más ajustada es la de hospital de convalecencia”

El 79,8% de los expertos que trabajan en residencias sociosanitarias declaran sentirse de acuerdo o muy de acuerdo con la definición de residencia sociosanitaria.

4.3.5. Definición de problemas relacionados con la seguridad del paciente

En el primer cuestionario, un 95% de los expertos consultados manifestó que las definiciones de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, eventos adversos e incidentes sin daño facilitadas por la OMS en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, se adaptan a su medio. Un 98,7% de los panelistas confirmó su acuerdo en la segunda vuelta.

4.3.6. Incidentes y eventos adversos relacionados con la valoración inicial del paciente

Se consideró incidente o evento adverso relacionado con la valoración inicial del paciente aquel suceso o circunstancia que produce o puede producir daño innecesario al paciente y que se deriva del reconocimiento o valoración por parte de un profesional al ingreso del paciente por primera vez en el centro sociosanitario o al ingresar después de permanecer un periodo de tiempo fuera del centro, ya sea en otro centro hospitalario o residencia, o en el domicilio familiar.

En el Delphi1, el 73,9% de los expertos señalaron los fallos en la valoración física de la dependencia y el no establecimiento de un plan de cuidados particular para el paciente, entre los cinco incidentes o eventos adversos relacionados con la valoración inicial del paciente que se producían con mayor frecuencia en su centro sociosanitario. A éstos les seguían la falta de actualización de los datos en la historia con un 64,8%, y los fallos en la revisión de la medicación con un 54,5% (tabla 6). En el Delphi2, ante la pregunta de si estaban de acuerdo con el orden propuesto el 54,7% de los expertos confirmó su acuerdo. Las medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden se presentan en la tabla 7.

Tabla 6. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente entre los cinco más frecuentes en el Delphi1

Incidentes y eventos adversos más frecuentes	n	%
Fallo en la valoración física de la dependencia: deambulación, higiene personal, alimentación, eliminación	65	73,9
No establecer necesidades particulares del paciente. Plan de cuidados del paciente	65	73,9
No actualización de datos en la historia	57	64,8
Fallo en la revisión de la medicación del paciente	48	54,5
Fallo en la valoración mental: escalas	39	44,3
Fallo en la valoración clínica del paciente: identificación de diagnósticos médicos, patología de base	35	39,8
Fallo en la valoración social	21	23,9
Deficiente valoración del estado del enfermo por prestar poca atención a las notas de la historia clínica	18	20,5
Fallo en la valoración física	17	19,3
Error en la identificación del paciente	14	15,9
Otros	4	4,5
Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88		

Tabla 7. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos para los 10 IRSP y EA más frecuentes relacionados con la valoración inicial del paciente

Incidentes y eventos adversos más frecuentes	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Fallo en la valoración física de la dependencia: deambulación, higiene personal, alimentación, eliminación	1	1	1	1
No establecer necesidades particulares del paciente (Plan de cuidados del paciente)	2	2	2	3
No actualización de datos en la historia	3	3	3	4
Fallo en la revisión de la medicación del paciente	4	4	4	4
Fallo en la valoración mental: utilización de escalas	5	5	5	5
Fallo en la valoración clínica del paciente: identificación de diagnósticos médicos, patología de base	6	6	6	6
Fallo en la valoración social	7	7	7	7
Deficiente valoración del estado del enfermo por prestar poca atención a las notas de la historia clínica	8	8	8	8
Fallo en la valoración física	9	9	7,5	9
Error en la identificación del paciente	10	10	10	10
Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75				

Los factores que más contribuían a la aparición de estos incidentes o eventos según el 43% de los expertos eran los relacionados con los pacientes “...la situación cambiante de los aspectos funcionales y de salud”, seguidos de los problemas de comunicación, según el 42% de los expertos y de los individuales por parte de los profesionales, según el 33,6% de los expertos, tal y como se aprecia en la figura 2. Este orden fue ratificado en el Delphi2 por el 52% de los expertos. Las medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden se representan en la tabla 8.

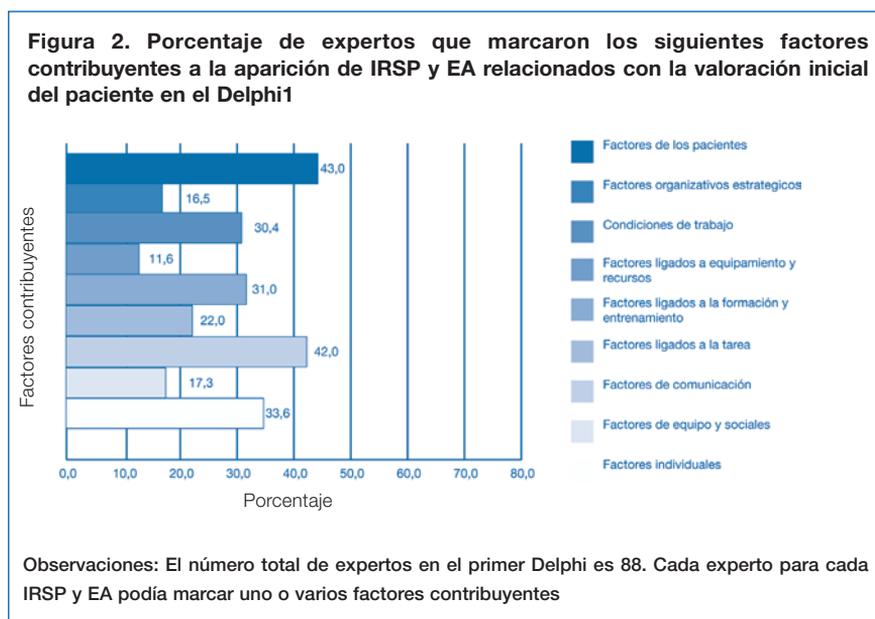


Tabla 8. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los factores que contribuyen a la aparición de IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente

Factores contribuyentes	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Factores de los pacientes	1	1	1	1
Factores de comunicación	2	2	2	2
Factores individuales	3	3	3	3,5
Factores ligados a la formación y entrenamiento	4	4	4	5
Condiciones de trabajo	5	5	5	5
Factores ligados a la tarea	6	6	6	6
Factores de equipo y sociales	7	7	7	7
Factores organizativos y estratégicos	8	8	8	8
Factores ligados a equipamiento y recursos	9	9	9	9
Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75				

Algunos de los expertos, al referirse a los factores relacionados con la comunicación, hicieron referencia explícita al hecho de que “los informes clínicos que presentados al ingreso en el centro son, en ocasiones, inexactos, difíciles de entender o no coincidentes con la realidad o lo que relata la familia”, que “al ingresar, en algunos casos la ultima valoración data de fechas que han supuesto cambios no registrados y por tanto perfiles de dependencia y objetivos terapéuticos diferentes”, o que “con frecuencia las familias desconocen los antecedentes, estado actual o necesidades de los pacientes con deterioro cognitivo”.

Los incidentes o eventos adversos señalados como prioritarios para emprender programas o actuaciones orientadas a su prevención, considerando la frecuencia, gravedad y posibilidades de actuación, fueron: el establecimiento de las necesidades particulares del paciente (plan de cuidados) para el 22,7% de los expertos consultados, seguido de los fallos en la revisión de la medicación del paciente y la no actualización de la historia clínica, según el 12,5% y el 9,1% de los encuestados respectivamente (tabla 9). El 80% de los expertos consultados en el segundo Delphi se mostró de acuerdo con el orden establecido. Las medianas y los intervalos intercuartílicos se presentan en la tabla 10.

Tabla 9. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente como prioritarios en el Delphi1

Incidentes y eventos adversos prioritarios	n	%
No establecer necesidades particulares del paciente. Plan de cuidados del paciente	20	22,7
Fallo en la revisión de la medicación del paciente	11	12,5
No actualización de datos en la historia	8	9,1
Fallo en la valoración física de la dependencia: deambulación, higiene personal, alimentación, eliminación	7	8,0
Fallo en la valoración clínica del paciente: identificación de diagnósticos médicos, patología de base	4	4,5
Error en la identificación del paciente	3	3,4
Deficiente valoración del estado del enfermo por prestar poca atención a las notas de la historia clínica	2	2,3
Fallo en la valoración física	1	1,1

Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88

Tabla 10. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los IRSP y EA prioritarios relacionados con la valoración inicial del paciente

Incidentes y eventos adversos prioritarios	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
No establecer necesidades particulares del paciente. Plan de cuidados del paciente	1	1	1	1
Fallo en la revisión de la medicación del paciente	2	2	2	2
No actualización de datos en la historia	2	2	2	2

Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75

Entre las actuaciones orientadas a la prevención de estos incidentes o eventos aportadas por los expertos, se destacaron las siguientes:

- Obtener información previa de los pacientes actualizada, adecuada, completa, suficiente, veraz,... por parte de los pacientes-familias-atención primaria-hospital
- Proporcionar información previa a los pacientes-familias sobre objetivos, organización, funcionamiento y limitaciones del centro
- Elaborar protocolos/planes de actuación internos para la valoración inicial del paciente/reingreso
- Realizar las valoraciones, los planes de cuidados, las revisiones, toma de decisiones en equipo (potenciar trabajo en equipo): médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, auxiliares, dirección,...
- Desarrollar el papel de enfermería en la gestión y asunción de responsabilidad de los cuidados y no sólo como ejecutora de órdenes médicas
- Revisión de resultados del plan de cuidados, de la medicación y de la historia clínica de forma periódica
- Potenciar la comunicación entre Atención Primaria-Hospitalaria-Residencias, Paciente-Familia-Profesionales y Médicos-Enfermeras-....
- Historias clínicas compartidas con el sistema sanitario público o mejorar el acceso a las historias clínicas o a los datos de los pacientes.
- Formación de profesionales y profesionalización del sector
- Revisión de la medicación por parte de un farmacéutico (farmacia hospitalaria/primaria)
- Informatización de la medicación y de las órdenes medicas
- Aumentar el número de profesionales o el tiempo dedicado a realizarlo

4.3.7. Incidentes y eventos adversos relacionados con el diagnóstico del paciente

Se considera incidente o evento adverso relacionado con el diagnóstico del paciente aquel suceso o circunstancia que produce o puede producir daño innecesario al paciente y que se deriva del reconocimiento, valoración o control habitual de la enfermedad y problemas de salud del paciente, o de la detección de síntomas o signos de nueva aparición o de alerta.

En el primer cuestionario Delphi, el 55,7% de los expertos señaló los retrasos en el diagnóstico entre los cinco incidentes o eventos adversos relacionados con el reconocimiento, valoración o control habitual de la enfermedad que con mayor frecuencia se producen en su centro sociosanitario. Los

siguientes según el 50,0% y 44,3% respectivamente, son el empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad y la no detección de cambios en el estado de ánimo del paciente (tabla 11). En el segundo Delphi el orden establecido de frecuencia de los eventos adversos fue corroborado por el 54,7% de los expertos. Las medianas e intervalos intercuartílicos del orden propuesto en el segundo Delphi se representan en la tabla 12.

Tabla 11. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes IRSP y EA relacionados con el diagnóstico al paciente entre los cinco más frecuentes en el Delphi 1

Incidentes y eventos adversos más frecuentes	n	%
Retraso en el diagnóstico	49	55,7
Empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base	44	50,0
No detección de cambios en el estado de ánimo: tristeza, apatía, pérdida de interés, ansiedad	39	44,3
No detección de cambios en el estado habitual	28	31,8
No detección de deterioro de capacidad cognitiva: desorientación, confusión, pérdida de memoria, delirios, torpeza, aturdimiento	27	30,7
Agravamiento de enfermedades pulmonares: ahogo, dificultad para respirar, pitos, sibilancias, bronquitis, flemas, tos...	21	23,9
No detección de cambios de peso	19	21,6
No detección de pérdida de audición	18	20,5
No detección de cambios en el patrón de continencia: fecal o urinaria, estreñimiento, diarreas	17	19,3
No detección de pérdida de fuerza, resistencia o debilidad muscular	16	18,2
Control inadecuado del dolor e inflamación	16	18,2
No detección de pérdida de visión: ceguera, cataratas, glaucoma	14	15,9
Mal control de la glucemia: hipoglucemia/hiperglucemia	14	15,9
Error en el diagnóstico	13	14,8
No detección de síntomas de anemia	13	14,8
No detección de alteraciones en el ciclo del sueño: insomnio, somnolencia excesiva	12	13,6
No detección de un déficit de autocuidado: higiene, vestido, calzado, uso del WC	12	13,6
Demora peligrosa en la atención en urgencias	11	12,5
No detección de cambios en la piel: deshidratación, enrojecimiento, heridas, escaras, úlceras, uñas en mal estado	11	12,5
No detección de cambios en la temperatura corporal	8	9,1
Mal control de la función renal, hepática, hematológica	8	9,1
No detección de cambios en la piel: deshidratación, enrojecimiento, heridas, escaras, úlceras, uñas en mal estado	8	9,1

Tabla 11. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes IRSP y EA relacionados con el diagnóstico al paciente entre los cinco más frecuentes en el Delphi1 “(Cont.)”.

Incidentes y eventos adversos más frecuentes	n	%
Mal control de la tensión: hipotensión, hipertensión, síncope	7	8,0
Mal control del tiroides: hipotiroidismo /hipertiroidismo	4	4,5
Otros	4	4,5
No detección de incoherencia al hablar	0	0,0
Convulsiones	0	0,0
Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88		

Tabla 12. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos para los 10 IRSP y EA más frecuentes relacionados con el diagnóstico al paciente

Incidentes y eventos adversos más frecuentes	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Retraso en el diagnóstico	1	1	1	1
Empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base	2	2	2	2
No detección de cambios en el estado de ánimo: tristeza, apatía, pérdida de interés, ansiedad	3	3	3	3
No detección de cambios en el estado habitual	4	4	4	4
No detección de deterioro de capacidad cognitiva: desorientación, confusión, pérdida de memoria, delirios, torpeza, aturdimiento	5	5	5	5
Agravamiento de enfermedades pulmonares: ahogo, dificultad para respirar, pitos, sibilancias, bronquitis, flemas, tos...	6	6	6	6
No detección de cambios de peso	7	7	7	7
No detección de pérdida de audición	8	8	8	8

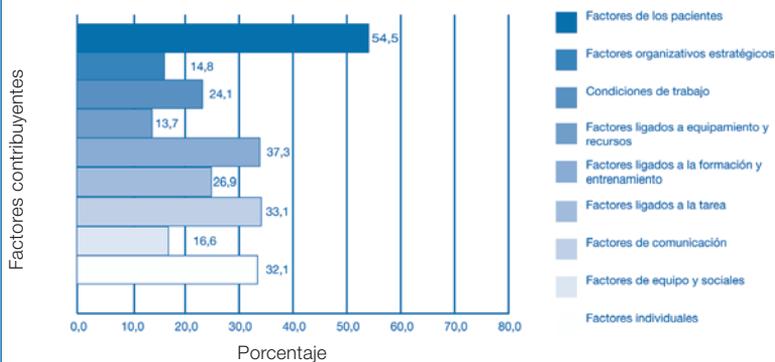
Tabla 12. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos para los 10 IRSP y EA más frecuentes relacionados con el diagnóstico al paciente “(Cont.)”.

Incidentes y eventos adversos más frecuentes	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
No detección de cambios en el patrón de continencia: fecal o urinaria, estreñimiento, diarreas	9	9	9	9
Control inadecuado del dolor e inflamación	10	10	10	10

Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 75

Los factores que más contribuyen a la aparición de estos incidentes o eventos vuelven a ser los relativos al paciente, según el 54,5% de los expertos consultados en el primer Delphi, seguidos de factores ligados a la formación y entrenamiento de los profesionales según el 37,3% de los encuestados y de los problemas de comunicación, según el 33,1%, como puede apreciarse en la figura 3. El orden establecido en el primer Delphi fue corroborado en el segundo por el 68% de los panelistas. Las medianas e intervalos intercuartílicos para el orden establecido en el segundo Delphi se muestran en la tabla 13.

Figura 3. Porcentaje de expertos que marcaron los siguientes factores contribuyentes a la aparición de IRSP y EA relacionados con el diagnóstico al paciente en el Delphi1



Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88. Cada experto para cada IRSP y EA podía marcar uno o varios factores contribuyentes

Tabla 13. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los factores que contribuyen a la aparición de IRSP y EA relacionados con el diagnóstico al paciente

Factores contribuyentes	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Factores de los pacientes	1	1	1	1
Factores ligados a la formación y entrenamiento	2	2	2	2
Factores de comunicación	3	3	3	3
Factores individuales	4	4	4	4
Factores ligados a la tarea	5	5	5	5
Condiciones de trabajo	6	6	6	6
Factores de equipo y sociales	7	7	7	7
Factores organizativos y estratégicos	8	8	8	8
Factores ligados a equipamiento y recursos	9	9	9	9

Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75

Algunos expertos comentaron, al referirse a los factores contribuyentes relacionados con el paciente, que “...en los pacientes con demencia es muy difícil la detección de ciertos déficit por no manifestación subjetiva debida a la propia enfermedad” o “...a la falta de colaboración en los pacientes con deterioro cognitivo”. También manifestaron que “...existe mucha dificultad teniendo en cuenta las características y comorbilidades existentes en los pacientes”. Con respecto a los relacionados con la formación destacan la importancia de “...tener registros y escalas de valoración y formar en el uso de éstas a los profesionales” o en el hecho de que “...la falta de conocimientos y experiencia, lleva a pensar que es el proceso normal de la enfermedad y que no se puede hacer nada”. Sobre los relacionados con la comunicación señalar que se debe “...mejorar la comunicación con el personal de atención directa a los residentes, porque son básicos para la detección de cambios”. Otros comentarios interesantes sobre factores contribuyentes en este apartado fueron que “...la cronicidad induce a la dejadez e incorrecto diagnóstico”, “...demora peligrosa de la atención en urgencias....dependemos del centro de salud....no se valoran las urgencias a una persona mayor como cualquier otra urgencia...el médico no acude al centro y prescribe por telé-

fono, o simplemente no le da importancia” o que es necesaria “...mayor accesibilidad a los servicios sanitarios de referencia y especialistas y agilizar la realización de pruebas diagnosticas complementarias”.

El incidente o evento prioritario para emprender actuaciones o programas de mejora orientadas a su prevención es el retraso en el diagnóstico, según el 14,8% de los participantes consultados en el primer Delphi, seguido de la no detección de cambios en el estado habitual, según el 13,6% de los expertos (tabla 14). El 85,3% de los expertos consultados en el segundo Delphi está de acuerdo con este orden. No obstante las medianas e intervalos intercuartílicos del nuevo orden propuesto se presentan en la tabla 15.

Tabla 14. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes IRSP y EA relacionados con el diagnóstico al paciente como prioritarios en el Delphi 1

Incidentes y eventos adversos prioritarios	n	%
Retraso en el diagnóstico	13	14,8
No detección de cambios en el estado habitual	12	13,6
No detección de deterioro de capacidad cognitiva: desorientación, confusión, pérdida de memoria, delirios, torpeza, aturdimiento	5	5,7
No detección de cambios de peso	4	4,5
Control inadecuado del dolor e inflamación	4	4,5
Demora peligrosa en la atención en urgencias	3	3,4
Agravamiento de enfermedades pulmonares: ahogo, dificultad para respirar, pitos, sibilancias, bronquitis, flemas, tos...	3	3,4
Error en el diagnóstico	2	2,3
Empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base	2	2,3
No detección de cambios en la piel: deshidratación, enrojecimiento, heridas, escaras, úlceras, uñas en mal estado	2	2,3
Mal control del riesgo cardiovascular: infarto agudo de miocardio, accidente isquémico transitorio, trombosis venosa profunda,..	2	2,3
No detección de cambios en el estado de ánimo: tristeza, apatía, pérdida de interés, ansiedad	2	2,3
No detección de pérdida de fuerza, resistencia o debilidad muscular	1	1,1
No detección de cambios en el patrón de continencia: fecal o urinaria, estreñimiento, diarreas	1	1,1
Mal control de la glucemia: hipoglucemia/hiperglucemia	1	1,1
No detección de cambios en el comportamiento o comportamientos inadecuados: gritos, agresividad, resistencia	1	1,1
Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88		

Tabla 15. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los IRSP y EA prioritarios relacionados con el diagnóstico al paciente

Incidentes y eventos adversos prioritarios	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Retraso en el diagnóstico	1	1	1	1
No detección de cambios en el estado habitual	2	2	2	2
No detección de deterioro de capacidad cognitiva: desorientación, confusión, pérdida de memoria, delirios, torpeza, aturdimiento	2	2	2	2
Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75				

Entre las actuaciones orientadas a la prevención de los incidentes y eventos adversos relacionados con el diagnóstico del paciente, los expertos destacaron las siguientes:

- Mejorar/fomentar la comunicación con el paciente-familia, entre profesionales y turnos, residencia-primaria-hospitalaria.
- Mejorar la comunicación escrita: registros/anotaciones.
- Mejorar la accesibilidad y disminuir tiempos de espera/respuesta: especialistas, pruebas diagnósticas, urgencia...
- Eliminar diagnósticos y prescripciones por teléfono.
- Revisión/control de pacientes de forma periódica, según el tipo de pacientes (paliativo, convaleciente, larga estancia, social, deterioro cognitivo), con escalas validadas.
- Formación a los profesionales.
- Realizar observación directa: técnica “Apadrina una paciente”.
- Mejorar la gestión de personal.

4.3.8. Incidentes y eventos adversos relacionados con los cuidados proporcionados al paciente

Se consideró como incidente o evento adverso relacionado con los cuidados, aquel suceso o circunstancia que produce o puede producir daño innecesario al paciente y que se deriva de los cuidados proporcionados al paciente.

En el primer Delphi, más de 60% de los encuestados refirió que las caídas (en deambulación, en el baño o en la habitación), junto con la incontinencia urinaria o fecal, se encontraban entre los diez incidentes o eventos adversos que con mayor frecuencia aparecen en sus centros sociosanitarios. Más del 50% manifestó que en su centro también aparecen el estreñimiento, la aspiración broncopulmonar en el anciano con demencia y las escaras como sucesos derivados de los cuidados proporcionados al paciente (tabla 16). En el segundo Delphi sólo el 44% de los expertos manifestaron su acuerdo con este orden. Las medianas e intervalos intercuartílicos del orden establecido en el segundo Delphi se presentan en la tabla 17.

Tabla 16. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes IRSP y EA relacionados con los cuidados proporcionados al paciente entre los diez más frecuentes en el Delphi1

Incidentes y eventos adversos más frecuentes	n	%
Caídas en la deambulación	59	67,0
Caídas en el baño, habitación	56	63,6
Incontinencia urinaria o fecal	54	61,4
Caídas de la cama, silla de ruedas, sillón	54	61,4
Estreñimiento	51	58,0
Aspiración broncopulmonar en anciano con demencia	50	56,8
Escaras, úlcera por presión	49	55,7

Tabla 16. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes IRSP y EA relacionados con los cuidados proporcionados al paciente entre los diez más frecuentes en el Delphi1 “(Cont.)”.

Incidentes y eventos adversos más frecuentes	n	%
Deterioro cognitivo: Alzheimer	43	48,9
Falta de movilización asistida	34	38,6
Hipoglucemias/hiperglucemias	34	38,6
Escapadas, huidas	30	34,1
Dificultad para escuchar: oídos taponados, audífonos	29	33,0
Deshidratación	29	33,0
Reagudización de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	26	29,5
Somnolencia excesiva	25	28,4
Debilidad, atrofia muscular	24	27,3
Falta de apoyo psicológico	21	23,9
Fracturas	19	21,6
Falta/fallo de fisioterapia, rehabilitación, ejercicio físico, cognitiva	18	20,5
Arrancamiento de sonda nasogástrica	18	20,5
Uñas en mal estado	16	18,2
Flebitis	15	17,0
Hematuria por arrancamiento de sonda	15	17,0
Dificultad para hablar	13	14,8
Fallo en mecanismos de alarma de sistemas de monitorización	13	14,8
Quemaduras, erosiones, cortes, heridas, contusiones	12	13,6
Úlceras en la boca, caries,...	12	13,6
No confirmación de órdenes y prescripciones raras o paradójicas	10	11,4
Rozaduras, callos, juanetes en los pies	9	10,2
Edema agudo de pulmón e insuficiencia respiratoria	9	10,2
Diarreas (no llega al WC)	8	9,1
Pérdida alarmante de peso	4	4,5
Otros	4	4,5
Suicidio	3	3,4
Catéteres mal insertados	1	1,1
Parasitosis: piojos, sarna	0	0,0
Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88		

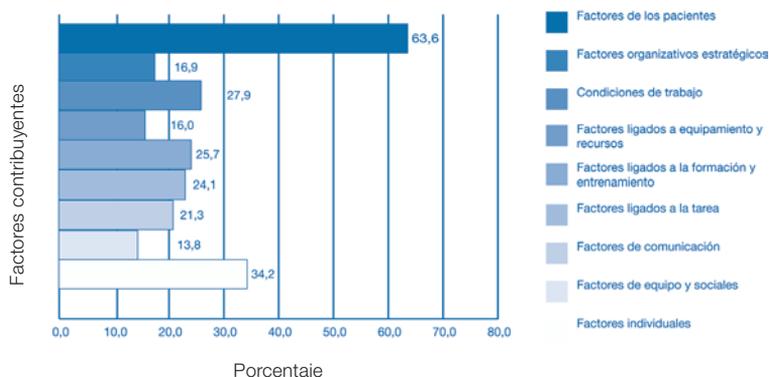
Tabla 17. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos para los 10 IRSP y EA más frecuentes relacionados con los cuidados proporcionados al paciente

Incidentes y eventos adversos más frecuentes	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Caídas en la deambulaci3n	1	1	1	1
Caídas en el ba1o, habitaci3n	2	2	2	2
Incontinencia urinaria o fecal	3	3	3	4
Caídas de la cama, silla de ruedas, sill3n	4	4	4	5
Estre1imiento	5	5	5	5
Aspiraci3n broncopulmonar en anciano con demencia	6	6	6	7
Escaras, 1lcera por presi3n	7	7	6	7
Deterioro cognitivo: Alzheimer	8	8	8	8
Falta de movilizaci3n asistida	9	9	8	9
Hipoglucemias/ hiperglucemias	10	10	8	10

Observaciones: El n1mero total de expertos en el segundo Delphi es 75

Los factores relacionados con el paciente son los que en mayor medida contribuyen a la aparici3n de los incidentes o eventos, seg1n el 63,6% de los expertos consultados en el primer Delphi, seguidos de las condiciones en las que se trabaja y de los factores espec1ficos de los profesionales (Figura 4). El 76% de los expertos mostr3 su acuerdo con este orden en el segundo Delphi. Las medianas e intervalos intercuart1licos se presentan en la tabla 18.

Figura 4. Porcentaje de expertos que marcaron los siguientes factores contribuyentes a la aparición de IRSP y EA relacionados con los cuidados proporcionados al paciente en el Delphi1



Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88. Cada experto para cada IRSP y EA podía marcar uno o varios factores contribuyentes

Tabla 18. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los factores que contribuyen a la aparición de IRSP y EA relacionados con los cuidados proporcionados al paciente

Factores contribuyentes	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Factores de los pacientes	1	1	1	1
Factores individuales	2	2	2	2
Condiciones de trabajo	3	3	3	3
Factores ligados a la formación y entrenamiento	4	4	4	4
Factores ligados a la tarea	5	5	5	5
Factores de comunicación	6	6	6	6
Factores organizativos y estratégicos	7	7	7	7
Factores ligados a equipamiento y recursos	8	8	8	8
Factores de los pacientes *	9			

* 19 expertos (21,6%) se percataron de la errata (debería ser “factores de equipo y sociales”) Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75

Tabla 19. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes IRSP y EA relacionados con los cuidados proporcionados al paciente como prioritarios en el Delphi1

Incidentes y eventos adversos prioritarios	n	%
Caídas en la deambulacion	26	29,5
Caídas en el baño, habitación	23	26,1
Caídas de la cama, silla de ruedas, sillón	22	25,0
Escaras, úlcera por presión	9	10,2
Deterioro cognitivo: Alzheimer	4	4,5
Falta de movilización asistida	3	3,4
Aspiración broncopulmonar en anciano con demencia	5	5,7
Falta de apoyo psicológico	3	3,4
Somnolencia excesiva	1	1,1
Quemaduras, erosiones, cortes, heridas, contusiones	1	1,1
Incontinencia urinaria o fecal	1	1,1
Estreñimiento	1	1,1
Deshidratación	1	1,1
Hipoglucemias/hiperglucemias	1	1,1
Falta/fallo de fisioterapia, rehabilitación, ejercicio físico, cognitiva	1	1,1
Escapadas, huidas	1	1,1
Fracturas	1	1,1
Reagudización de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	1	1,1
Otros	1	1,1
Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88		

Con respecto a los factores relacionados con los pacientes, los expertos comentan que “...los familiares...no aceptan el estado real de su familiar y quieren que se sigan pautas de tratamiento desconociendo que hay un equipo cualificado que puede tener una visión más técnica” o que “...los pacientes se niegan muchas veces a los cuidados con apoyo del familiar”. Con respecto a los factores relacionados con las condiciones de trabajo, algunos panelistas resaltan “...la falta de selección del personal, personal con poca formación, funciones del convenio excesivamente definidas” y “...ausencia de profesionales especializados” refiriéndose a psicólogos, odontólogos, fisioterapeutas o logopedas”.

Las caídas, según más del 25% de los expertos consultados en el primer Delphi, y las escaras, según el 10,2%, son los incidentes o eventos adversos prioritarios sobre los que se deben emprender programas o actuaciones orientadas a su prevención (tabla 19). El 73,3% de los participantes en el segundo Delphi estuvo de acuerdo con este orden. Las medianas e intervalos intercuartílicos se presentan en la tabla 20.

Tabla 20. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los IRSP y EA prioritarios relacionados con los cuidados proporcionados al paciente

Incidentes y eventos adversos prioritarios	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Caídas en la deambulación	1	1	1	1
Caídas en el baño, habitación	2	2	2	2
Caídas de la cama, silla de ruedas, sillón	3	3	3	3
Escaras, úlceras por presión	4	4	4	4
Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75				

Algunas actuaciones orientadas a la prevención de los incidentes y eventos adversos relacionados con los cuidados, propuestas por los expertos fueron las siguientes:

- Adaptación arquitectónica a las limitaciones funcionales de los pacientes, eliminación de barreras arquitectónicas, luces de orientación...
- Valoración periódica mediante escalas validadas: exploración de la marcha, del equilibrio, riesgo de caídas, riesgo de úlceras por presión, estado nutricional...
- Control/revisión de la medicación: hipnóticos, sedantes...
- Programas de movilización activa o movilización asistida diaria: marcha asistida o mantenimiento de bipedestación por ejemplo aprovechando necesidades urinarias.
- Uso adecuado y comprobación de las medidas de contención en pacientes de riesgo.
- Mantenimiento y vigilancia de la integridad de la piel.
- Planificación de cambios posturales.
- Utilización de colchones y cojines antipresión y antiescaras y superficies de alivio con presión adecuada.
- No utilizar absorbentes de forma sistemática en todos los pacientes, ya que algunos no tienen incontinencia.
- Revisión periódica del plan de cuidados en reuniones de equipo.
- Comunicación de cambios en planes de cuidados a los responsables de realizarlos.

4.3.9. Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)

Se consideran como tales a las infecciones que se producen durante la estancia del paciente en el centro y que se derivan de la atención sanitaria o de los cuidados recibidos.

La neumonía por aspiración, las infecciones de las úlceras por presión y las infecciones del tracto urinario (asociadas o no asociadas a sondaje), se encuentran entre las cinco infecciones asociadas a la atención sanitaria más frecuentes que aparecen en los centros, según más del 80% de los expertos participantes en el primer Delphi (tabla 21). Este orden fue ratificado sólo por el 33,3% de los expertos en el segundo Delphi, debido a la inclusión en la segunda vuelta de un ítem no valorado en la primera: “infección de tracto urinario no asociada a catéter”, tal y como se extrae de las medianas e intervalos intercuartílicos representados en la tabla 22.

Tabla 21. Número y porcentaje de expertos que marcaron las siguientes IRAS entre las cinco más frecuentes en el Delphi1

Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria más frecuentes	n	%
Neumonía por aspiración	74	84,1
Infección de úlceras por presión	72	81,8
ITU (infección del tracto urinario) asociada a sondaje	70	79,5
Conjuntivitis	56	63,6
Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor o uso de antibióticos	41	46,6
Infección de herida quirúrgica y/o traumática	38	43,2
Diarrea por Clostridium difficile	15	17,0
Bacteriemia asociada a catéter	9	10,2
Toxiinfección alimentaria	9	10,2
Infecciones del tracto urinario no asociadas a sondaje *	7	8,0
Infecciones respiratorias	6	6,8
Otros	5	5,7
Infección de prótesis	2	2,3
Micosis cutáneas	2	2,3
Legionelosis	0	0,0
* Ítem no incluido inicialmente en el Delphi1 y añadido a propuesta de algunos expertos consultados		
Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88		

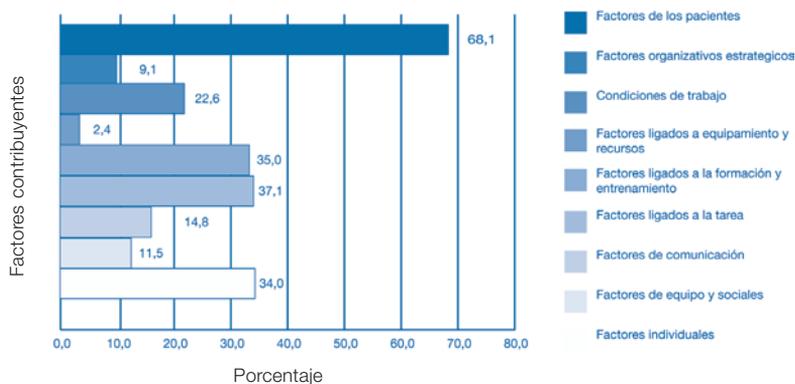
Tabla 22. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos para las 10 IRAS más frecuentes

Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria más frecuentes	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Neumonía por aspiración	1	1	1	3
Infección de úlceras por presión	2	2	2	3
ITU (infección del tracto urinario) asociada a sondaje	3	3	1	3
Conjuntivitis	4	4	4	5
Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor o uso de antibióticos	5	5	5	6
Infección de herida quirúrgica y/o traumática	6	6	6	7
Diarrea por Clostridium difficile	7	7	7	8
Bacteriemia asociada a catéter	8	8	8	9
Toxiinfección alimentaria	9	9	9	10
Infecciones del tracto urinario no asociadas a sondaje*	10	8	2	10

* Ítem no incluido inicialmente en el Delphi1 y añadido a propuesta de algunos expertos consultados en el Delphi2
 Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75

Los factores asociados a los pacientes son el principal factor contribuyente según el 68,1% de los encuestados en el primer Delphi, seguidos de factores ligados a la tarea, es decir aquellos que facilitan el desarrollo seguro y efectivo de los procesos sanitarios, y de los factores relacionados con la formación y el entrenamiento (figura 5). El 89,3% de los expertos mostró su acuerdo con este orden en el segundo Delphi. Las medianas e intervalos intercuartílicos se presentan en la tabla 23.

Figura 5. Porcentaje de expertos que marcaron los siguientes factores contribuyentes a la aparición de IRAS en el Delphi1



Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88. Cada experto podía marcar uno o varios factores contribuyentes para cada IRSP y EA

Tabla 23. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los factores que contribuyen a la aparición de IRAS

Factores contribuyentes	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Factores de los pacientes	1	1	1	1
Factores ligados a la tarea	2	2	2	2
Factores ligados a la formación y entrenamiento	3	3	3	3
Factores individuales	4	4	4	4
Condiciones de trabajo	5	5	5	5
Factores de comunicación	6	6	6	6
Factores de equipo y sociales	7	7	7	7
Factores organizativos y estratégicos	8	8	8	8
Factores ligados a equipamiento y recursos	9	9	9	9

Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75

Entre los comentarios realizados sobre los factores contribuyentes, destacan aquellos que inciden en que las infecciones que existen provienen de otros centros “...residentes temporales que llegan de una estancia hospitalaria con UPP de alto grado e infectada con gérmenes multirresistentes”, “...tras intervención de fractura...regresa con escaras”, o aquellos comentarios relacionados con factores de los profesionales, como “...ITU no asociada a sondaje se derivaba de malos cuidados, higiene o cambios de absorbentes” o “...falta de cumplimentación de protocolos existentes”.

La infección relacionada con la asistencia sanitaria que los expertos creen prioritaria para emprender actuaciones orientadas a su prevención, es la neumonía por aspiración, según el 28,4% de los panelistas consultados en el primer Delphi, seguida de las infecciones del tracto urinario asociadas a sondaje y de la infección de las úlceras por presión, según el 22,7% y el 14,8% respectivamente (tabla 24). Un 64% de los expertos ratificó este orden en el segundo Delphi. Las medianas e intervalos intercuartílicos se presentan en la tabla 25.

Tabla 24. Número y porcentaje de expertos que marcaron las siguientes IRAS como prioritarias en el Delphi1

Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria prioritarias	n	%
Neumonía por aspiración	25	28,4
ITU (infección del tracto urinario) asociada a sondaje	20	22,7
Infección de úlceras por presión	13	14,8
Infección de herida quirúrgica y/o traumática	4	4,5
Infecciones respiratorias	2	2,3
Infecciones del tracto urinario no asociadas a sondaje	2	2,3
Toxiinfección alimentaria	1	1,1
Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88		

Tabla 25. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre las IRAS prioritarias

Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria prioritarias	Orden Delphi ¹	Orden Delphi ²		
		Mediana	Q1	Q3
Neumonía por aspiración	1	1	1	1,5
ITU (infección del tracto urinario) asociada a sondaje	2	2	2	2
Infección de úlceras por presión	3	3	3	3
Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75				

Algunas de las actuaciones propuestas por los expertos y orientadas a la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria se presentan a continuación:

- Realización de protocolos para manejo y tratamiento de disfgias.
- Formación y adiestramiento a personal sanitario, familiares, cuidadores: reconocimiento precoz de disfgias, alimentación a pacientes con disfgias, manejo de disfgias, posicionamiento, volúmenes, síntomas de aspiración...
- Adecuación de dietas a pacientes con disfgia: necesidades nutricionales, texturas, uso de espesantes en líquidos, gelatinas, sueros...
- Utilizar sondas de alimentación y sondas vesicales como último recurso y el menor tiempo posible.
- Realización de protocolos de control y manejo de la incontinencia, colocación y cambios de sondas y cumplimiento de protocolos.
- Formación en el manejo de pacientes sondados, técnicas adecuadas y manipulación correcta de sondas.
- Realización de protocolos de actuación ante signos de infección de úlceras o sospechas, así como prevención, tratamiento y seguimiento de úlceras y cumplimiento de protocolos.
- Formación en técnicas de curas de úlceras e identificación de lesiones en la piel.
- Cumplimiento de los cambios posturales programados.
- Formación continuada por los médicos y enfermeros de los centros y dirigidas al resto del personal sobre medidas de prevención y control de infecciones.
- Formación, vigilancia y seguimiento de las precauciones estándar para evitar transmisiones.

- Facilitar por parte de la dirección del centro del material y estructura necesarios para poder realizar medidas de higiene.

4.3.10. Errores de medicación

Se denomina error de medicación a “cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos” (NCCMERP)²⁶

En el primer Delphi, el 81,8% de los expertos consultados señalaron la falta de cumplimiento por el paciente entre los diez errores de medicación que se producían con mayor frecuencia en los centros sociosanitarios, seguida de la administración de medicamentos innecesarios. Más del 60% de los participantes consideraron que con frecuencia se omite la administración de dosis o medicamentos y que la duración del tratamiento en muchos casos es incorrecta, o la técnica aplicada para administrar la medicación es errónea, ya que frecuentemente se fraccionan o trituran inapropiadamente formas sólidas orales (tabla 26). El 56% de los participantes en el segundo Delphi mostró su acuerdo con este orden, representándose la mediana e intervalos intercuartílicos en la tabla 27.

Tabla 26. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes errores de medicación entre los diez más frecuentes en el Delphi1

Errores de medicación más frecuentes	n	%
Falta de cumplimiento por el paciente	72	81,8
Medicamento innecesario	66	75,0
Omisión de dosis o de medicamento	60	68,2
Duración del tratamiento incorrecta	56	63,6
Técnica de administración incorrecta (incluye fraccionar o triturar inapropiadamente formas sólidas orales)	55	62,5
Monitorización insuficiente del tratamiento: falta de revisión clínica, falta de controles analíticos, interacción medicamento-medicamento, interacción medicamento-alimento	50	56,8
Paciente equivocado	50	56,8
Hora de administración incorrecta (incluye la administración del medicamento fuera del intervalo de tiempo definido en cada institución sanitaria para la programación horaria de administración)	49	55,7
Dosis incorrecta	46	52,3
Error de preparación /manipulación /acondicionamiento	43	48,9
Medicamento no apropiado (alergia, interacciones, contraindicaciones, duplicidad, inapropiado por edad, situación clínica o patología)	42	47,7
Transcripción /dispensación/ administración de un medicamento diferente al prescrito	41	46,6
Frecuencia de administración errónea	34	38,6
Velocidad de administración errónea	14	15,9
Forma farmacéutica errónea	10	11,4
Medicamento deteriorado, caducado, mal conservado	4	4,5
Vía de administración errónea	3	3,4
Otros	3	3,4
Velocidad de administración errónea	0	0,0
Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88		

Tabla 27. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos para los 10 EM más frecuentes

Errores de medicación más frecuentes	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Falta de cumplimiento por el paciente	1	1	1	2
Medicamento innecesario	2	2	2	2
Omisión de dosis o de medicamento	3	3	3	3
Duración del tratamiento incorrecta	4	4	4	4
Técnica de administración incorrecta (incluye fraccionar o triturar inapropiadamente formas sólidas orales)	5	5	5	5
Monitorización insuficiente del tratamiento: falta de revisión clínica, falta de controles analíticos, interacción medicamento-medicamento, interacción medicamento-alimento	6	6	6	6
Paciente equivocado	7	7	7	7
Hora de administración incorrecta (incluye la administración del medicamento fuera del intervalo de tiempo definido en cada institución sanitaria para la programación horaria de administración)	8	8	7	8
Dosis incorrecta	9	9	9	9
Error de preparación /manipulación / acondicionamiento	10	10	9,5	10

Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75

Los factores que más contribuyen a que acontezcan errores de medicación son los factores relacionados con los profesionales según el 40,3% de los expertos participantes en el primer Delphi, seguidos de los factores ligados a la formación y entrenamiento y de los problemas de comunicación, verbal o escrita (figura 6). El 72% de los panelistas del segundo Delphi manifestó su acuerdo con este orden. Las medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden propuesto se presenta en la tabla 28.

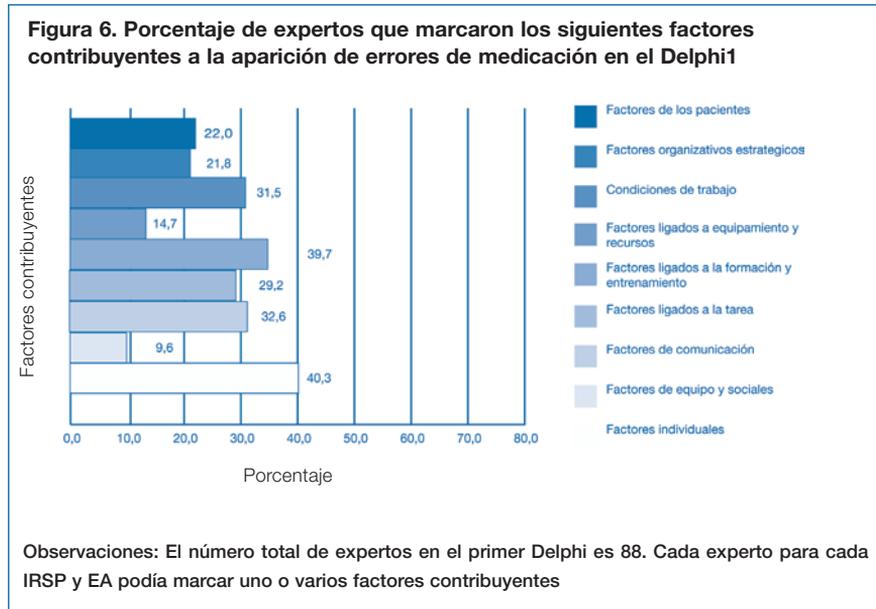


Tabla 28. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los factores que contribuyen a la aparición de errores de medicación

Factores contribuyentes	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Factores individuales	1	1	1	1
Factores ligados a la formación y entrenamiento	2	2	2	2
Factores de comunicación	3	3	3	3
Condiciones de trabajo	4	4	4	4
Factores ligados a la tarea	5	5	5	5
Factores de los pacientes	6	6	6	6
Factores organizativos y estratégicos	7	7	7	7
Factores ligados a equipamiento y recursos	8	8	8	8
Factores de equipo y sociales	9	9	9	9

Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75

Los comentarios aportados por los expertos con referencia a los factores relacionados con los profesionales se relacionan con: “la prescripción por complacencia”, “...el médico no se involucra mucho en su trabajo, motivación” o “los pacientes con tratamientos de larga duración requerirían un seguimiento continuo que no se hace...”. Sobre los factores relacionados con la formación se señala que existe falta de formación sobre “...la correcta preparación y administración de medicamentos”, “...buen uso de la medicación”, y “...formación no tanto al equipo técnico, sino a familiares y pacientes”, ya que, y relacionado con los factores de comunicación y de los pacientes “...los pacientes y familias creen que si no toma algo de medicación no se está tratando”. Un comentario a destacar entre los factores organizativos y estratégicos es “...sería necesario que en las residencias grandes hubiese servicio farmacéutico para la preparación y distribución de los medicamentos, y control de reacciones adversas e interacciones”

El error de medicación prioritario para emprender acciones de prevención, según el 12,5% de los encuestados en el primer Delphi, es la hora de administración del medicamento incorrecta, seguido de la administración de medicamentos innecesarios, según el 10,2% de los expertos (tabla 29). El 76% de los panelistas consultados en segunda ronda confirmaron su grado de acuerdo con este orden, mostrándose la mediana e intervalos intercuartílicos en la tabla 30.

Tabla 29. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes errores de medicación como prioritarios en el Delphi1

Errores de medicación prioritarios	n	%
Hora de administración incorrecta (incluye la administración del medicamento fuera del intervalo de tiempo definido en cada institución sanitaria para la programación horaria de administración)	11	12,5
Medicamento innecesario	9	10,2
Medicamento deteriorado, caducado, mal conservado	7	8,0
Medicamento no apropiado (alergia, interacciones, contraindicaciones, duplicidad, inapropiado por edad, situación clínica o patología)	7	8,0
Duración del tratamiento incorrecta	6	6,8
Técnica de administración incorrecta (incluye fraccionar o triturar inapropiadamente formas sólidas orales)	5	5,7
Transcripción /dispensación/ administración de un medicamento diferente al prescrito	4	4,5
Omisión de dosis o de medicamento	3	3,4
Error de preparación /manipulación /acondicionamiento	2	2,3
Velocidad de administración errónea	2	2,3
Paciente equivocado	2	2,3
Falta de cumplimiento por el paciente	2	2,3
Monitorización insuficiente del tratamiento: falta de revisión clínica, falta de controles analíticos, interacción medicamento-medicamento, interacción medicamento-alimento	1	1,1
Dosis incorrecta	1	1,1
Otro: Polifarmacia	1	1,1
Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88		

Tabla 30. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los errores de medicación prioritarios

Errores de medicación prioritarios	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Hora de administración incorrecta (incluye la administración del medicamento fuera del intervalo de tiempo definido en cada institución sanitaria para la programación horaria de administración)	1	1	1	1
Medicamento innecesario	2	2	2	2
Medicamento deteriorado, caducado, mal conservado	3	3	3	3

Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75

Entre las actuaciones aportadas por los expertos orientadas a la prevención de los errores de medicación destacan:

- Mejorar la organización de los centros, revisando las cargas de trabajo.
- Informatización del sistema de administración con carros adecuados y sistemas de alarma.
- Registrar el horario de administración de la medicación para comprobar pautas establecidas por los médicos.
- Distribuir el trabajo por pacientes y no por tareas.
- Atención especial en los horarios de administración de tratamientos para diabéticos, antibióticos, psicofármacos y de medicamentos que produzcan efectos secundarios asociados a la toma de alimentos.
- Prescripción adecuada a la población geriátrica y a los diagnósticos, evitando fármacos de baja utilidad terapéutica y disminuyendo la polifarmacia.
- Disponer de guías farmacoterapéuticas geriátricas actualizadas y de guías de equivalentes terapéuticos.
- Necesidad de un farmacéutico para la preparación, distribución y supervisión de tratamientos.
- Revisiones periódicas de tratamientos, sobre todo en pacientes tratados por varios especialistas.
- Evitar la prescripción de medicamentos por complacencia hacia familiares y pacientes.
- Revisión y control periódicos de stocks: estado de los medicamentos, condiciones de conservación, caducidades...

- Notificar y analizar los errores que suceden.
- Implantación/utilización de sistemas de monodosis, pastilleros con nombre del paciente o “emblistados” personalizados.

4.3.11. Acontecimientos adversos por medicación

Se denomina acontecimiento adverso por medicación a “cualquier daño causado por el uso terapéutico (incluyendo la falta de uso) de un medicamento. Según sus posibilidades de prevención pueden ser: prevenibles - aquellos acontecimientos adversos causados por errores de medicación (suponen daño y error)- y no prevenibles -aquellos acontecimientos adversos que se producen a pesar del uso apropiado de los medicamentos (daño sin error) y se corresponden con las denominadas reacciones adversas a medicamentos (RAM)²⁶.

El 89,8% de los expertos consultados en el primer Delphi consideró las náuseas, vómitos o diarreas secundarias entre los diez acontecimientos adversos por medicamentos que con mayor frecuencia se produce en su entorno, seguido por el estreñimiento provocado por el uso (o falta de uso) de fármacos y de las hipo o hiperglucemias por la administración de anti-diabéticos orales o insulina, según un 79,5% y 78,4% respectivamente (tabla 31). El 82,7% de los panelistas del segundo Delphi mostró su acuerdo con el orden propuesto. En la tabla 32 se presentan las medianas y los intervalos intercuartílicos.

Tabla 31. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes acontecimientos adversos por medicación entre los diez más frecuentes en el Delphi1

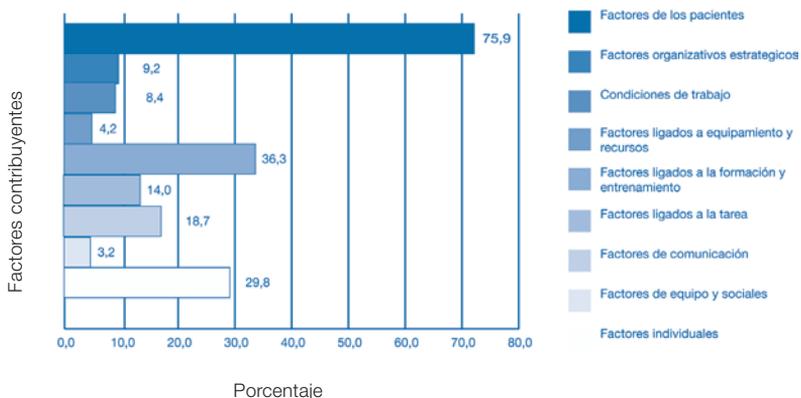
Acontecimientos adversos por medicación más frecuentes	n	%
Nauseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	79	89,8
Estreñimiento	70	79,5
Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos/insulina	69	78,4
Otros efectos secundarios de fármacos (tos, disnea, sequedad de boca...)	58	65,9
Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos	54	61,4
Malestar o dolor por fármacos (epigastralgia)	54	61,4
Intolerancia a fármaco	53	60,2
Alteraciones neurológicas por fármacos	45	51,1
Desequilibrio electrolítico	45	51,1
Alteración / agravamiento de la función renal, hepática, tiroidea	37	42,0
Intoxicación digitálica	29	33,0
Manifestaciones alérgicas sistémicas	25	28,4
Hemorragia digestiva alta	20	22,7
Insuficiencia / depresión respiratoria	18	20,5
Cefalea por fármacos	17	19,3
Edemas, insuficiencia cardíaca o shock	17	19,3
Retención urinaria por anticolinérgicos	16	18,2
Alteración del ritmo cardíaco o actividad eléctrica por fármacos	12	13,6
Infarto agudo de miocardio, accidente cerebral vascular o tromboembolismo pulmonar por control inadecuado de anticoagulantes	5	5,7
Otros	4	4,5
Neutropenia	0	0,0
Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88		

Tabla 32. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos para los diez acontecimientos adversos por medicación más frecuentes

Acontecimientos adversos por medicación más frecuentes	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Nauseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	1	1	1	1
Estreñimiento secundario a la medicación	2	2	2	2
Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos/insulina	3	3	3	3
Otros efectos secundarios de fármacos (tos, disnea, sequedad de boca...)	4	4	4	4
Hipotensión por fármacos	5	5	5	5
Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos	6	6	6	6
Malestar o dolor por fármacos (epigastralgia)	7	7	7	7
Intolerancia a fármaco	8	8	8	8
Alteraciones neurológicas por fármacos	9	9	9	9
Desequilibrio electrolítico	10	10	10	10
Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75				

Los factores que más contribuyen a la aparición de los acontecimientos adversos son los relacionados con el propio paciente, según el 75,9% de los participantes en el primer Delphi. Les siguen los factores ligados a la formación y entrenamiento, según un 36,3% de los expertos, y factores dependientes del propio profesional (figura 7). El 88% de los expertos consultados ratificaron este orden en el segundo cuestionario. Las medianas y los intervalos intercuartílicos se presentan en la tabla 33.

Figura 7. Porcentaje de expertos que marcaron los siguientes factores contribuyentes a la aparición de acontecimientos adversos por medicación en el Delphi1



Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88. Cada experto para cada IRSP y EA podía marcar uno o varios factores contribuyentes

Tabla 33. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los factores que contribuyen a la aparición de acontecimientos adversos por medicación

Factores contribuyentes	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Factores de los pacientes	1	1	1	1
Factores ligados a la formación y entrenamiento	2	2	2	2
Factores individuales	3	3	3	3
Factores de comunicación	4	4	4	4
Factores ligados a la tarea	5	5	5	5
Factores organizativos y estratégicos	6	6	6	6
Condiciones de trabajo	7	7	7	7
Factores ligados a equipamiento y recursos	8	8	8	8
Factores de equipo y sociales	9	9	9	9

Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75

Entre los comentarios aportados por los expertos en referencia a los factores contribuyentes destacan los relacionados con los pacientes como "...la polifarmacia y pluripatologías" o en el caso de pacientes diabéticos "...el paciente no sigue las recomendaciones...incumple la dieta".

Las hipo- e hiperglucemias provocadas por el uso de antidiabéticos orales e insulina son los acontecimientos adversos prioritarios para emprender programas o acciones para su prevención, según el 23,9% de los expertos consultados en el primer Delphi. Los siguientes en prioridad son las alteraciones neurológicas producidas por el uso (o abuso) de medicación, seguidas de las náuseas, vómitos o diarreas secundarios a los fármacos (tabla 34). El 78,7% de los participantes en el segundo Delphi mostraron su conformidad con este orden. Las medianas e intervalos intercuartílicos se presentan en la tabla 35.

Tabla 34. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes acontecimientos adversos por medicación como prioritarios en el Delphi1

Acontecimientos adversos por medicación prioritarios	n	%
Hipo/ hiperglucemia por antidiabéticos/insulina	21	23,9
Alteraciones neurológicas por fármacos	9	10,2
Nauseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	5	5,7
Estreñimiento	4	4,5
Hipotensión por fármacos	4	4,5
Malestar o dolor por fármacos (epigastalgia)	3	3,4
Alteración / agravamiento de la función renal, hepática, tiroidea	3	3,4
Hemorragia digestiva alta	2	2,3
Desequilibrio electrolítico	2	2,3
Intolerancia a fármaco	1	1,1
Otros efectos secundarios de fármacos (tos, disnea, sequedad de boca...)	1	1,1
Retención urinaria por anticolinérgicos	1	1,1
Otro: Sedación excesiva por neurolepticos	1	1,1

Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88

Tabla 35. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos sobre los acontecimientos adversos por medicación prioritarios

Acontecimientos adversos por medicación prioritarios	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Hipo/ hiperglucemia por antidiabéticos/insulina	1	1	1	1
Alteraciones neurológicas por fármacos	2	2	2	2
Nauseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	3	3	3	3
Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75				

Entre las actuaciones orientadas a la prevención de los acontecimientos adversos por medicación aportadas por los expertos aparecen:

- Controles periódicos ante el inicio o cambio de dosis para detección de AAM.
- Registrar en papel o soporte informático cualquier cambio digestivo o neurológico después de toma de medicación y comunicarlo.
- Formación en AAM e implicación de profesionales a cargo del paciente en la detección de síntomas de alerta.
- Comunicar al equipo multidisciplinar los riesgos derivados de la medicación pautaada al paciente.
- Educación al paciente.
- Revisar medicación innecesaria, para reducir polimedicación.
- Circuito de detección, alerta y actuación rápido y eficaz.
- Seguimiento y monitorización de niveles de glucemia; intensificar controles ante situaciones de inestabilidad, infecciones, en pacientes mal controlados y al inicio/modificación de tratamientos.
- Revisión, monitorización de tratamientos a pacientes diabéticos con ajustes periódicos de las dosis terapéuticas.
- Registrar incidencias, modificaciones en estilos de vida, cambios de pautas y valores de glucemia.
- Administración individualizada de los tratamientos a pacientes diabéticos en los horarios adecuados según comidas.
- Valoración continua por neurología o psiquiatría de los psicofármacos en pacientes crónicos.
- Evitar el uso de antipsicóticos cuando sea posible.

4.3.12. Pacientes y eventos adversos

Los cinco tipos de pacientes que según la mayoría de expertos consultados en el primer Delphi tienen un mayor riesgo de sufrir un IRSP o EA son, por este orden, los pacientes con deficiencias en la función cognitiva, los pacientes con deficiencias en el estado nutricional, los pacientes con alteraciones neurológicas, los pacientes con alteraciones del comportamiento y los pacientes con deficiencias en la función física (tabla 36). El 73,3% de los panelistas mostraron su acuerdo con este orden en el segundo Delphi. Las medianas e intervalos intercuartílicos se presentan en la tabla 37.

Tipos de pacientes	n	%
Pacientes con deficiencias en la función cognitiva : coma, demencia, alzheimer,...	85	96,6
Pacientes con deficiencias en el estado nutricional : problemas para masticar, deglutir, dolor, cambios de peso, necesidad de SNG, parenteral, dietas especiales, suplementos,...	75	85,2
Pacientes con enfermedades neurológicas : afasia, parálisis cerebral, accidente cerebrovascular, hemiplejía, esclerosis múltiple, paraplejía, parkinson, tetraplejía, trastornos convulsivos, accidente isquémico transitorio (AIT), lesión cerebral traumática,...	74	84,1
Pacientes con alteraciones del comportamiento : deambulación, abusos verbales, abusos físicos, comportamiento socialmente inadecuado, perturbado, resistencia a cuidados...	63	71,6
Pacientes con deficiencias en la función física : encamados, necesidad de dispositivo para caminar (bastón, andador, silla ruedas), ayuda para vestirse, uso del WC, higiene...	64	72,7
Pacientes con enfermedades endocrinas / metabólicas : diabetes mellitus, hipertiroidismo, hipotiroidismo,...	48	54,5
Pacientes con trastornos de comunicación : hablar, escuchar,...	46	52,3
Pacientes con alteraciones en el estado de ánimo : depresión, ansiedad, alteraciones ciclo del sueño, tristeza, apatía, pérdida de interés, cambios en humor,...	46	52,3

Tabla 36. Número y porcentaje de expertos que marcaron los siguientes tipos de pacientes entre los diez de mayor riesgo de sufrir un IRSP o EA “(Cont.)”.

Tipos de pacientes	n	%
Pacientes con enfermedades circulatorias / corazón: enfermedad en arterias coronarias, arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca congestiva, trombosis venosa profunda, hipertensión, hipotensión, enfermedad vascular periférica...	44	50,0
Pacientes con alteraciones en la visión	40	45,5
Pacientes con incontinencia: urinaria, fecal, patrones de eliminación alterados (diarrea, estreñimiento), uso de dispositivos (catéter, enema, ostomía), cambios en el patrón de continencia,...	39	44,3
Pacientes con tratamientos y/o procedimientos especiales: quimioterapia, diálisis, medicación IV, vigilancia médica, oxigenoterapia, ostomía, radioterapia, aspiración, traqueotomía, transfusiones, respiradores, alcohol, demencia, paliativos,...	38	43,2
Pacientes con problemas en la piel: úlceras, otros problemas en la piel o lesiones, problemas y cuidados de los pies,...	37	42,0
Pacientes con infección: infección resistentes a los antibióticos, Clostridium difficile, conjuntivitis, infección por el VIH, neumonía, infección respiratoria, septicemia, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, infección del tracto urinario en los últimos 30 días, hepatitis virales, infección de la herida,...	36	40,9
Pacientes con enfermedades pulmonares: asma, enfisema, EPOC,...	33	37,5
Pacientes con enfermedades psiquiátricas: síndrome maniaco depresivo (Bipolar), esquizofrenia,...	32	36,4
Pacientes con enfermedades musculoesqueléticas: artritis, fractura de cadera, falta extremidad, osteoporosis, fractura patológica,...	31	35,2
Pacientes con enfermedades sensoriales: cataratas, retinopatía diabética, glaucoma, degeneración macular,...	21	23,9
Pacientes con otras enfermedades: alergias, anemia, cáncer, insuficiencia renal,...	11	12,5
Pacientes con problemas dentales: dentadura, caries, úlceras, inflamación,...	10	11,4
Pluripatológicos	1	1,1
Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 88		

Tabla 37. Medianas e intervalos intercuartílicos para el nuevo orden establecido por los expertos para los diez pacientes de mayor riesgo de sufrir un IRSP o EA

Tipos de pacientes	Orden Delphi1	Orden Delphi2		
		Mediana	Q1	Q3
Pacientes con deficiencias en la función cognitiva : coma, demencia, Alzheimer,...	1	1	1	1
Pacientes con deficiencias en el estado nutricional : problemas para masticar, deglutir, dolor, cambios de peso, necesidad de SNG, parenteral, dietas especiales, suplementos,...	2	2	2	2
Pacientes con enfermedades neurológicas : afasia, parálisis cerebral, accidente cerebrovascular, hemiplejía, esclerosis múltiple, paraplejía, parkinson, tetraplejía, trastornos convulsivos, accidente isquémico transitorio (AIT), lesión cerebral traumática,...	3	3	3	3
Pacientes con alteraciones del comportamiento : deambulación, abusos verbales, abusos físicos, comportamiento socialmente inadecuado, perturbado, resistencia a cuidados...	4	4	4	4
Pacientes con deficiencias en la función física : encamados, necesidad de dispositivo para caminar (bastón, andador, silla ruedas), ayuda para vestirse, uso del WC, higiene...	5	5	5	5
Observaciones: El número total de expertos en el segundo Delphi es 75				

5. Fase 2. Encuestas

5.1. Objetivo

Estimar la frecuencia y distribución de los **incidentes y eventos adversos** más comunes que se producen en los centros sociosanitarios para un periodo de 12 meses.

5.2. Metodología

5.2.1. Diseño de la segunda fase del estudio

La segunda fase del estudio se realizó utilizando como instrumento para la recogida de datos una encuesta de percepción de frecuencia.

5.2.2. Elaboración del cuestionario y carta de presentación

El cuestionario constaba de 42 preguntas divididas en seis apartados que se correspondían con las categorías de IRSP y EA que aparecían en los cuestionarios Delphi, más uno referido a las características socio demográficas de los participantes (anexo 10).

- IRSP y EA relacionados con la valoración general del paciente.
- IRSP y EA relacionados con el diagnóstico de su enfermedad o problemas de salud.
- IRSP y EA relacionados con los cuidados que se le prestan.
- Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
- Errores de medicación.
- Acontecimientos adversos a la medicación.

Los IRSP y EA que se incluyeron en cada apartado son aquellos que los expertos participantes en el primer Delphi consideraron que se producían con mayor frecuencia en sus centros de trabajo.

- Para los IRSP y EA relacionados con la valoración general del paciente, el diagnóstico y las infecciones asociadas a cuidados, se incluyeron los señalados por más del 25% de los panelistas.
- Para los IRSP y EA relacionados con los cuidados, los errores de medicación y los acontecimientos adversos por medicación, aquellos destacados por más del 50% de los expertos.

La temporalidad utilizada en las respuestas se corresponde con la empleada en alguna de las dimensiones incluidas en el cuestionario de valoración de la cultura de seguridad del paciente en atención primaria³⁰ (tabla 38).

Diario	Sucede todos los días
Semanal	Sucede una o varias veces a la semana, pero no todos los días
Mensual	Sucede varias veces al mes, pero menos de 1 vez a la semana
Varias veces al año	Sucede varias veces al año, pero menos de 1 vez al mes
1-2 veces al año	Sucede 1 ó 2 veces al año
Ninguna vez	No ha sucedido nunca

La carta de presentación que acompañaba al cuestionario informaba a los participantes sobre los objetivos del estudio y de la encuesta, las garantías de voluntariedad, anonimidad y confidencialidad, el tiempo estimado para su cumplimentación, las instrucciones oportunas para la devolución del mismo, los datos de las personas de contacto para resolución de dudas y el agradecimiento por su participación. Además, se les facilitaba un glosario de terminología básica para facilitar su comprensión (anexo 11).

5.2.3. Selección de participantes

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo por bola de nieve y participación voluntaria a través de los expertos participantes en el primer Delphi. Como requisitos necesarios para su inclusión se consideraron: llevar trabajando en el centro más de un año, ser personal médico, enfermero o auxiliar de enfermería y estar en contacto directo con el paciente la mayor parte de su jornada laboral.

La muestra considerada necesaria por el equipo investigador para obtener datos consistentes y con una validez adecuada fue de 1000 profesio-

nales, por lo que el número a seleccionar por el experto para cada centro se situó entre 12 y 15, en previsión de pérdidas por falta de respuesta.

5.2.4. Desarrollo de la segunda fase del estudio

Con el fin de garantizar una adecuada distribución y cumplimentación del cuestionario se siguieron las etapas indicadas por la AHRQ en la realización de encuestas sobre cultura seguridad en residencias, y adaptada a nuestro entorno.

1- Revisión y prueba del cuestionario

La revisión se realizó con profesionales sanitarios de distintos perfiles. El objetivo fue identificar preguntas de difícil comprensión, comprobar la facilidad en la cumplimentación del cuestionario y mejorar el formato. Tras las sugerencias propuestas se realizaron modificaciones oportunas, la mayoría con referencia al diseño para que resultara más atractivo.

2- Envío y distribución de los cuestionarios

El material fue enviado por correo ordinario a la dirección postal del centro y a nombre del experto participante en el Delphi1. El material incluía instrucciones para la selección de participantes y la distribución de los cuestionarios, 15 cuestionarios y 15 sobres con cierre adhesivo y un sobre franqueado de tamaño mayor para el envío conjunto de todos ellos y sus correspondientes etiquetas de remite y destinatario.

Simultáneamente se envió un correo electrónico a los director/gerentes de los centros informándoles de los objetivos y desarrollo de esta fase del estudio e informándoles de que la persona encargada de la selección y distribución de las encuestas sería el experto participante en el Delphi.

La elección de la técnica de recogida de datos mediante papel se decidió por la naturaleza de las preguntas a responder y el entorno de aplicación con el fin de aumentar la tasa de respuesta.

Para facilitar la distribución de las encuestas y aumentar la participación en los centros se sugirieron a los expertos las siguientes indicaciones:

- Distribuirlo en una reunión de personal.
- Resaltar la importancia del cuestionario y de su colaboración.
- Destacar el respaldo por parte de la dirección/gerencia del centro.

- Proporcionar instrucciones explícitas para completar la encuesta.
- Informar del carácter voluntario, anónimo y confidencial de la encuesta.
- Establecer un plazo máximo de una semana para la devolución del cuestionario.
- Agradecer a todos los participantes su colaboración en nombre del equipo investigador.

3- Recepción de los cuestionarios y recordatorios

El plazo proporcionado para la devolución de las encuestas cumplimentadas fue de 7 días, por correo postal en el sobre enviado a tal efecto. El número de recordatorios dirigidos a los expertos y a los directores/gerentes de los centros fue de tres correos electrónicos. Se consideró aceptable una tasa de respuesta de centros superior al 50%.

4- Análisis de resultados

El resultado de las preguntas destinadas a conocer la percepción de frecuencia de aparición de los IRSP y EA se mostró en forma de distribución de frecuencias. Se utilizó la prueba de chi cuadrado o el test exacto de Fischer para la realización del análisis por subgrupos según el tipo de centro del que proceden las encuestas (hospital de media/larga estancia o residencia sociosanitaria) y el perfil profesional del encuestado (médico, enfermero o auxiliar de enfermería), considerando significativos valores de p menores a 0,05. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS versión 15.0.

5.3. Resultados

5.3.1. Tasa de respuesta

Los cuestionarios se enviaron a los 88 centros que completaron el primer Delphi, el día 9 de diciembre de 2010. El número de centros que enviaron los cuestionarios cumplimentados ascendió a 76, lo que supone una tasa de respuesta de un 86,4% (tabla 39). El número de cuestionarios recibidos fueron 940, con una media de 12,4 cuestionarios por centro (tabla 40). Las encuestas correspondientes al primer centro se recibieron el día 15 de diciembre y las del último el 21 de febrero. Hubo 4 centros a los que se tuvo que reenviar el material por direcciones erróneas o pérdida del material.

Tabla 39. Tasas de respuesta por CCAA y centros participantes

CCAA	Enviados	Cuestionarios contestados	Tasa de respuesta (%)
Andalucía	8	8	100,0
Aragón	5	5	100,0
Asturias	8	8	100,0
Baleares	1	1	100,0
Canarias	2	2	100,0
Cantabria	1	1	100,0
Castilla - La Mancha	7	6	85,7
Castilla y León	8	7	87,5
Cataluña	13	12	92,3
Com. Valenciana	6	5	83,3
Extremadura	4	3	75,0
Galicia	5	3	60,0
Madrid	14	9	64,3
Murcia	2	2	100,0
Navarra	1	1	100,0
País Vasco	2	2	100,0
Rioja	1	1	100,0
Total	88	76	86,4

Tabla 40. Número de cuestionarios recibidos por comunidad autónoma

CCAA	Cuestionarios		
	Nº de cuestionarios recibidos	% respecto del total	Media de cuestionarios por centro
Andalucía	77	8,2%	9,6
Aragón	71	7,6%	14,2
Asturias	100	10,6%	12,5
Baleares	15	1,6%	15
Canarias	25	2,7%	12,5
Cantabria	15	1,6%	15,0
Castilla - La Mancha	70	7,4%	11,7
Castilla y León	87	9,3%	12,4
Cataluña	159	16,9%	13,3
Com. Valenciana	58	6,2%	11,6
Extremadura	35	3,7%	11,7
Galicia	37	3,9%	12,3
Madrid	115	12,2%	12,8
Murcia	25	2,7%	12,5
Navarra	14	1,5%	14,0
País Vasco	24	2,6%	12,0
Rioja	13	1,4%	13,0
Total	940	100,0%	12,4

5.3.2. Características de los encuestados

El 78,8% de los encuestados eran mujeres, con una edad media de 41,1 (DE: 9,9). El 43,4% desempeñaba su trabajo como enfermero/a y el 37,1% como auxiliar de enfermería (tabla 41). El 59,7% de las encuestas procede de residencias frente al 40,3% que procede de hospitales de media/larga estancia, siendo los centros en su mayoría de titularidad pública (65,1%) y con un número de camas superior a 100 (83,8%).

Tabla 41. Perfil profesional de los encuestados

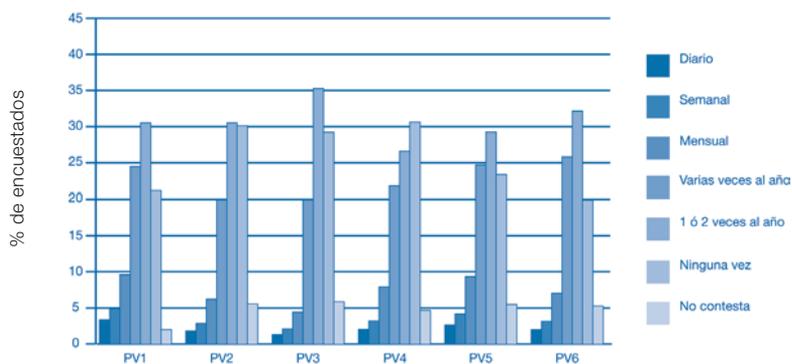
Perfil profesional	n	%
Médico/a	146	15,5
Enfermero/a	408	43,4
Auxiliar de enfermería	349	37,1
Otro	6	0,6
No contesta	31	3,3
Total	940	100,0

5.3.3. Incidentes y eventos adversos relacionados con la valoración inicial del paciente

La frecuencia de aparición de los IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente según la opinión de los encuestados puede observarse en la tabla 42 y en la figura 8. Señalar que el porcentaje de profesionales que no han contestado a alguna de las preguntas de este bloque en ningún IRSP y EA supera el 6,5%, siendo las tasas de no respuesta más elevadas las pertenecientes a los auxiliares de enfermería.

Tabla 42. Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente según total de encuestados														
IRSP Y EA	Diario		Semanal		Mensual		Varias veces al año		1 ó 2 veces al año		Ninguna vez		No contesta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fallo en la valoración física de la dependencia: deambulación, higiene personal, alimentación y eliminación	30	3,2	49	5,2	87	9,3	231	24,6	298	31,7	214	22,8	31	3,3
Fallo en la utilización de escalas para la valoración mental	18	1,9	26	2,8	58	6,2	188	20,0	297	31,6	293	31,2	60	6,4
Fallo en la valoración clínica del paciente. Identificación de diagnósticos médicos, patología de base	13	1,4	15	1,6	41	4,4	194	20,6	346	36,8	276	29,4	55	5,9
No establecer necesidades particulares del paciente. (Plan de cuidados del paciente)	24	2,6	30	3,2	83	8,8	209	22,2	259	27,6	293	31,2	42	4,5
No actualización de datos en la historia	30	3,2	40	4,3	89	9,5	232	24,7	270	28,7	222	23,6	57	6,2
Fallo en la revisión de la medicación del paciente	24	2,6	37	3,9	73	7,8	252	26,8	319	33,9	190	20,2	45	4,8
Observaciones: El número total de expertos en el primer Delphi es 940														

Figura 8. Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente según el total de encuestados



PV1: Fallo en la valoración física de la dependencia: deambulación, higiene personal, alimentación, eliminación.

PV2: Fallo en la utilización de escalas para la valoración mental

PV3: Fallo en la valoración clínica del paciente: identificación de diagnósticos médicos, patología de base.

PV4: No establecer necesidades particulares del paciente (Plan de cuidados del paciente)

PV5: No actualización de datos en la historia

PV6: Fallo en la revisión de la medicación del paciente

Tras la agrupación de frecuencias de aparición en tres grupos, si aparecen al menos una vez al mes, una o varias veces al año o si no ocurren en los centros, se puede apreciar claramente cómo los fallos en la valoración física del paciente y la no actualización de datos en la historia se producen en los centros con una frecuencia inferior o igual a la mensual según la opinión de más del 15% de los encuestados (tabla 43).

Tabla 43. Frecuencias agrupadas de aparición de IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente, según total de encuestados

IRSP Y EA	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		No contesta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fallo en la valoración física de la dependencia	166	17,7	529	56,3	214	22,8	31	3,3
Fallo en la utilización de escalas para la valoración mental	102	10,9	485	51,6	293	31,2	60	6,4
Fallo en la valoración clínica del paciente	69	7,3	540	57,4	276	29,4	55	5,9
No establecer necesidades particulares del paciente	137	14,6	468	49,8	293	31,2	42	4,5
No actualización de datos en la historia	159	16,9	502	53,4	222	23,6	57	6,1
Fallo en la revisión de la medicación del paciente	134	14,3	571	60,7	190	20,2	45	4,8
Observaciones: El número total de encuestados es de 940								

Si analizamos la frecuencia de aparición de los IRSP y EA según el tipo de centro del que proceden las encuestas, aparecen diferencias estadísticamente significativas en los fallos en la valoración física del paciente ($p < 0,001$), en los fallos en la utilización de escalas para la valoración mental ($p < 0,001$), en los fallos en la valoración clínica del paciente ($p = 0,025$) y en los fallos en la revisión de la medicación ($p = 0,004$) (tabla 44). En esta tabla puede apreciarse cómo la frecuencia de aparición de estos IRSP y EA son mayores en los hospitales de media/larga estancia que en las residencias sociosanitarias.

Tabla 44. Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente según el tipo de centro del que proceden las encuestas

IRSP Y EA	CSS	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Fallo en la valoración física de la dependencia	HMLE	92	24,6	192	51,3	90	24,1	374	100,0	<0,001
	RES	74	13,8	337	60,3	124	23,2	535	100,0	<0,001
Fallo en la utilización de escalas para la valoración mental	HMLE	64	17,6	191	52,6	108	29,8	363	100,0	<0,001
	RES	38	7,4	294	56,9	185	35,8	517	100,0	
Fallo en la valoración clínica del paciente	HMLE	39	10,7	214	58,8	111	30,5	364	100,0	0,025
	RES	30	5,8	326	62,6	165	31,7	521	100,0	
No establecer necesidades particulares del paciente	HMLE	67	18,1	181	48,9	122	33,0	370	100,0	NS
	RES	70	13,3	287	54,4	171	32,4	528	100,0	
No actualización de datos en la historia	HMLE	70	19,1	216	58,9	81	22,1	367	100,0	NS
	RES	89	17,2	286	55,4	141	27,3	516	100,0	
Fallo en la revisión de la medicación del paciente	HMLE	73	19,6	228	61,1	72	19,3	373	100,0	0,004
	RES	61	11,7	343	65,7	118	22,6	522	100,0	

CSS: Tipo de centro sociosanitario
RES: Residencia sociosanitaria
NS: No significativo (p>0,05)

HMLE: Hospital de media larga estancia
p: Nivel de significación estadística

Observaciones: No se consideran las preguntas no contestadas (valores perdidos) para la realización del análisis estadístico

Los resultados según el perfil profesional del encuestado nos aportan diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de aparición de la mayoría de los IRSP y EA, a excepción de los fallos en la valoración clínica y el no establecimiento de un plan de cuidados al ingreso del paciente en el centro (tabla 45). Los médicos son los que manifiestan que con mayor frecuencia se producen estos IRSP y EA en sus centros.

Tabla 45. Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente según el perfil profesional del encuestado

IRSP Y EA	Prof.	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Fallo en la valoración física de la dependencia	MDC	38	26,0	69	47,3	39	26,7	146	100,0	0,016
	ENF	61	15,1	252	62,4	91	22,5	404	100,0	
	AE	60	18,6	190	58,8	73	22,6	323	100,0	
Fallo en la utilización de escalas para la valoración mental	MDC	31	21,7	75	52,4	37	25,9	143	100,0	<0,001
	ENF	30	7,7	227	58,2	133	34,1	390	100,0	
	AE	37	11,9	166	53,5	107	34,5	310	100,0	
Fallo en la valoración clínica del paciente	MDC	10	6,8	98	67,1	38	26,0	146	100,0	NS
	ENF	25	6,3	240	60,3	133	33,4	398	100,0	
	AE	29	9,5	179	58,7	97	31,8	305	100,0	
No establecer necesidades particulares del paciente	MDC	23	15,8	89	61,0	34	23,3	146	100,0	NS
	ENF	57	14,2	215	53,5	130	32,3	402	100,0	
	AE	53	16,8	150	47,5	113	35,8	316	100,0	

Tabla 45. Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con la valoración inicial del paciente según el perfil profesional del encuestado “(Cont.)”.

IRSP Y EA	Prof.	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
No actualización de datos en la historia	MDC	30	21,0	83	58,0	30	21,0	143	100	<0,001
	ENF	81	20,1	254	63,2	67	16,7	402	100	
	AE	43	14,3	140	46,5	118	39,2	301	100	
Fallo en la revisión de la medicación del paciente	MDC	26	17,8	99	67,8	21	14,4	146	100	<0,001
	ENF	63	15,8	268	67,0	69	17,3	400	100	
	AE	40	12,8	179	57,4	93	29,8	312	100	

Prof: Profesión

ENF: Enfermero/a

p: Nivel de significación estadística

Observaciones: No se consideran las preguntas no contestadas (valores perdidos), ni las preguntas contestadas por otros profesionales (n=6) para la realización del análisis estadístico

MDC: Médico

AE: Auxiliar de enfermería

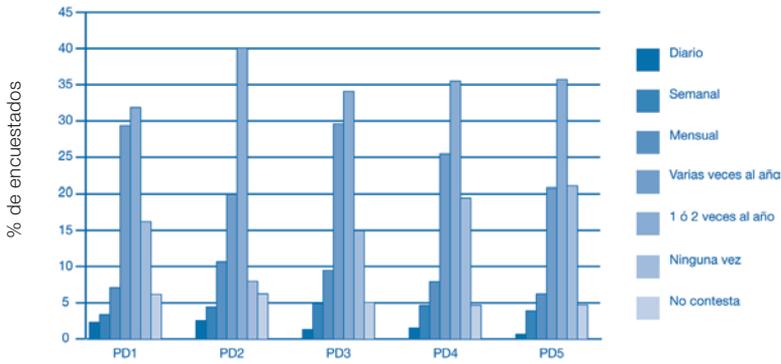
NS: No significativo (p>0,05)

5.3.4. Incidentes y eventos adversos relacionados con el diagnóstico del paciente

Los IRSP y EA relacionados con el diagnóstico del paciente que aparecen más frecuentemente en los centros sociosanitarios, según la opinión de los encuestados, se presentan en la tabla 46 y en la figura 9. El porcentaje de preguntas no contestadas para este bloque es inferior al 7%, siendo las tasas de no respuesta más elevadas las pertenecientes a los auxiliares de enfermería.

Tabla 46. Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con el diagnóstico del paciente según total de encuestados														
IRSP Y EA	Diario		Semanal		Mensual		Varias veces al año		1 ó 2 veces al año		Ninguna vez		No contesta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Retraso en el diagnóstico	14	1,5	30	3,2	74	7,9	285	30,3	308	32,8	168	17,9	61	6,5
Empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base	20	2,1	42	4,5	122	13,0	377	40,1	233	24,8	82	8,7	64	6,8
No detección a tiempo de cambios en el estado de ánimo	19	2,0	48	5,1	85	9,0	279	29,7	323	34,4	141	15,0	45	4,8
No detección a tiempo de cambios en el estado habitual	14	1,5	40	4,3	73	7,8	248	26,4	340	36,2	183	19,5	42	4,5
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva: confusión, desorientación, pérdida de memoria, delirios, torpeza	11	1,2	35	3,7	65	6,9	213	22,7	358	38,1	218	23,2	40	4,3
Observaciones: El número total de encuestados es de 940														

Figura 9. Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con el diagnóstico del paciente según el total de encuestados



PD1: Retraso en el diagnóstico

PD2: Empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base

PD3: No detección a tiempo de cambios en el estado de ánimo

PD4: No detección a tiempo de cambios en el estado habitual

PD5: No detección a tiempo de deterioro de capacidad cognitiva: desorientación, confusión, pérdida de memoria, delirios, torpeza

Según más del 15% de los encuestados, el empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base y la no detección a tiempo de los cambios en el estado de ánimo, se producen en los centros sociosanitarios con una frecuencia superior a la mensual (tabla 47).

Tabla 47. Frecuencias agrupadas de aparición de IRSP y EA relacionados con el diagnóstico del paciente según total de encuestados

IRSP Y EA	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		No contesta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Retraso en el diagnóstico	118	12,6	593	63,1	168	17,9	61	6,5
Empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base	184	19,6	610	64,9	82	8,7	64	6,8
No detección a tiempo de cambios en el estado de ánimo	152	16,2	602	64,0	141	15,0	45	4,8
No detección a tiempo de cambios en el estado habitual	127	13,5	588	62,6	183	19,5	42	4,5
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva	111	11,8	571	60,7	218	23,2	40	4,3
Observaciones: El número total de encuestados es de 940								

Los resultados según el tipo de centro del que proceden las encuestas nos aportan diferencias significativas sólo en el empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base ($p < 0,001$), apareciendo con mayor frecuencia en los hospitales de media y larga estancia que en las residencias (tabla 48).

Tabla 48. Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con el diagnóstico del paciente según el tipo de centro del que proceden las encuestas

IRSP Y EA	CSS	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Retraso en el diagnóstico	HMLE	57	15,7	230	63,2	77	21,2	364	100	NS
	RES	61	11,8	363	70,5	91	17,7	515	100	
Empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base	HMLE	98	27,0	221	60,9	44	12,1	363	100	<0,001
	RES	86	16,8	389	75,8	38	7,4	513	100	
No detección a tiempo de cambios en el estado de ánimo	HMLE	73	16,8	389	75,8	38	7,4	513	100	NS
	RES	79	15,1	357	68,4	86	16,5	522	100	
No detección a tiempo de cambios en el estado habitual	HMLE	47	12,6	258	69,2	68	18,2	373	100	NS
	RES	80	15,2	330	62,9	115	21,9	529	100	
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva	HMLE	46	12,3	245	65,7	82	22,0	373	100	NS
	RES	65	12,3	326	61,9	136	25,8	527	100	

CSS: Tipo de centro sociosanitario
RES: Residencia sociosanitaria
NS: No significativo ($p > 0,05$)

HMLE: Hospital de media larga estancia
p: Nivel de significación estadística

Observaciones: No se consideran las preguntas no contestadas (valores perdidos) para la realización del análisis estadístico

Según el perfil profesional de los encuestados existen diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de aparición de la totalidad de los IRSP y EA preguntados en este bloque. Destacar que los auxiliares de enfermería opinan en un porcentaje mayor que estos IRSP y EA no se producen en sus centros (tabla 49).

Tabla 49. Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con el diagnóstico del paciente según el perfil profesional del encuestado

IRSP Y EA	Prof.	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Retraso en el diagnóstico	MDC	18	12,4	111	76,6	16	11,0	145	100	0,003
	ENF	52	13,1	277	69,8	68	17,1	397	100	
	AE	45	15,0	181	60,1	75	24,9	301	100	
Empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base	MDC	27	18,6	110	75,9	8	5,5	145	100	0,001
	ENF	97	24,4	274	68,8	27	6,8	398	100	
	AE	56	18,8	199	66,8	43	14,4	298	100	
No detección a tiempo de cambios en el estado de ánimo	MDC	25	17,2	104	71,7	16	11,0	145	100	0,001
	ENF	74	18,3	282	69,8	48	11,9	404	100	
	AE	46	14,8	193	62,3	71	22,9	310	100	
No detección a tiempo de cambios en el estado habitual	MDC	18	12,3	110	75,3	18	12,3	146	100	<0,001
	ENF	58	14,4	276	68,7	68	16,9	402	100	
	AE	44	14,0	180	57,3	90	28,7	314	100	
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva	MDC	21	14,4	101	69,2	24	16,4	146	100	0,037
	ENF	52	12,9	258	64,0	93	23,1	403	100	
	AE	34	10,8	188	59,7	93	29,5	315	100	

Prof: Profesión

ENF: Enfermero/a

p: Nivel de significación estadística

MDC: Médico

AE: Auxiliar de enfermería

NS: No significativo (p>0,05)

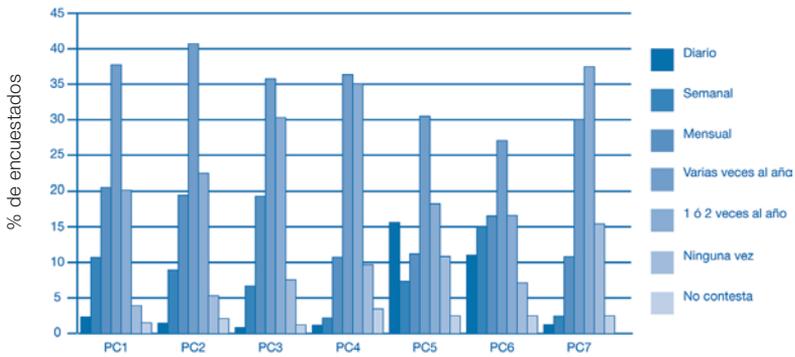
Observaciones: No se consideran las preguntas no contestadas (valores perdidos), ni las preguntas contestadas por otros profesionales (n=6) para la realización del análisis estadístico

5.3.5. Incidentes y eventos adversos relacionados con los cuidados al paciente

La frecuencia de aparición de los IRSP y EA relacionados con los cuidados proporcionados a los pacientes o con la falta de cuidados, se observa en la tabla 50 y en la figura 10. El porcentaje de preguntas no contestadas en este bloque es inferior al 3%.

Tabla 50. Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados los cuidados al paciente según el total de encuestados														
IRSP Y EA	Diario		Semanal		Mensual		Varias veces al año		1 ó 2 veces al año		Ninguna vez		No contesta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Caídas en la deambulacion	21	2,2	114	12,1	203	21,6	367	39,0	191	20,3	35	3,7	9	1,0
Caídas en el baño, habitación	14	1,5	84	8,9	182	19,4	389	41,4	216	23,0	45	4,8	10	1,0
Caídas de la cama, silla de ruedas, sillón	7	0,7	66	7,0	178	18,9	313	33,3	291	31,0	71	7,6	14	1,5
Escaras, úlceras por presión	8	0,9	25	2,7	113	12,0	348	37,0	333	35,4	93	9,9	20	2,1
Incontinencia urinaria o fecal	151	16,1	72	7,7	117	12,4	289	30,7	177	18,8	111	11,8	23	2,4
Estreñimiento	112	11,9	148	15,7	171	18,2	267	28,4	153	16,3	65	6,9	24	2,6
Aspiración broncopulmonar en anciano con demencia	6	0,6	22	2,3	102	10,9	281	29,9	356	37,9	153	16,3	20	2,1
Observaciones: El número total de encuestados es de 940														

Figura 10. Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con los cuidados al paciente según el total de los encuestados



- PC1: Caídas en la deambulaci3n
- PC2: Caídas en el bańo, habitaci3n
- PC3: Caídas de la cama, silla de ruedas, sill3n
- PC4: Escaras, úlceras por presi3n
- PC5: Incontinencia urinaria o fecal
- PC6: Estreñimiento
- PC7: Aspiraci3n broncopulmonar en anciano con demencia

La aparici3n de incontinencia fecal o urinaria y el estreñimiento asociados a los cuidados o falta de cuidados proporcionados al paciente, destacan entre los IRSP y EA de este bloque que con mayor frecuencia ocurren en los centros. Un porcentaje superior al 45% y 36% de los encuestados respectivamente, cree que esta situaci3n ocurre con una frecuencia superior a la mensual. A estos IRSP y EA le siguen en frecuencia las caídas, considerando m1s del 25% de los encuestados que las caídas, en cualquiera de sus matices, se producen en sus centros con una frecuencia superior o igual a 1 vez al mes (tabla 51).

Tabla 51. Frecuencias agrupadas de aparición de IRSP y EA relacionados con los cuidados al paciente según total de encuestados

IRSP Y EA	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		No contesta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Caídas en la deambulación	338	36,0	558	59,4	35	3,7	9	1,0
Caídas en el baño, habitación	280	29,8	605	64,4	45	4,8	10	1,1
Caídas de la cama, silla de ruedas, sillón	251	26,7	604	64,3	71	7,6	14	1,5
Escaras, úlceras por presión	146	15,5	681	72,4	93	9,9	20	2,1
Incontinencia urinaria o fecal	340	36,2	466	49,6	111	11,8	23	2,4
Estreñimiento	431	45,9	420	44,7	65	6,9	24	2,6
Aspiración broncopulmonar en anciano con demencia	130	13,8	637	67,8	153	16,3	20	2,1
Observaciones: El número total de encuestados es de 940								

Al analizar la frecuencia de aparición según el tipo de centro del que proceden las encuestas, se observan diferencias significativas en la aspiración broncopulmonar en el paciente con demencia ($p < 0,001$), produciéndose, según los encuestados, con mayor asiduidad en los hospitales de media/larga estancia. También aparecen diferencias en las caídas, pero sólo en las producidas durante la deambulación ($p = 0,019$) o en la cama/habitación ($p = 0,032$). Las caídas se producen con mayor frecuencia en las residencias sociosanitarias (tabla 52).

Tabla 52. Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con los cuidados al paciente según el tipo de centro del que proceden las encuestas

IRSP Y EA	CSS	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Caídas en la deambulaci3n	HMLE	117	31,0	243	64,5	17	4,5	377	100,0	0,019
	RES	221	39,9	315	56,9	18	3,2	554	100,0	
Caídas en el bańo, habitaci3n	HMLE	104	27,7	245	65,3	26	6,9	375	100,0	0,032
	RES	176	31,7	360	64,9	19	3,4	555	100,0	
Caídas de la cama, silla de ruedas, sill3n	HMLE	94	25,1	248	66,3	32	8,6	374	100	NS
	RES	157	28,4	356	39	39	7,1	552	100	
Escaras, 3lceras por presi3n	HMLE	65	17,4	271	72,7	37	9,9	373	100	NS
	RES	81	14,8	410	75,0	56	10,2	547	100	
Incontinencia urinaria o fecal	HMLE	139	37,4	189	50,8	44	11,8	372	100	NS
	RES	201	36,9	277	50,8	67	12,3	545	100	
Estreńimiento	HMLE	190	51,1	160	43,0	22	5,9	372	100	NS
	RES	241	44,3	260	47,8	43	7,9	544	100	
Aspiraci3n broncopulmonar en anciano con demencia	HMLE	82	22,1	251	67,7	38	10,2	371	100	<0,001
	RES	48	8,7	386	70,3	115	20,9	549	100	

CSS: Tipo de centro sociosanitario
RES: Residencia sociosanitaria
NS: No significativo ($p>0,05$)

HMLE: Hospital de media larga estancia
p: Nivel de significaci3n estadística

Observaciones: No se consideran las preguntas no contestadas (valores perdidos) para la realizaci3n del análisis estadístico

Según el perfil profesional de los encuestados los resultados presentan diferencias significativas en todos los IRSP y EA relacionados con los cuidados. Destacan que la percepción sobre la frecuencia de los IRSP y EA en los médicos y enfermeros es superior a la de los auxiliares de enfermería en la mayoría de los casos (tabla 53).

Tabla 53. Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con los cuidados al paciente según el perfil profesional del encuestado

IRSP Y EA	Prof.	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Caídas en la deambulación	MDC	56	38,6	88	60,7	1	0,7	145	100	<0,001
	ENF	172	42,4	222	54,7	12	3,0	406	100	
	AE	97	28,2	227	66,0	20	5,8	344	100	
Caídas en el baño, habitación	MDC	53	36,6	90	62,1	2	1,4	145	100	<0,001
	ENF	148	36,5	243	60,0	14	3,5	405	100	
	AE	67	19,4	252	73,0	26	7,5	345	100	
Caídas de la cama, silla de ruedas, sillón	MDC	52	35,9	89	61,4	4	2,8	145	100	<0,001
	ENF	130	32,3	246	61,2	26	6,5	402	100	
	AE	60	17,4	250	72,7	34	9,9	344	100	
Escaras, úlceras por presión	MDC	23	15,9	110	75,9	12	8,3	145	100	0,006
	ENF	74	18,3	301	74,3	30	7,4	405	100	
	AE	41	12,2	246	73,2	49	14,6	336	100	
Incontinencia urinaria o fecal	MDC	46	31,7	88	60,7	11	7,6	145	100	<0,001
	ENF	142	35,2	227	56,3	34	8,4	403	100	
	AE	139	41,7	133	39,9	61	18,3	333	100	

Tabla 53. Frecuencia de aparición de IRSP y EA relacionados con los cuidados al paciente según el perfil profesional del encuestado “(Cont.)”.

IRSP Y EA	Prof.	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Estreñimiento	MDC	77	53,8	64	44,8	2	1,4	143	100	<0,001
	ENF	185	46,0	199	49,5	18	4,5	402	100	
	AE	155	46,3	139	41,5	41	12,2	335	100	
Aspiración broncopulmonar en anciano con demencia	MDC	39	27,3	94	65,7	10	7,0	143	100	<0,001
	ENF	57	14,1	307	76,2	39	9,7	403	100	
	AE	26	7,7	215	63,6	97	28,7	338	100	

Prof: Profesión
 ENF: Enfermero/a
 p: Nivel de significación estadística

MDC: Médico
 AE: Auxiliar de enfermería
 NS: No significativo (p>0,05)

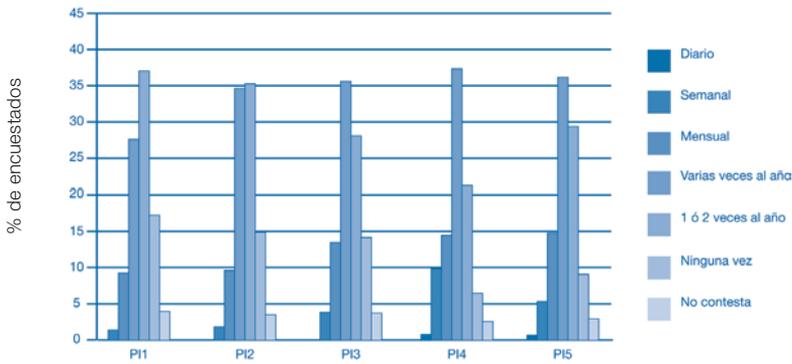
Observaciones: No se consideran las preguntas no contestadas (valores perdidos), ni las preguntas contestadas por otros profesionales (n=6) para la realización del análisis estadístico

5.3.6. Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

Las IRAS que aparecen más frecuentemente en los centros sociosanitarios se observan en la tabla 54 y figura 11. El porcentaje de preguntas no contestadas en relación a este bloque no supera el 4%, perteneciendo mayoritariamente a los auxiliares de enfermería las tasas de no respuesta más altas.

Tabla 54. Frecuencia de aparición de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria según el total de encuestados														
IRAS	Diario		Semanal		Mensual		Varias veces al año		1 ó 2 veces al año		Ninguna vez		No contesta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Neumonía por aspiración	2	0,2	18	1,9	86	9,1	226	2,8	366	38,9	175	18,6	27	2,9
Infección de úlceras por presión	4	0,4	18	1,9	81	8,6	331	35,2	339	36,1	141	15,0	26	2,8
Infección del tracto urinario asociada a sondaje	3	0,3	32	3,4	126	13,4	340	36,2	268	28,5	137	14,6	34	3,6
Infección del tracto urinario no asociada a sondaje	7	0,7	95	10,1	181	19,3	368	39,1	203	21,6	61	6,5	25	2,7
Conjuntivitis	9	1,0	55	5,9	144	15,3	346	36,8	273	29,0	88	9,4	25	2,7
Observaciones: El número total de encuestados es de 940														

Figura 11. Frecuencia de aparición las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria según el total de encuestados



PI1: Neumonía por aspiración

PI2: Infección de úlceras por presión

PI3: Infección del tracto urinario asociada a sondaje

PI4: Infección del tracto urinario no asociada a sondaje

PI5: Conjuntivitis

Las infecciones de tracto urinario no asociadas a sondaje, seguidas de las conjuntivitis y las infecciones del tracto urinario asociadas a sondaje son las que destacan por su mayor frecuencia de aparición. Más del 30% de los encuestados en el primer caso, del 22% en el segundo y del 17% en el tercero creen que se producen en su centro con una frecuencia superior a la mensual (tabla 55)

Tabla 55. Frecuencias agrupadas de aparición de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria según el total de encuestados

IRAS	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		No contesta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Neumonía por aspiración	106	11,3	632	67,2	175	18,6	27	2,9
Infección de úlceras por presión	103	11,0	670	71,3	141	15,0	26	2,8
Infección del tracto urinario asociada a sondaje	161	17,1	608	64,7	137	14,6	34	3,6
Infección del tracto urinario no asociada a sondaje	283	30,1	571	60,7	61	6,5	25	2,7
Conjuntivitis	208	30,1	571	60,7	61	6,5	25	2,7

Observaciones: El número total de encuestados es de 940

En la tabla 56 se puede apreciar que existen diferencias significativas en la frecuencia de aparición de la mayoría de las IRAS según el centro de procedencia de las encuestas. Sólo la conjuntivitis se produce con mayor frecuencia en las residencias que en los hospitales de media/larga estancia.

Tabla 56. Frecuencia de aparición de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria según el tipo de centro del que proceden las encuestas

IRAS	CSS	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Neumonía por aspiración	HMLE	77	19,3	256	68,4	46	12,3	374	100	<0,001
	RES	34	6,3	376	69,8	129	23,9	539	100	
Infección de úlceras por presión	HMLE	62	16,5	275	73,3	38	10,1	375	100	<0,001
	RES	41	7,6	395	73,3	103	19,1	539	100	
Infección del tracto urinario asociada a sondaje	HMLE	97	26,1	242	65,2	32	8,6	371	100	<0,001
	RES	64	12,0	366	68,4	105	19,6	535	100	
Infección del tracto urinario no asociada a sondaje	HMLE	107	28,5	236	62,9	32	8,5	375	100	NS
	RES	176	32,6	335	62,0	29	5,4	540	100	
Conjuntivitis	HMLE	57	15,2	226	71,1	51	13,6	374	100	<0,001
	RES	151	27,9	353	65,2	37	6,8	541	100	

CSS: Tipo de centro sociosanitario
RES: Residencia sociosanitaria
NS: No significativo (p>0,05)

HMLE: Hospital de media larga estancia
p: Nivel de significación estadística

Observaciones: No se consideran las preguntas no contestadas (valores perdidos) para la realización del análisis estadístico

Al estudiar por perfil profesional las IRAS, en todas se encuentran diferencias significativas, destacando la diferencia de opinión sobre la frecuencia de aparición en las neumonías por aspiración y las infecciones de úlceras por presión entre el colectivo médico y el de auxiliares de enfermería (tabla 57).

Tabla 57. Frecuencia de aparición de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria según el perfil profesional del encuestado

IRSP Y EA	Prof.	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Neumonía por aspiración	MDC	35	24,0	103	70,5	8	5,5	146	100	<0,001
	ENF	45	11,1	315	77,8	45	11,1	405	100	
	AE	22	6,7	190	58,3	114	35,0	326	100	
Infección de úlceras por presión	MDC	31	21,2	105	71,9	10	6,8	146	100	<0,001
	ENF	45	11,1	327	80,5	34	8,4	405	100	
	AE	21	6,4	214	65,6	91	27,9	326	100	
Infección del tracto urinario asociada a sondaje	MDC	53	36,6	80	55,2	12	8,3	145	100	<0,001
	ENF	69	17,0	276	68,1	60	14,8	405	100	
	AE	34	10,6	229	71,6	57	17,8	320	100	
Infección del tracto urinario no asociada a sondaje	MDC	55	37,7	83	56,8	8	5,5	146	100	0,003
	ENF	141	34,7	243	59,9	22	5,4	406	100	
	AE	76	23,2	223	68,2	28	8,6	327	100	
Conjuntivitis	MDC	35	24,0	102	69,9	9	6,2	146	100	0,021
	ENF	107	26,4	261	64,4	37	9,1	405	100	
	AE	57	17,4	232	70,7	39	11,9	328	100	

Prof: Profesión
 ENF: Enfermero/a
 p: Nivel de significación estadística

MDC: Médico
 AE: Auxiliar de enfermería
 NS: No significativo ($p > 0,05$)

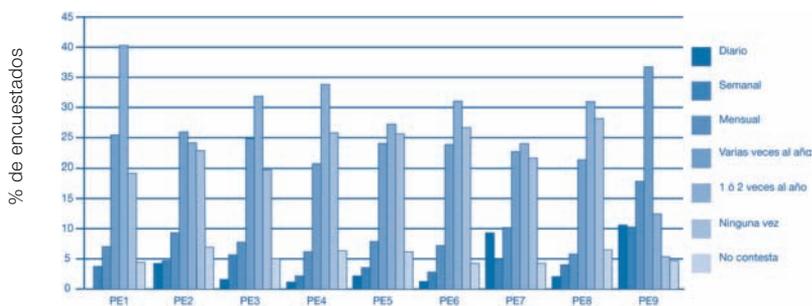
Observaciones: No se consideran as preguntas no contestadas (valores perdidos), ni las preguntas contestadas por otros profesionales (n=6) para la realización del análisis estadístico

5.3.7. Errores de medicación

La frecuencia de aparición de los errores de medicación en los centros sociosanitarios, según los encuestados, se observa en la tabla 58 y figura 12. El porcentaje de respuestas no contestadas no supera el 7% en ningún tipo de error de medicación, encontrándose las tasas de no respuesta más altas en los auxiliares de enfermería.

Tabla 58. Frecuencia de aparición de los errores de medicación según el total de encuestados														
Errores de medicación	Diario		Semanal		Mensual		Varias veces al año		1 ó 2 veces al año		Ninguna vez		No contesta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Prescripción o administración a paciente equivocado	2	0,2	26	2,8	68	7,2	246	26,2	385	41,0	178	18,9	35	3,7
Medicamento innecesario	34	3,6	46	4,9	88	9,4	253	26,9	234	24,9	222	23,6	63	6,7
Omisión de dosis o de medicamento	14	1,5	55	5,9	78	8,3	238	25,3	310	33,0	196	20,9	49	5,2
Dosis incorrecta	7	0,7	25	2,7	65	6,9	207	22,0	318	33,8	252	26,8	66	7,0
Hora de administración incorrecta	30	3,2	40	4,3	77	8,2	224	23,8	268	28,5	243	25,9	58	6,2
Duración del tratamiento incorrecta	10	1,1	23	2,4	64	6,8	231	24,6	295	31,4	254	27,0	63	6,7
Técnica de administración incorrecta	86	9,1	52	5,5	85	9,0	224	23,8	231	24,6	220	23,4	42	4,5
Monitorización insuficiente del tratamiento:	22	2,3	33	3,5	53	5,6	207	22,0	292	31,1	269	28,6	64	6,8
Falta de cumplimiento por el paciente	103	11,0	101	10,7	167	17,8	345	36,7	120	12,8	53	5,6	51	5,4
Observaciones: El número total de encuestados es de 940														

Figura 12. Frecuencia de aparición de los errores de medicación según el total de los encuestados



PE1: Prescripción o administración a paciente equivocado

PE2: Medicamento innecesario

PE3: Omisión de dosis o de medicamento

PE4: Dosis incorrecta

PE5: Hora de administración incorrecta (incluye la administración del medicamento fuera del intervalo de tiempo definido en cada institución sanitaria para la programación horaria de administración)

PE6: Duración del tratamiento incorrecta

PE7: Técnica de administración incorrecta (incluye fraccionar o triturar inapropiadamente formas sólidas orales)

PE8: Monitorización insuficiente del tratamiento: Falta de revisión clínica, Falta de controles analíticos, Interacción medicamento-medicamento, Interacción medicamento-alimento

PE9: Falta de cumplimiento por el paciente

La falta de cumplimiento por el paciente es el error de medicación que aparece con mayor frecuencia en los centros sociosanitarios. Según el 39,5% de los encuestados con una frecuencia superior a la mensual. A éste le siguen la utilización de una técnica de administración incorrecta, que incluye fraccionar o triturar inapropiadamente formas sólidas orales y la prescripción o administración de medicamentos innecesarios (tabla 59).

Tabla 59. Frecuencias agrupadas de aparición de los errores de medicación según el total de encuestados

Errores de medicación	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		No contesta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Prescripción o administración a paciente equivocado	96	10,2	631	67,1	178	18,9	35	3,7
Medicamento innecesario	168	17,9	487	51,8	222	23,6	63	6,7
Omisión de dosis o de medicamento	147	15,6	548	58,3	196	20,9	49	5,2
Dosis incorrecta	97	10,3	525	55,9	252	26,8	66	7,0
Hora de administración incorrecta	147	15,6	492	52,3	243	25,9	58	6,2
Duración del tratamiento incorrecta	97	10,3	526	56,0	254	27,0	63	6,7
Técnica de administración incorrecta	223	23,7	455	48,4	220	23,4	42	4,5
Monitorización insuficiente del tratamiento	108	11,5	499	53,1	269	28,6	64	6,8
Falta de cumplimiento por el paciente	371	39,5	465	49,5	53	5,6	51	5,4
Observaciones: El número total de encuestados es de 940								

Al estudiar las respuestas por el tipo de centro del que proceden, se observan diferencias significativas en todos los errores de medicación, destacando que la frecuencia de aparición es mayor en los hospitales que en las residencias, a excepción de la falta de cumplimiento del paciente y la técnica de administración incorrecta (tabla 60).

Tabla 60. Frecuencia de aparición de los errores de medicación según el tipo de centro del que proceden las encuestas

Errores de medicación	CSS	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Prescripción o administración a paciente equivocado	HMLE	53	14,5	244	66,8	68	18,6	365	100	0,007
	RES	43	8,0	387	71,7	110	20,4	540	100	
Medicamento innecesario	HMLE	85	24,1	198	56,1	70	19,8	353	100	0,001
	RES	83	15,8	289	55,2	152	29,0	524	100	
Omisión de dosis o de medicamento	HMLE	72	19,9	220	60,9	69	19,1	361	100	0,035
	RES	75	14,2	328	61,9	127	24,0	530	100	
Dosis incorrecta	HMLE	51	14,4	227	63,9	77	21,7	355	100	<0,001
	RES	46	8,9	298	57,4	175	33,7	519	100	
Hora de administración incorrecta	HMLE	77	21,7	208	58,6	70	19,7	355	100	<0,001
	RES	70	13,3	284	53,9	173	32,8	527	100	
Duración del tratamiento incorrecta	HMLE	57	16,0	230	64,6	69	19,4	356	100	<0,001
	RES	40	7,7	296	56,8	185	35,5	521	100	
Técnica de administración incorrecta	HMLE	75	20,7	215	59,2	73	20,1	363	100	<0,001
	RES	148	27,7	240	44,9	147	27,5	535	100	
Monitorización insuficiente del tratamiento	HMLE	42	11,7	235	65,6	81	22,6	358	100	<0,001
	RES	66	12,7	264	51,0	188	36,3	36,3	100	
Falta de cumplimiento por el paciente	HMLE	116	32,4	216	60,3	26	7,3	358	100	<0,001
	RES	225	48,0	249	46,9	27	5,1	531	100	

CSS: Tipo de centro sociosanitaria
RES: Residencia sociosanitaria
NS: No significativo (p>0,05)

HMLE: Hospital de media larga estancia
p: Nivel de significación estadística

Observaciones: No se consideran las preguntas no contestadas (valores perdidos) para la realización del análisis estadístico

Los resultados de frecuencia de aparición de errores de medicación analizados según el perfil profesional de los encuestados aportan diferencias significativas en todos los errores de medicación. Las diferencias mayores son las encontradas entre la opinión de los médicos y la de los auxiliares de enfermería (tabla 61).

Errores de medicación	Prof.	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Prescripción o administración a paciente equivocado	MDC	29	20,1	103	71,5	12	8,3	144	100	<0,001
	ENF	50	12,4	289	71,7	64	15,9	403	100	
	AE	15	4,6	218	67,5	90	27,9	323	100	
Medicamento innecesario	MDC	35	24,5	92	64,3	16	11,2	143	100	<0,001
	ENF	88	22,4	231	58,8	74	18,8	393	100	
	AE	37	12,1	148	48,5	120	39,3	305	100	
Omisión de dosis o de medicamento	MDC	37	25,5	90	62,1	18	12,4	145	100	<0,001
	ENF	75	18,7	266	66,3	60	15,0	401	100	
	AE	31	10,0	171	55,3	107	34,6	309	100	
Dosis incorrecta	MDC	25	17,5	94	65,7	24	16,8	143	100	<0,001
	ENF	41	10,4	267	67,8	86	21,8	394	100	
	AE	26	8,6	152	50,3	124	41,1	302	100	
Hora de administración incorrecta	MDC	37	25,9	89	62,2	17	11,9	143	100	<0,001
	ENF	74	18,5	237	59,1	90	22,4	401	100	
	AE	33	10,9	148	48,8	122	40,3	303	100	

Tabla 61. Frecuencia de aparición de los errores de medicación según el perfil profesional del encuestado “(Cont.)”.

Errores de medicación	Prof.	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Duración del tratamiento incorrecta	MDC	21	14,7	101	70,6	21	14,7	143	100	<0,001
	ENF	44	11,1	265	66,6	89	22,4	398	100	
	AE	27	9,0	147	48,8	127	42,2	301	100	
Técnica de administración incorrecta	MDC	35	24,1	88	60,7	22	15,2	145	100	<0,001
	ENF	116	28,8	203	50,4	84	20,8	403	100	
	AE	64	20,4	150	47,8	100	31,8	314	100	
Monitorización insuficiente del tratamiento	MDC	24	16,7	106	73,6	14	9,7	144	100	<0,001
	ENF	56	14,0	245	61,3	99	24,8	400	100	
	AE	24	8,1	129	43,3	145	48,7	298	100	
Falta de cumplimiento por el paciente	MDC	61	42,1	81	55,9	3	2,1	145	100	<0,001
	ENF	177	44,8	204	51,6	14	3,5	395	100	
	AE	123	39,0	162	51,4	30	9,5	315	100	

Prof: Profesión
ENF: Enfermero/a
Nivel de significación estadística

MDC: Médico
AE: Auxiliar de enfermería
NS: No significativo (p>0,05)

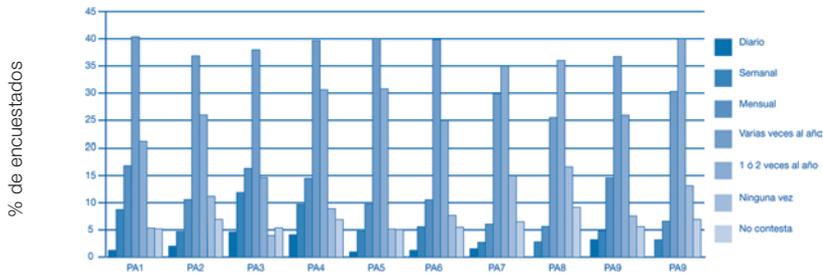
Observaciones: No se consideran las preguntas no contestadas (valores perdidos), ni las preguntas contestadas por otros profesionales (n=6) para la realización del análisis estadístico

5.3.8. Acontecimientos adversos por medicación

La frecuencia de aparición de los acontecimientos adversos por medicación en los centros sociosanitarios se reflejan en la tabla 62 y figura 13. El porcentaje de preguntas no contestadas es inferior al 9,5%, perteneciendo mayoritariamente a los auxiliares de enfermería.

Tabla 62. Frecuencia de aparición de los acontecimientos adversos por medicación según el total de encuestados														
Acontecimientos adversos por medicación	Diario		Semanal		Mensual		Varias veces al año		1 ó 2 veces al año		Ninguna vez		No contesta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	11	1,2	81	8,6	160	17,0	384	40,9	207	22,0	46	4,9	51	5,4
Hipotensión por fármacos	9	1,0	37	3,9	108	11,5	361	38,4	253	26,9	105	11,2	67	7,1
Estreñimiento secundario a medicación	45	4,8	118	12,6	171	18,2	365	38,8	149	15,9	39	4,1	53	5,6
Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos /insulina	42	4,5	94	10,0	139	14,8	318	33,8	200	21,3	81	8,6	66	7,0
Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos	18	1,9	47	5,0	100	10,6	380	40,4	296	31,5	50	5,3	49	5,2
Malestar o dolor por fármacos (epigastralgia)	17	1,8	54	5,7	113	12,0	372	39,6	248	26,4	79	8,4	57	6,1
Alteraciones neurológicas por fármacos	13	1,4	32	3,4	71	7,6	286	30,4	325	34,6	146	15,5	67	7,1
Desequilibrio electrolítico	1	0,1	19	2,0	63	6,7	244	26,0	356	37,9	169	18,0	88	9,4
Otros efectos secundarios de fármacos (tos, disnea, sequedad de boca...)	20	2,1	52	5,5	136	14,5	343	36,5	256	27,2	75	8,0	58	6,2
Desequilibrio electrolítico	4	0,4	19	2,0	61	6,5	283	30,1	382	40,6	125	13,3	66	7,0
Observaciones: El número total de encuestados es de 940														

Figura 13. Frecuencia de aparición de los acontecimientos adversos por medicación según el total de encuestados



- PA1: Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación
- PA2: Hipotensión por fármacos
- PA3: Estreñimiento secundario a medicación
- PA4: Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos /insulina
- PA5: Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos
- PA6: Malestar o dolor por fármacos
- PA7: Alteraciones neurológicas por fármacos
- PA8: Desequilibrio electrolítico
- PA9: Otros efectos secundarios de fármacos
- PA10: Intolerancia a fármaco

El estreñimiento, la hipo/hiperglucemia por antidiabéticos orales o insulina y las náuseas, vómitos o diarreas, son los acontecimientos adversos por medicación que se producen en los centros sociosanitarios con mayor frecuencia, considerando más del 25% de los encuestados que aparecen con una frecuencia superior a la mensual (tabla 63).

Tabla 63. Frecuencias agrupadas de aparición de los acontecimientos adversos por medicación según el total de encuestados

Acontecimientos adversos por medicación	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		No contesta	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	252	26,8	591	62,9	46	4,9	51	5,4
Hipotensión por fármacos	154	16,4	614	65,3	105	11,2	67	7,1
Estreñimiento secundario a medicación	334	35,5	514	47,7	39	4,1	53	5,6
Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos /insulina	274	29,3	518	55,1	81	8,6	66	7,0
Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos	165	17,6	676	71,9	50	5,3	49	5,2
Malestar o dolor por fármacos (epigastralgia)	184	19,6	620	66,0	79	8,4	57	6,1
Alteraciones neurológicas por fármacos	116	12,3	611	65,0	146	15,5	67	7,1
Desequilibrio electrolítico	83	8,8	600	63,8	169	18,0	88	9,4
Otros efectos secundarios de fármacos	208	22,1	599	63,7	75	8,0	58	6,2
Intolerancia a fármaco	84	8,9	665	70,7	125	13,3	66	7,0
Observaciones: El número total de encuestados es de 940								

Al estudiar las frecuencias de aparición de los acontecimientos adversos por medicación según la procedencia de las encuestas, las diferencias más significativas aparecen en el estreñimiento secundario a la medicación ($p < 0,001$), en la hipo/hiperglucemia por antidiabéticos orales/insulina ($p < 0,001$) y en el desequilibrio electrolítico por uso de fármacos ($p < 0,001$), apareciendo más asiduamente en los hospitales de media/larga estancia que en las residencias (tabla 64).

Tabla 64. Frecuencia de aparición de los acontecimientos adversos por medicación según el tipo de centro del que proceden las encuestas

Acontecimientos adversos por medicación	CSS	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	HMLE	113	31,4	229	63,6	18	5,0	360	100	NS
	RES	139	26,3	362	68,4	28	5,3	529	100	
Hipotensión por fármacos	HMLE	80	22,1	243	67,1	39	10,8	362	100	0,013
	RES	74	14,5	371	72,6	66	12,9	511	100	
Estreñimiento secundario a medicación	HMLE	166	46,1	175	48,6	19	5,3	360	100	<0,001
	RES	168	31,9	339	64,3	20	3,8	527	100	
Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos /insulina	HMLE	141	39,0	196	54,1	25	6,9	362	100	<0,001
	RES	134	26,2	322	62,9	56	10,9	512	100	
Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos	HMLE	71	19,7	274	75,9	16	4,4	361	100	<0,001
	RES	94	17,7	402	75,8	34	6,4	530	100	
Malestar o dolor por fármacos (epigastralgia)	HMLE	81	22,4	248	68,7	32	8,9	361	100	<0,001
	RES	103	19,7	372	71,3	47	9,0	522	100	
Alteraciones neurológicas por fármacos	HMLE	50	14,0	247	69,4	59	16,6	356	100	<0,001
	RES	66	12,8	364	70,4	87	16,8	517	100	
Desequilibrio electrolítico	HMLE	52	14,7	239	67,7	62	17,6	353	100	<0,001
	RES	31	6,2	361	72,3	107	21,4	499	100	
Otros efectos secundarios de fármacos	HMLE	98	27,1	231	64,0	32	8,9	361	100	<0,001
	RES	110	21,1	368	70,6	43	8,3	521	100	

Tabla 64. Frecuencia de aparición de los acontecimientos adversos por medicación según el tipo de centro del que proceden las encuestas “(Cont.)”.

Acontecimientos adversos por medicación	CSS	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Intolerancia a fármaco	HMLE	43	12,0	270	75,6	44	12,3	357	100	<0,001
	RES	41	7,9	395	76,4	81	15,7	517	100	

CSS: Tipo de centro sociosanitario
 RES: Residencia sociosanitaria
 NS: No significativo (p>0,05)

HMLE: Hospital de media larga estancia
 p: Nivel de significación estadística

Observaciones: No se consideran las preguntas no contestadas (valores perdidos) para la realización del análisis estadístico

Según el perfil profesional de quien realiza la encuesta aparecen diferencias significativas en todos los acontecimientos adversos por medicación, destacándose de nuevo las mayores diferencias de opinión sobre la frecuencia de aparición entre los médicos y los auxiliares de enfermería (tabla 65).

Tabla 65. Frecuencia de aparición de los acontecimientos adversos por medicación según el perfil profesional del encuestado

Acontecimientos adversos por medicación	Prof.	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	MDC	54	37,8	87	60,8	2	1,4	143	100	<0,001
	ENF	125	31,1	265	65,9	12	3,0	402	100	
	AE	68	22,0	210	68,0	31	10,0	309	100	
Hipotensión por fármacos	MDC	49	33,8	92	63,4	4	2,8	145	100	<0,001
	ENF	72	18,0	303	75,6	26	6,5	401	100	
	AE	29	9,9	194	66,2	70	23,9	293	100	
Estreñimiento secundario a medicación	MDC	80	55,6	64	44,4	0	0,0	144	100	<0,001
	ENF	148	36,8	245	60,9	9	2,2	402	100	
	AE	97	31,7	182	59,5	27	8,8	306	100	
Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos /insulina	MDC	71	49,0	73	50,3	1	0,7	145	100	<0,001
	ENF	135	33,6	241	60,0	26	6,5	402	100	
	AE	63	21,6	176	60,5	52	17,9	291	100	
Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos	MDC	33	22,8	111	76,6	1	0,7	145	100	<0,001
	ENF	76	18,8	318	78,7	10	2,5	404	100	
	AE	51	16,6	220	71,4	37	12,0	308	100	
Malestar o dolor por fármacos (epigastralgia)	MDC	35	24,1	104	71,7	6	4,1	145	100	<0,001
	ENF	84	21,0	296	74,0	20	5,0	400	100	
	AE	54	17,9	198	65,6	50	16,6	302	100	

Tabla 65. Frecuencia de aparición de los acontecimientos adversos por medicación según el perfil profesional del encuestado “(Cont.)”.

Acontecimientos adversos por medicación	Prof.	Diario, semanal, mensual		Anual		Ninguna vez		Total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Alteraciones neurológicas por fármacos	MDC	29	20,1	103	71,5	12	8,3	144	100	<0,001
	ENF	45	11,5	292	74,3	56	14,2	393	100	
	AE	36	11,9	199	65,9	67	22,2	302	100	
Desequilibrio electrolítico	MDC	25	17,4	105	72,9	14	9,7	144	100	<0,001
	ENF	34	8,7	288	73,7	69	17,6	391	100	
	AE	23	8,0	185	64,7	78	27,3	286	100	
Otros efectos secundarios de fármacos	MDC	43	29,7	98	67,6	4	2,8	145	100	<0,004
	ENF	94	23,6	274	68,8	30	7,5	398	100	
	AE	60	19,7	207	68,1	37	12,2	304	100	
Intolerancia a fármaco	MDC	28	19,4	109	75,7	7	4,9	144	100	<0,001
	ENF	29	7,3	319	80,4	49	12,3	397	100	
	AE	26	8,7	206	69,1	66	22,1	298	100	

Prof: Profesión
 ENF: Enfermero/a
 p: Nivel de significación estadística

MDC: Médico
 AE: Auxiliar de enfermería
 NS: No significativo (p>0,05)

Observaciones: No se consideran las preguntas no contestadas (valores perdidos), ni las preguntas contestadas por otros profesionales (n=6) para la realización del análisis estadístico

5.3.9. Otros comentarios realizados por los encuestados

Destacar los comentarios realizados por el personal auxiliar de enfermería, ya que nos reflejan que la tasa de no respuesta detectada sobre algunos IRSP y EA se debe a la falta de información o competencia para poder contestarlas. Ejemplos de estas contestaciones son: “sólo se contestan las relacionadas con mi categoría”, “dejo casillas sin contestar por no tener conocimientos debido a mi puesto”, “no tengo acceso a información para contestar algunas preguntas”, “las que no contesto es por no pertenecer a mis funciones”, “muchas preguntas no están relacionadas con mi puesto de trabajo” o “no se rellenan todos los campos por no tener información sobre ellos”.

La calidad en la cumplimentación de los cuestionarios se considera aceptable, siendo la media de respuestas no contestadas por pregunta del 4,8% (DE: 2%).

6. Fase 3. Metaplan

6.1. Objetivos

- Analizar los principales problemas relacionados con la seguridad del paciente que se producen en los centros sociosanitarios, identificados por los expertos participantes en el Delphi, considerando los factores que contribuyen a su aparición y las barreras culturales y organizativas relacionadas con la seguridad del paciente.
- Identificar y priorizar estrategias efectivas y sostenibles para la prevención de eventos adversos y mejora de la seguridad del paciente en residencias y hospitales de media y larga estancia.

6.2. Metodología

6.2.1. Diseño de la tercera fase de estudio

La tercera fase del estudio se realizó a través de métodos cualitativos, combinando elementos de las técnicas del grupo nominal y del grupo focal (Metaplan®)³².

El **grupo nominal**³³ combina las ventajas del trabajo individual con la riqueza de la discusión en grupo, evitando las presiones que éste puede ejercer sobre los sujetos, de forma que los participantes puedan manifestar sus opiniones libremente, sin sesgar las temáticas que se abordan una vez iniciado el debate. Los sujetos plasman primero sus ideas de manera individual e independiente y, seguidamente, se presentan al grupo de forma no vinculada a la persona que la genera, para discutir las abiertamente.

El **grupo focal**³⁴ es una entrevista grupal dirigida por un moderador a través de un guión de temas previamente establecidos. Lo que se busca fundamentalmente es la interacción entre los participantes como método para poder generar cuanta más información mejor. Suele estar constituido por un grupo limitado de personas, entre 6 y 12 participantes, un moderador y un observador o relator. Se analiza no solo el contenido del discurso, agrupado por categorías, sino también la solidez de las propuestas y el interés y consenso que suscita cada una de las ideas. Se consigue información en profundidad sobre la opinión de las personas y su manera de actuar, explorando el porqué y el cómo de su opinión y de sus acciones.

6.2.2. Selección de participantes

La selección de participantes se realizó de mediante muestreo de conveniencia, para garantizar la presencia de expertos relevantes y con participación voluntaria. Éstos se identificaron bien por sus aportaciones concretas y destacadas en la primera fase del estudio, bien a través de informadores clave.

A todos los expertos identificados se les envió una carta de invitación a la jornada de trabajo indicándoles los objetivos de la misma. Esta jornada tuvo lugar el día 17 de Marzo de 2011 en la sede del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en Madrid, de 10:00h a 18:00h.

El total de expertos que participaron ascendió a 24. Se incluyeron de forma equilibrada profesionales con perfil asistencial: medicina, enfermería y farmacia, de hospitales de media-larga estancia, residencias y atención primaria, con profesionales de perfil directivo o gestor procedentes de centros sociosanitarios, de los servicios centrales de salud y servicios sociales y del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Además, se tuvo en cuenta la procedencia desde distintas comunidades autónomas dado que los modelos organizativos pudieran ser diferentes (anexo 12).

6.2.3. Desarrollo del Metaplan

1.- Objetivos de los grupos de discusión

En función de las aportaciones realizadas en las dos primeras fases del estudio, se identificaron los principales problemas relacionados con la seguridad del paciente que se producen en los centros sociosanitarios.

Con el fin de analizar los factores que contribuyen a su aparición y las barreras culturales y organizativas relacionadas con la seguridad del paciente e identificar y priorizar estrategias efectivas y sostenibles para la prevención de eventos adversos y mejora de la seguridad del paciente, los participantes se distribuyeron en 4 grupos diferentes, teniendo en consideración su perfil profesional, ámbito de trabajo y/o contestaciones proporcionadas en el Delphi.

Los grupos de trabajo se centraron en los siguientes temas:

- Grupo 1: Mejorando la seguridad del paciente en el ingreso/reingreso en el centro
- Grupo 2: Mejorando los cuidados proporcionados al paciente

- Grupo 3: Reduciendo las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
- Grupo 4: Mejorando la seguridad en el uso de la medicación.

Las dos **cuestiones clave** a considerar por los expertos en cada grupo de trabajo fueron las siguientes:

- Identificación de factores contribuyentes a la aparición de incidentes o eventos adversos, de mayor frecuencia, gravedad y/o que afecten a un mayor número de pacientes, en los centros sociosanitarios.
- Propuesta de estrategias efectivas y sostenibles para la prevención de estos incidentes o eventos adversos en los citados centros.

2.- Dinámica del trabajo grupal

En cada grupo de trabajo se siguieron las siguientes fases:

- Presentación del coordinador, relator y expertos al resto del grupo.
- Explicación de la metodología utilizada para el trabajo grupal consistente en:
- Introducción breve del tema a analizar: ¿Qué se sabía del problema antes de realizar el estudio? ¿Qué información nos han aportado el Delphi y las encuestas de percepción en relación al tema en cuestión?
- Presentación de una pregunta clave al grupo, dando tiempo de reflexión personal a fin de que todos los participantes del grupo anoten todas las ideas que se le ocurran individualmente (cada idea en una cartulina). Seguidamente, se recogen todas las tarjetas, se clarifican y se van fijando en un panel de manera organizada. Posteriormente las ideas se discuten para llegar a un consenso de grupo sobre la pregunta planteada.
- **1ª Pregunta clave:** Identifique qué factores pueden contribuir a la aparición de incidentes o eventos adversos, de mayor frecuencia, gravedad y/o que afecten a un mayor número de pacientes, en los centros sociosanitarios.

Con el fin de facilitar la clasificación de los factores contribuyentes se distribuyó a cada experto un documento escrito con las distintas categorías de factores contribuyentes recomendadas por la NPSA (National Patient Safety Agency)³ del Reino Unido (anexo 13). El producto fue un listado de factores contribuyentes por categorías y jerarquizado según el número de repeticiones de la misma idea por más de un participante (espontaneidad)

- **2ª Pregunta clave:** Proponga estrategias efectivas y sostenibles para la prevención de estos incidentes o eventos adversos en los centros sociosanitarios considerando tres niveles organizativos: macrogestión, mesogestión y microgestión.

En esta pregunta no existieron categorías previamente establecidas, por lo que a medida que se fueron clarificando las ideas se agruparon por contenidos. Una vez colocadas todas las tarjetas se dispuso un título consensuado que englobaba a cada agrupación de ideas y estrategias. Por último, y con ayuda de una plantilla (anexo 14), se valoraron todas las estrategias puntuando del 1 al 5 y de forma individual los siguientes aspectos³⁵:

- Eficacia y solidez de la evidencia
- Factibilidad para la implementación
- Oportunidades de participación del paciente y de la familia
- Generalización y adaptación local
- Consecuencias no deseadas para el paciente o la organización.

El producto fue un listado de las estrategias ordenadas según la puntuación obtenida para presentarlo en el plenario

Como precaución metodológica dirigida a analizar el nivel de concordancia entre grupos, se distribuyó un documento a fin de que los participantes anotaran alguna estrategia efectiva y sostenible para la prevención de un problema relacionado con la seguridad del paciente de los analizados por otro de los grupos.

3.- Plenario

Todos los expertos participaron posteriormente en un plenario con el fin de priorizar las estrategias con mayor puntuación de cada uno de los grupos de trabajo, ya que todas ellas se consideraron importantes.

Antes de proceder a la priorización de estrategias en el plenario, los coordinadores de los distintos grupos presentaron una síntesis del trabajo realizado en los mismos, para describir y asegurar la comprensión de las ideas.

A la vista de la información compartida por cada grupo, los participantes procedieron a ponderar las estrategias. La ponderación se realizó mediante una escala de 1 a 5, donde 1 representaba que la estrategia propuesta tenía una prioridad mínima y 5 una máxima prioridad y urgencia.

Para realizar la votación se recurrió a un sistema automatizado de votación mediante mandos de infrarrojos (Educlick®), que permite conocer de forma inmediata los resultados de las ponderaciones asignadas preservando el anonimato de quienes responden.

4.- Análisis de información

El procedimiento para el análisis de los datos es diferente según el tipo de pregunta realizada. Se han realizado dos tipos de análisis, uno de tipo cualitativo que se presenta a través de la codificación y análisis de las aportaciones recogidas durante las sesiones para tener en cuenta el sentido de las mismas, los acuerdos y divergencias y otro de tipo semicuantitativo.

- Para el análisis semicuantitativo de la primera pregunta clave se utilizaron como medidas: la productividad, en términos del número de ideas generadas de manera individual y por cada uno de los grupos, y la espontaneidad medida en función del número de expertos que, de forma independiente, propusieron una misma idea.
- Para la segunda pregunta se midieron la intensidad de las puntuaciones otorgadas para cada uno de los aspectos valorados de las distintas estrategias, presentados mediante la media y la varianza como expresión de la variabilidad en el grado de acuerdo.
- Por último, los resultados del plenario se analizaron midiendo el grado de acuerdo en la prioridad de las estrategias y que se presenta como una media con su varianza y coeficiente de variación.

5.- Elaboración del informe

Posteriormente el coordinador y la relatora de cada grupo realizaron un informe preliminar de resultados que fue enviado en las dos semanas siguientes a todos los participantes a fin de que mostraran su grado de acuerdo y facilitaran la información que pudiera no haber quedado registrada con suficiente precisión. Incluía las siguientes cuestiones:

- Listado categorizado de factores contribuyentes obtenidos en cada sesión de trabajo junto al número de ideas que de forma individual y espontánea se repiten por más de un participante (espontaneidad).
- Listado de las estrategias identificadas por cada grupo de trabajo y ordenadas según la puntuación obtenida tras la votación grupal.
- Listado de estrategias priorizado en el plenario.
- Análisis de la concordancia entre grupos.
- Breve descripción del contenido capturado durante las sesiones de trabajo.

Finalmente, con las sugerencias y comentarios recibidos se elaboró el informe definitivo.

6.3. Resultados

6.3.1. Características del panel de expertos

El número total de expertos que participaron en el Metaplan fue de 24, provenientes de diferentes comunidades autónomas (figura 14). El 58,3% eran mujeres, el 45,8% médicos y un 41,7% diplomados de enfermería (tabla 66). El 70,8% procedía de residencias, hospitales de media y larga estancia o de atención primaria y un 29,2% tenía puestos de responsabilidad en la gestión o dirección de centros (tabla 67).

Los expertos se distribuyeron en 4 grupos de trabajo con un perfil homogéneo en cuanto a perfil profesional y procedencia y de manera que cada grupo poseía 6 integrantes.



Tabla 66. Distribución de expertos por profesión

Perfil profesional	n	%
Médico	11	45,8
Enfermero/a	10	41,7
Otros	3	12,5

Tabla 67. Distribución de expertos por procedencia

Procedencia	n	%
Residencias	9	37,5
Hospitales media/larga estancia	5	20,8
Atención Primaria	3	12,5
Servicios Centrales CCAA	3	12,5
MSPSI	4	16,7

CCAA: Comunidades autónomas

MSPSI: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

6.3.2. Factores contribuyentes

La suma total de las ideas aportadas, por los cuatro grupos de trabajo, sobre los factores que pueden contribuir a la aparición de problemas relacionados con la seguridad del paciente fue de 322, con una media de 13,4 ideas por experto. El número de ideas repetidas por varios participantes (espontaneidad) fue de 48. En la tabla 68 se presentan la productividad de las ideas y la espontaneidad obtenida en cada uno de los grupos.

Tabla 68. Productividad y espontaneidad

Factores contribuyentes	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3			Grupo 4		
	PR	PeR	E	PR	PeR	E	PR	PeR	E	PR	PeR	E
Pacientes	15	14	1	14	9	3	21	13	7	9	9	0
Profesionales	9	2	2	10	8	2	6	4	1	10	8	2
Tareas a desarrollar	7	7	0	8	7	1	15	6	4	13	13	0
Comunicación	6	4	2	9	6	1	7	5	2	7	7	0
Equipo y factores sociales	5	4	1	9	7	2	3	3	0	5	5	0
Formación y entrenamiento	5	5	0	9	6	3	9	7	1	11	10	1
Equipamiento y recursos	4	4	0	6	6	0	8	7	1	7	6	1
Condiciones de trabajo	2	2	0	7	6	1	7	4	2	10	10	0
Organizativos y estratégicos	14	12	2	17	13	2	7	5	2	9	8	1
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	67	54	8	89	68	15	83	54	20	83	67	5

PR: Productividad
E: Espontaneidad

PeR: Productividad excluyendo repeticiones

Grupo 1: Mejorando la seguridad del paciente en el ingreso/reingreso en el centro
Grupo 2: Mejorando los cuidados proporcionados al paciente
Grupo 3: Reduciendo las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
Grupo 4: Mejorando la seguridad en el uso de la medicación

El trabajo realizado por cada uno de los grupos se presenta gráficamente en forma de diagrama de espina de pescado (figuras 15, 16, 17 y 18). En ellas se aprecia entre paréntesis la espontaneidad de la idea (número de veces que la idea fue repetida por varios participantes) y con un asterisco las ideas que fueron desdobladas en dos o más categorías diferentes.

Grupo 1. Mejorando la seguridad del paciente al ingreso/reingreso

El número de ideas aportadas sobre los factores que pueden contribuir a la aparición de problemas relacionados con la seguridad del paciente al ingreso o reingreso en los centros sociosanitarios fueron 67 (tabla 68). Los factores que a continuación pasamos a describir se encuentran representados en la figura 15.

En la categoría de pacientes, se definieron 14 factores diferentes, por orden de frecuencia fueron los siguientes: *polimedicación* del paciente, existencia de *comorbilidades*, *reticencias al ingreso*, *falta de implicación del paciente en su autocuidado* (conocer sus problemas de salud, pruebas complementarias realizadas, tratamiento al alta, tratamiento habitual...), *sobrecarga de tareas* para el residente al ingreso, *deficiente documentación aportada* por el residente (informes médicos obsoletos, medicación no actualizada, falta de informes de valoración de dependencia), *problemas del lenguaje* (sobre todo en pacientes de edad avanzada o con deterioro cognitivo), *estado de consciencia* (factor que se repitió en dos ocasiones), *déficit nutricional*, *problemas mentales*, *mayor edad*, *incertidumbre* del nuevo residente sobre su adaptación a las condiciones de la residencia, *nuevas patologías al reingreso* que pueden ser distintas a las que traía en su primer ingreso y *déficit de higiene personal*.

En relación a los factores contribuyentes relacionados con los profesionales, el factor más destacado (7 ocasiones) fue la *sobrecarga de trabajo* que presentan, aludiendo a que no pueden dedicar tiempo suficiente al residente para informarle sobre las características del centro donde ingresa (varios ingresos en el mismo día, además urgencias...). Otro factor en esta categoría es la *falta de motivación* en los profesionales por una insuficiente percepción de los riesgos.

En tareas a desarrollar, se subrayó como más destacado, la *falta de información actualizada o incompleta* (informe médico), seguido de *fallos en la realización de la valoración física* al ingreso o reingreso. Otro de los factores fue que no se presta suficiente atención a las *nuevas indicaciones tras un reingreso*, tal y como se mencionó en la categoría de pacientes. El *retraso en la elaboración de un plan de cuidados individualizado*, la *falta de identificación de criterios de seguimiento*, la *duplicidad de la información* sobre diagnósticos o tratamientos y *el no priorizar la revisión de las pautas de tratamiento* fueron otros de los factores en relación a la aparición de un EA en la valoración al ingreso.

Dos expertos señalaron entre los factores de comunicación, que existe una falta de comunicación en los distintos niveles asistenciales, con la familia y entre profesionales sanitarios (médico y personal de enfermería del centro), además de *una dificultad idiomática* para el entendimiento sobre todo en pacientes mayores desorientados y la *no utilización de mecanismos para evitar errores en la comunicación*.

Dentro de los factores sociales el factor más destacado fue la *falta de acompañante* al ingreso, es decir que el paciente llegue solo y además sin informes, aunque la *falta de apoyo y colaboración familiar* fue repetida por dos expertos. Hay que diferenciar las familias que incluso realizan *boicot* (“*se resisten a llevarlos al especialista*”), en contraposición a los familiares

con problemas de “carga de conciencia” que no dejan actuar al profesional ya que ejercen sobre él *excesiva presión familiar*.

Dentro de la categoría de formación se identificaron 5 factores. El más prioritario fue el déficit de formación en la *admisión del paciente*, posteriormente se detectó la necesidad de formación tanto de *temas generales* (seguridad del paciente) como *específicos* (medicación, úlceras por presión), en técnicas de *comunicación* y la oportunidad de incidir en la *formación continuada*, con especial atención a la adquisición de habilidades, entrenamiento y actualización de conocimientos.

En la categoría de recursos se destaca la *falta de bases de datos de uso universal*: la información está extraordinariamente dispersa y compartimentada, lo que facilita que los datos se pierdan, y no sólo los referidos a la historia clínica de los pacientes. Además, la insuficiente implantación de la historia clínica electrónica determina que no se *tenga acceso a la historia clínica* desde los centros. En tercera posición, la existencia de *limitaciones económicas del centro* (falta de recursos para *sistemas de traducción* tanto tele traducción como a través de mediadores interculturales).

Respecto a las condiciones de trabajo se destacaron la falta de *descanso de los profesionales* debido a sus guardias, y deficiencias en relación a las *condiciones ambientales y de espacio* en el momento de la valoración al ingreso.

Finalmente se identificaron en relación a los factores organizativos y estratégicos una ausencia de *protocolos de admisión* del paciente (protocolos incompletos). En este punto se abrió un debate sobre si la falta de protocolización de tareas pudiera estar englobado en el factor en relación a las tareas o en factores organizativos. En el grupo se puso de manifiesto la diferencia que existe entre que no existan protocolos en el centro como tal, lo que se entiende como un factor organizativo, ya que es la organización la que debería promoverlos y, en cambio, si existen los protocolos, pero se detecta una falta de cumplimiento de los mismos, debería incluirse en la categoría de tareas. Además, se destacó que *no se encuentra estandarizada la revisión de planes de cuidados* y tratamientos y que *no hay identificado un responsable asistencial*, así como el que todavía no se haya logrado implantar una *cultura de seguridad* entre los profesionales. Se enfatizó el hecho de que *no se revisan adecuadamente las historias clínicas* y de que no existe un programa de acogida a los nuevos trabajadores. También se hizo referencia a la existencia de *numerosos trámites* y varios interlocutores, al *déficit en la recogida de información relevante*, al *reparto inadecuado de las tareas* (se debe promover más la actuación de enfermería). Por último se destacó que no se utilizan *sistemas de identificación segura de pacientes*, no se *analizan los incidentes y eventos adversos* y la falta de *protocolos de conciliación de la medicación*.

Grupo 2. Mejorando los cuidados proporcionados a los pacientes

La productividad de las ideas sobre los factores contribuyentes a la aparición de incidentes o eventos adversos relacionados con los cuidados proporcionados al paciente, acotada por el tiempo disponible, fue de 90 (tabla 68). La agrupación de los diferentes factores se encuentra representada en el diagrama correspondiente (figura 16).

En la categoría de pacientes se definieron 8 factores. El factor relacionado con la presencia de pacientes con *pluripatología, comorbilidad y vulnerabilidad* coincidió en 3 participantes. La *edad avanzada* fue un aspecto también repetido en 3 ocasiones. El *nivel educativo del paciente/residente*, la presencia de *pacientes dependientes y la complejidad clínica* fueron otros de los factores incluidos en esta categoría.

Una característica de los pacientes atendidos es un *nivel socioeconómico bajo*, matizando además que el perfil está cambiando. Un factor que suscitó un amplio debate fueron aquellos problemas socioeconómicos del paciente que prolongan las estancias: uno de los participantes aclaró que “...muchas veces el paciente se encuentra bien pero no tiene salida”, se trata de pacientes *solos, sin apoyo familiar* por lo que el paciente permanece en el centro y entonces, se quiera o no, el nivel de alerta de los profesionales desciende y por ejemplo puede sufrir una caída. Se abrió un debate sobre este aspecto, considerando si este factor es estratégico. Tiene que haber un protocolo claro para darle el alta si no tiene que estar en un hospital. La clave sería la continuidad de los cuidados. Y al salir tiene que tener un recurso social, porque si no fuera así el trabajo del hospital no serviría de nada.

El coordinador propuso que el factor relacionado con una *escasa atención a familiares y educadores por falta de formación y apoyo emocional*, se situase en la categoría de profesionales o de formación. El participante que formuló este factor aclaró que lo había redactado para incluir en la categoría de pacientes, puesto que se refería al apoyo a residentes o a familiares, no tanto que los profesionales formen o apoyen a esos familiares, sino a darles atención a esos familiares y pacientes.

En la categoría profesionales se concretaron finalmente 8 factores: la *carga de trabajo y la acumulación de años desarrollando el mismo trabajo la falta de valoración profesional*, tanto social como para otros profesionales, la *falta de motivación* de los profesionales y la *excesiva rotación entre profesionales*, aspecto que fue repetido en 2 ocasiones.

Se incluyó también el aspecto de la *polimedicación*, aclarando que es responsabilidad de los profesionales el hecho de que los pacientes tengan prescritos un elevado número de medicamentos. A veces hay recomendaciones de hábitos de vida, etc. que podrían eliminar alguno/s de los medica-

mentos. Otro participante indicó que se estaba realizando un proyecto para que a las residencias públicas se facilitara la medicación desde el Servicio de Farmacia hospitalaria, y se había observado un descenso del número de pacientes polimedicados. Este aspecto, de especial importancia, se enlazó también con el tema de la conciliación de la medicación. Se planteó también, por otra participante el problema de las duplicidades, al existir la posibilidad de tener otra vía de acceso algunos residentes a la medicación (centros de salud).

La dificultad para identificar la *vulnerabilidad del paciente*, fue matizada por el participante del siguiente modo: "...si estoy en un centro y no soy capaz de hacer una buena valoración de riesgo de úlceras al 5º día habrá un problema". También se destacó la *escasa formación en Seguridad del Paciente* y el hecho de *ocultar errores*, desperdiciando oportunidades para aprender de ellos.

En la categoría de tareas a desarrollar, se consideraron 7 factores. Los más destacados estaban relacionados con los protocolos: *la falta de protocolos adecuados* y consensuados, repetido en dos ocasiones, *la ausencia de protocolos estandarizados y generalizados* en los centros residenciales y los *problemas con el control y cumplimiento de normas y protocolos*.

En este apartado también se incluyeron la escasa precisión en la asignación de tareas a desarrollar así como en el control, evaluación y supervisión de ellas, las dificultades para elaborar, consensuar y aplicar guías de buena práctica, así como la limitada utilización de "cuidados basados en la evidencia", relacionado con la elaboración de guías.

El problema de comunicación entre la institución y profesionales, con los residentes y con la familia, es un problema que puede afectar a todos, pero puede tener diferentes perspectivas. Entre profesionales, las barreras son diferentes pero se incluyó este factor general de comunicación. Tres expertos coincidieron en resaltar el factor "*Dificultades y barreras en la comunicación entre institución, profesionales, residente y familia*"

La *opacidad o falta de transparencia en la difusión de la información*, se incluyó también en esta categoría. El participante aclaró que se refiere a que "...quien presenta la información casi siempre la quiere presentar tan bonita, tan bien estructurada, que a veces a quien tiene que llegar no llega".

Otros factores que se aportaron en el grupo fueron: las *barreras sociales y culturales* entre los sistemas de los profesionales/pacientes y familiares; *la comunicación poco clara y precisa entre dirección/equipos y otros profesionales* y la escasa accesibilidad a los responsables por parte de los pacientes

En la categoría equipo y factores sociales se definieron 7 factores. *La dificultad de trabajo en equipo interdisciplinar* y *el mal diseño de las plantillas de enfermería* (se destacó la necesidad de profesionalizar plantillas) se

repetieron en 2 ocasiones. Resaltando las *diferentes visiones entre lo social y lo sanitario* que podían encontrarse dentro del equipo, así como la falta de trabajo en equipo.

Completaron finalmente el apartado, la *permeabilidad de contratos laborales* entre niveles asistenciales, la *escasa definición del papel de enfermería* como líder de los cuidados dentro del equipo, las *cargas de trabajo* y la *heterogeneidad en las condiciones de trabajo*.

En formación y entrenamiento, se incluyeron 6 factores. Tres de estos factores *la falta de cultura de seguridad*, *la falta de formación especializada* y *la falta de cultura sanitaria en el ámbito social* fueron repetidos por dos expertos. Se discutió asimismo, si la falta de cultura de seguridad debe considerarse como un concepto estratégico.

También se destacó la falta en la supervisión de tareas, así como la ausencia de conciencia del problema en seguridad del paciente y del déficit de formación pre y postgrado.

En equipamiento y recursos, se incluyeron factores como la presencia de entornos poco adecuados como por ejemplo baños sin ayudas y deslizantes, la *ausencia de política de mantenimiento*, de manera que si el equipamiento no tiene un mantenimiento adecuado, o no se cuida el material también puede dar problemas.

El *diseño arquitectónico inadecuado y obsoleto*, repetido en dos ocasiones, se desdobló a su vez en el apartado de equipamiento y recursos, así como los *recursos no adaptados a problemas del paciente*. También fue incluida la *ausencia de criterios uniformes de dotación*, *la falta de protocolos de utilización de los equipos* o *la presencia de equipamientos vetustos*.

Respecto a las condiciones de trabajo, como se comentó en el apartado anterior, se comentaron el diseño arquitectónico inadecuado y obsoleto y la presencia de barreras arquitectónicas. La mala adaptación de la estructura arquitectónica en el paso de centro de agudos a media-larga estancia también fue un factor que varios expertos comentaron.

La escasez de plantillas y la falta de supervisión de tareas delegadas al personal auxiliar, la elevada rotación del personal y la organización de tareas y circuitos, también fueron agrupadas en este apartado.

Finalmente se recogieron 13 factores organizativos y estratégicos. El factor que se repitió en mayor número de ocasiones fue la *falta de coordinación efectiva entre el entorno sanitario y el social*, así como entre niveles asistenciales, factor en el que coincidieron 4 expertos. Seguidamente por dos expertos se destacó la *falta de continuidad de cuidados* (planificación, seguimiento).

Un factor que se comentó fue el control de botiquines y la necesaria presencia de un responsable de la farmacia, situándolo en primer lugar en profesionales y finalmente acordando incluirlo en esta categoría. Se indicó

también que este sería un tema que se abordaría en el grupo de uso seguro de medicación.

Otros factores abordados fueron: el tratarse de un sector desestructurado, la estructura organizativa no centrada en el residente y la falta de una delimitación clara de funciones. Destacan también otros factores como la necesidad de auditar centros, el acceso de los profesionales, que llegan por bolsa de trabajo y puede que no hayan trabajado nunca, la externalización de servicios como limpieza y lavandería, la ausencia de estrategias de planificación y el predominio de lo clínico sobre lo social, manifestando varios expertos que “...somos demasiado intervencionistas”. En relación con el factor “la preeminencia de proceso administrativo vs asistencial”, una participante destacó el escaso apoyo al ámbito sociosanitario.

Grupo 3. Reduciendo las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

La productividad de ideas, acotada por el tiempo disponible, fue máxima, presentándose un total de 83, que exceptuando las repetidas o similares y tras su concreción fueron 54 (tabla 68). Los factores contribuyentes se encuentran representados en la figura 17.

En la categoría de pacientes, se definieron numerosos factores, algunos de ellos de forma reiterada, como la *comorbilidad* apuntada por tres de los participantes. Los factores siguientes se señalaron dos veces cada uno de ellos: *polifarmacia*, *terminalidad*, *dependencia/inmovilización*, *deterioro cognitivo*, *multimorbilidad* y *disfagia*. Se incidió en la disfagia como elemento clave en el desarrollo de la neumonía por aspiración, en muchas ocasiones propiciada por la postura inapropiada del paciente. La disfagia presenta una gran variabilidad en su diagnóstico. Respecto a los términos de *terminalidad* e *irreversibilidad* se aclaró que el primero de ellos define un concepto más amplio que engloba a su vez el segundo. Ambos son considerados como un *continuum* de una misma situación.

Se hizo la diferenciación entre los factores de comorbilidad y multimorbilidad, entendiendo en el primer caso la existencia de diferentes enfermedades en un paciente que tiene ya una, considerada índice y multimorbilidad, la ocurrencia simultánea de varios problemas de salud sin considerar ningún orden jerárquico entre ellos ni su gravedad, aclaración que manifestó uno de los participantes, como diferenciación muy considerada actualmente.

El *nivel socioeconómico*, que dificulta la adquisición por parte de los pacientes de colchones y cojines antiescaras, “...la familia no se puede permitir

comprar un colchón o cojín” se destacó también como factor contribuyente en la aparición de infecciones, además de características como la edad, factor que “...se da por hecho”, *situación funcional*, polifarmacia, deterioro cognitivo, etc

En la categoría profesionales se subrayó la *falta de motivación* como factor más citado, en tres ocasiones, y se sostiene que determinados *factores culturales* por parte del cuidador, en muchas ocasiones procedente de otros entornos geográficos de diferente cultura, incide en el cuidado del paciente en lo que respecta al aseo, sobre todo cuando cuidador y paciente son de sexo contrario (cohibición ante el sexo opuesto), “...la actitud pudorosa del cuidador impide que el aseo no se realice, en ocasiones, en las debidas condiciones, provocando infecciones, dermatitis”, motivo que puede darse también en el paciente respecto al cuidador, idea aportada por otro de los participantes, corroborando la idea inicial (“...a muchas mujeres no les gusta que sea un hombre el cuidador”).

Respecto a las *actitudes y conductas erróneas en relación a los riesgos*, uno de los participantes comentó que en muchas ocasiones el hecho del uso de guantes es más por protección individual que por un uso racional de los mismos.

En cuanto al apartado de tareas a desarrollar, se destacó como factor mayoritariamente repetido (seis ocasiones) *la ausencia de protocolos*, abarcando todos los aspectos: utilización, accesibilidad, y actualización de los mismos. Todas las opiniones fueron coincidentes en el defecto de protocolización como factor de interés en el desarrollo de IRAS. El segundo factor más anotado (en tres ocasiones) fue el *cuidado de la piel*, manifestando una inadecuada atención a esta tarea.

Seguidamente, nombrados dos veces, los factores no actualización de técnicas y procedimientos y deficiente supervisión y asignación de tareas. Existe una falta de valoración o valoración inadecuada del riesgo de infección, no se evalúa correctamente el riesgo de infección al ingreso del paciente, es decir, hay una valoración inadecuada, y una necesidad de integración sistemática en el plan de cuidados. Este comentario abrió el debate de forma espontánea en el grupo, concluyendo la relevancia del plan de valoración integral, que debe ser compartido en reuniones multidisciplinarias, listado de problemas del paciente y su consecuente plan de cuidados.

El *control de cumplimiento de tareas* es una labor a realizar dentro del sistema de calidad y no debería constituir una exclusiva gestión burocrática de la documentación, “...el rellenar documentos es algo meramente burocrático pero no hay control real de que las actividades se han hecho”.

La falta de comunicación entre profesionales, servicios, familiares, es un factor principal en el desarrollo de IRAS. En dos ocasiones surgió la *deficiente comunicación en el equipo y los problemas de comunicación con otros servicios*, y se añadió el problema de *comunicación con los familiares*

“...la familia se comunica con auxiliares y no directamente con los profesionales médicos”. Otro factor destacado fue la falta de comunicación *entre profesionales* sobre todo entre diferentes turnos.

En la categoría equipo y factores sociales, se concluyó la necesidad de fomentar las reuniones de equipo, de trabajo, con carácter multidisciplinar y entre diferentes estamentos, como vía de comunicación y el *liderazgo* como estímulo para el equipo y promotor de la motivación en el mismo. El número de *profesionales*, en cuanto a su falta de disponibilidad, es también un factor resaltado en este grupo.

En formación y entrenamiento, se destacaron numerosos factores, la *falta de formación como factor más señalado*, en tres ocasiones, y que no es percibida por la Dirección del centro. Se añade el comentario, con el que están de acuerdo todos los participantes, de que la falta de asistencia a iniciativas de formación por parte de quien más lo necesita, es además un agravante. El discurso en torno a factores de formación y según la experiencia particular de la mesa redonda fue concordante en todo momento. Se hizo la diferenciación entre *formación, entrenamiento y habilidades*, términos diferentes y de impacto distinto.

Otros factores que aportó el grupo de trabajo fueron: en ocasiones existe un manejo inadecuado de las heridas por personal auxiliar que no está capacitado para esta tarea, además de *desconocer los signos de infección*, el uso *incorrecto de guantes* porque no se usan o se usan mal y la recogida de *muestras inadecuada* que puede dar un resultado equivocado en el diagnóstico de infección.

En equipamiento y recursos, la *limpieza, desinfección, esterilización* se apuntó como factor en dos ocasiones, pero se recalcó con énfasis por parte del grupo la falta de adecuación de los *productos de aseo*, una idea apuntada por uno de los participantes. Se hizo referencia a todo tipo de productos también utilizados para el cuidado de piel, manos, boca, pelo, uñas, prótesis, etc, como cremas hidratantes, jabones, que no cumplen requisitos mínimos y en muchas ocasiones son incluso irritantes. Se trata de productos de cuidados básicos que por bajo presupuesto en algunos centros sociosanitarios, no son de calidad adecuada y favorecen la aparición de dermatitis por irritación por el uso de determinados detergentes, productos con mucho alcohol, “...no existen recursos para un buen gel”. Se añade esta característica también en el caso de determinados *absorbentes*.

Respecto a las condiciones de trabajo, destaca la carga de *trabajo* (tres aportaciones) como factor más repetido en el grupo, que dificulta la realización de cambio de pañal, el aseo se realiza de forma rápida, etc, seguido de la *precariedad laboral*. Otros factores fueron la *externalización y subcontratas*, ya que dificulta la organización, mantiene diferencias salariales, impide la comunicación y supervisión y genera conflictos en el propio equipo.

Finalmente se han recogido los factores organizativos y estratégicos, manifestando la *cultura de seguridad todavía insuficiente en la organización y las limitaciones económicas*, lo más repetido en el grupo (dos ocasiones), aunque también destacaron la *higiene de manos*, la *escasa implicación en seguridad en la Dirección* y la *falta de definición de responsabilidades*.

Grupo 4. Mejorando la seguridad en el uso de la medicación

Se obtuvieron un total de 83 factores, que exceptuando las repetidas o similares y tras su concreción se redujeron a 78 (tabla 68). Señalar que 16 de ellos fueron desdoblados en más de una categoría. La agrupación de los diferentes factores se encuentra representada en la espina de pescado correspondiente (figura 18).

En la categoría de pacientes se definieron 9 factores, como fueron la dependencia de los equipos de salud mental, la edad (en cuanto al deterioro cognitivo y la falta de adhesión al tratamiento), la *comorbilidad* que lleva a polimedicación lo que puede provocar interacciones medicamentosas y una peor adherencia al tratamiento. Este aspecto se desdobló colocándose en otra categoría (formación), puesto que un paciente polimedicado podría sufrir interacciones que tienen que ver con la formación que recibe el profesional.

La *dependencia* y el hecho de dejar de controlar el paciente su tratamiento también fueron señalados como posibles factores, añadiendo en este último aspecto el matiz de que la dependencia se refiere a que al ingresar en el centro el paciente pierde el control de su medicación, si es que lo tenía previamente. En cuanto al factor “*Desigualdades de salud: grupos vulnerables*”, el participante aclaró que se refería a población. Es decir, sería bueno que pudiéramos conocer las diferencias en la aparición de eventos adversos en grupos específicos, no en pacientes individuales y si esto necesita una determinada aptitud o habilidad de comunicación con esos pacientes, por parte de los profesionales sanitarios. Con este matiz también se situó en la categoría de otros.

Otros factores planteados fueron: la *poca conciencia del riesgo ante la toma de fármacos*, la *comunicación deficiente del tratamiento* al paciente - algunas veces por barreras culturales-, la *complejidad clínica del paciente* en cuanto a los problemas asociados de polifarmacia y pluripatología y por último la falta de apoyo al paciente para el manejo de su medicación.

Respecto a la categoría de profesionales, se incluyeron la sobrecarga de trabajo o la visión del profesional (enfermedad) en vez de la visión del paciente (caso clínico sociosanitario), ambos repetidos por 2 expertos. Además de éstos, la precariedad laboral, la visión biomédica exclusiva, la escasa determinación de niveles séricos en pacientes con medicamentos de riesgo, potencialmente tóxicos o de estrecho margen terapéutico, así como

la “ausencia de trazabilidad de la medicación”. La comunicación deficiente del tratamiento al usuario, así como la poca conciencia del riesgo, constituyó el listado definitivo de la categoría profesionales

En la categoría de tareas a desarrollar fueron 13 los factores definidos. Entre ellos, la conciencia del riesgo y la carga de trabajo del profesional, que ya aparecieron en la categoría de profesionales. Otros factores concretados fueron la no disposición de *guías actualizadas sencillas sobre tratamientos*, definición muy explícita que no requirió aclaración, la inclusión de *protocolos en la Historia clínica informatizada* y los *registros no unificados de prescripción y administración del medicamento*. La *falta de control de la administración del medicamento* por vía oral, en el sentido de desconocer si el paciente se lo ha tomado y cómo (este aspecto se situó en esta categoría con el acuerdo de todos los participantes).

La existencia de *protocolos ambiguos y/u obsoletos* de administración de medicamentos o la ausencia de éstos, así como de alertas en *historias informatizadas y equipos*, o de *protocolos con asignación precisa de tareas* fueron otros de los factores definidos de esta categoría. Otro aspecto abordado fue la existencia de pocos *medicamentos identificados en dosis unitarias*, por lo que al manipularlos (recortar blísteres para que quepan en el cajetín), pierden la correcta identificación, e incluso la conservación adecuada.

Finalmente se concretó la definición de “*Seguridad Clínica*” como elemento de priorización en la toma de decisiones, e incluyéndolo en esta categoría al referirnos a aspectos que facilitan el desarrollo seguro y efectivo de las funciones relacionadas con los procesos sanitarios.

En el apartado de comunicación, se definieron 7 factores. La idea de una mala comunicación entre niveles asistenciales fue aclarada por el participante, de manera que se refiere a que no sabemos qué medicamentos tiene que tomar el paciente cuando viene o no les informamos cuando los desplazamos a otro centro. Se puso como ejemplo al neurólogo que atiende a un paciente con demencia y no sabe qué otros medicamentos está tomando y en ocasiones está sobrecargando de una medicación que en este contexto “no merece la pena” y que conduce a una polimedicación.

La *mala difusión de la información*, en cuanto a la ambigüedad en los cauces de la información, fue otro factor definido. Este aspecto se matizó indicando que se refiere a comunicación y no a formación. La existencia de muchos “*soportes*” para recoger el tratamiento del paciente: en diferentes momentos asistenciales varias personas pueden reproducir los tratamientos, y no sólo entre niveles, puesto que en un mismo nivel varios profesionales pueden prescribir para el mismo paciente. El déficit de comunicación: entre el equipo, con el paciente, y con servicios o equipos externalizados (Servicio de Farmacia), las *habilidades de comunicación* con pacientes y cuidadores, la *ausencia de Historia clínica única* Atención Primaria/Asistencia Especializada/Centro Sociosanitario fueron otros factores definidos.

La no inclusión de *alertas en las historias informatizadas y equipos*, fue aclarado con dos matices: el de la comunicación para que salte una alerta y otro que tiene que ver con las tareas (deshablada en tareas a desarrollar).

En el apartado equipo y factores sociales, se definieron 5 factores: el *déficit de trazabilidad de los tratamientos* en el sistema de trabajo (repetido en el apartado de profesionales), la presencia de un *ambiente laboral inadecuado* y la necesidad del reconocimiento de la cultura no punitiva, el hecho de no *saber trabajar en equipo*, la necesidad de una clara *definición de responsabilidades* y el *déficit de comunicación* entre el equipo y con el paciente.

En el apartado formación y entrenamiento se incluyó la “*no supervisión de tareas delegadas a otros profesionales*”, idea aportada por dos expertos, y el *uso inadecuado del medicamento*, referido a los aspectos éticos ligados a la prescripción. Se matizó que no se refiere tanto a que no se conozca la vía de administración por ejemplo, sino al aspecto ético de la prescripción.

El hecho de que en estos centros no siempre haya *profesionales especializados en farmacoterapia geriátrica* necesitó una aclaración, puesto que no siempre el médico que hay en residencias tiene formación en geriatría y la mayoría de los residentes son añosos. Directamente relacionada con la anterior se planteó como factor la necesidad de *capacitación de profesionales parasitarios* en la administración de medicamentos. Es decir, cuál es el tipo de profesional que prepara la medicación. Aparece en este contexto la figura del “Gerocultor”. No es un tema tanto de formación como de disponibilidad de profesionales específicamente capacitados, es decir, la necesidad de acomodar los profesionales a las necesidades. Hay centros donde no hay enfermeros y tienen auxiliares de clínica, o incluso gerocultores. La *preparación de carros de medicación* “a ratos” y por personal no siempre cualificado se relacionó con la escasez de plantillas y por tanto también quedó reflejada en condiciones de trabajo.

El enfoque inadecuado *paciente agudo=enfermedad*, en vez de enfocarlo a las necesidades de los pacientes, ya que el profesional tiene la visión de la enfermedad en vez de la del paciente en su conjunto y la *mala difusión de la información*, es decir, ambigüedad en los cauces de la información, se encuentran desdobladas en otras categorías.

Por último se incluyeron la *comorbilidad* que lleva a polimedicación, lo que puede provocar interacciones medicamentosas y una peor adherencia al tratamiento, como ya se ha comentado y la *falta de formación/reciclaje* en nuevos fármacos y presentaciones.

El apartado de equipamiento y recursos incluyó un total de 6 factores, entre ellos la *inadecuación de los almacenes de medicamentos*, en cuanto a sus condiciones ambientales (falta de espacio para ordenación adecuada, temperaturas superiores a 25°C, ambiente húmedo, neveras compartidas con alimentos...), así como en cuanto a la incorrecta ordenación e identificación de los medicamentos (no identificación del principio activo, lote y

caducidad no siempre visible), “...la ordenación por principio activo es mucho mejor que por marca comercial”.

Otros factores fueron la *no disponibilidad en tiempo y forma del medicamento prescrito*, al tener en algunos casos la adquisición y dispensación de medicamentos externalizada o por la mala organización de los botiquines y almacenes de medicamentos en el centro.

Tres expertos indicaron la “*usabilidad*” o *facilidad de uso de equipamiento y recursos*, atendiendo al aspecto de que el lugar de almacenamiento y ubicación de fármacos puede no ser adecuado. Se hace referencia a las instalaciones y también el uso de los pastilleros.

La falta de supervisión del estado del material, la falta de espacio específico para el almacenamiento de las bandejas de medicación y el diseño arquitectónico de almacenaje y preparación, completaron finalmente el listado.

En la categoría de condiciones de trabajo se incluyeron el espacio inadecuado, la mala organización de tareas y circuitos, el trabajo bajo mínimos durante periodos largos de tiempo y la excesiva carga de trabajo. La preparación de carros de medicación por personal no siempre cualificado (escasez de profesionales y de profesionales capacitados), la inadecuación de los almacenes de medicamentos y la falta de espacio específico para almacenamiento fueron factores que se desdoblaron e incluyeron en otras categorías.

La *elevada rotación* del personal que participa en los procesos del uso del medicamento, planteó si se pondría también en el apartado de organizativos y estratégicos, quedando finalmente desdoblado.

La idea de *falta de personal* que asume la administración de medicamentos de muchos pacientes y *la mala distribución de éste*, inadecuación de la plantilla a la carga de trabajo, propiciaron un debate sobre si esto ocurría en todos los centros de nuestro país o era propio sólo de algunos. La aclaración se refirió a que hay muchos sitios donde se controla el ratio de profesionales pero no la carga de trabajo que han de soportar. Por ejemplo, con la entrada en vigor de la ley de dependencia, puede haber muchos “*residentes dependientes*” y por tanto mucha carga de trabajo, aunque el cálculo del ratio de profesionales puede no tener en cuenta este aspecto. Este factor es general, pero en particular y con la medicación, puede ocurrir que en la mayor parte de los centros se prepara la medicación en el mismo centro por el personal de enfermería, pero si este personal tiene más carga de trabajo, la medicación se puede preparar más deprisa con el consiguiente riesgo de error añadido.

La categoría sobre factores organizativos y estratégicos incluyó finalmente 7 factores. Uno de ellos, concretamente la elevada rotación del personal que participa en procesos relacionados con el medicamento fue repetido por dos expertos y además desdoblado en la categoría formación. Se des-

dobló también el *déficit de comunicación* entre el equipo, con el paciente, y con servicios o equipos externalizados (Servicio de Farmacia).

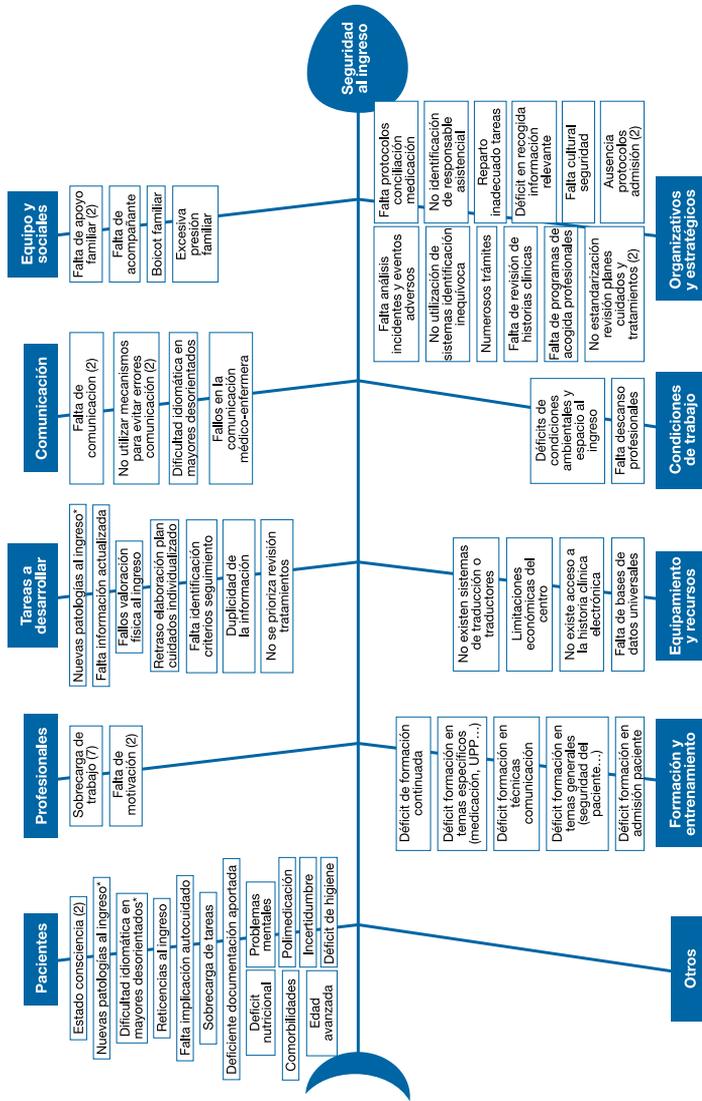
Otro de los factores destacados fue la “*no garantía de continuidad asistencial médica*” ya que en algunos centros sólo hay personal facultativo disponible en horario de mañana, y si surgen dudas en relación con la medicación fuera de ese horario no se puede consultar a nadie.

La *mala gestión en los modelos de prescripción*, referida a la insuficiente formación e información relacionada con la prescripción enfermera.

La *ausencia de cultura de seguridad*, el *conflicto administrativo-clínico*, en los casos en los que el Servicio de farmacia esté externalizado y no haya una comunicación fluida, y la *estructura organizativa no adecuada* fueron otros aspectos incluidos en esta categoría. Esta última idea estaba relacionada con la asignación de plantillas no adecuadas a los momentos asistenciales del centro. Por ejemplo residencias de 40 pacientes donde tienes ocho residentes dependientes y fallecen, pasas de tener mucho trabajo a no tener nada.

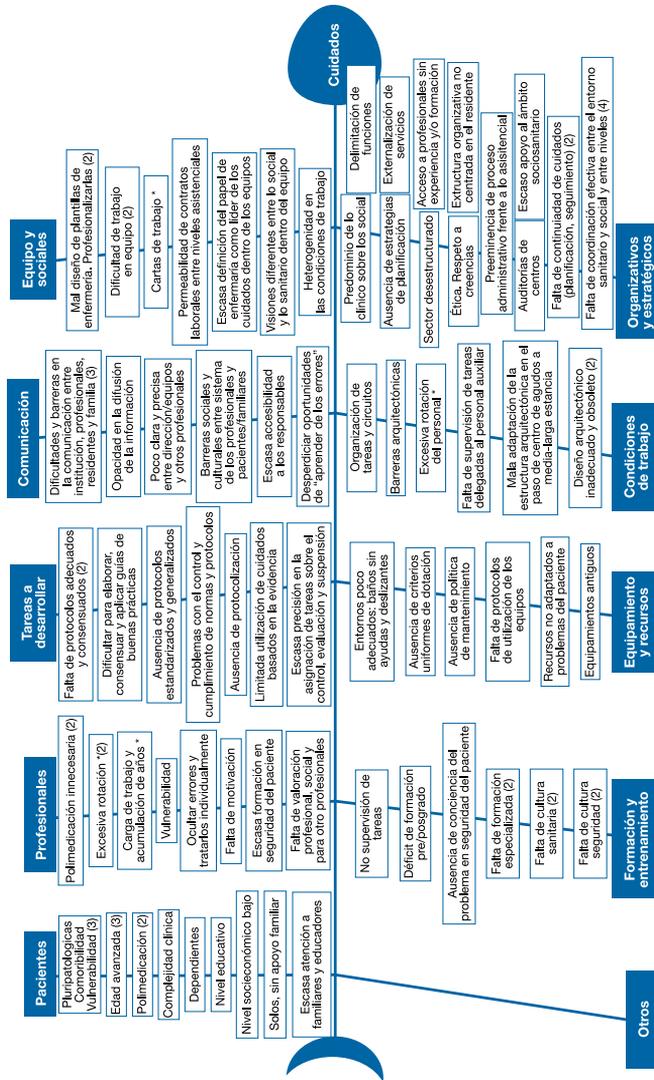
Finalmente en el apartado *otros* se incluyeron 2 factores: *la dificultad de disponer de ciertos medicamentos* por la obsesión por el ahorro en medicamentos y las desigualdades de salud: grupos vulnerables, desdoblada de otros a pacientes.

Figura 15. Espina de pescado del grupo 1: “Mejorando la seguridad del paciente al ingreso”



Entre paréntesis, número de repeticiones de la idea por más de un participante
 *Factores que están repetidos en varias categorías

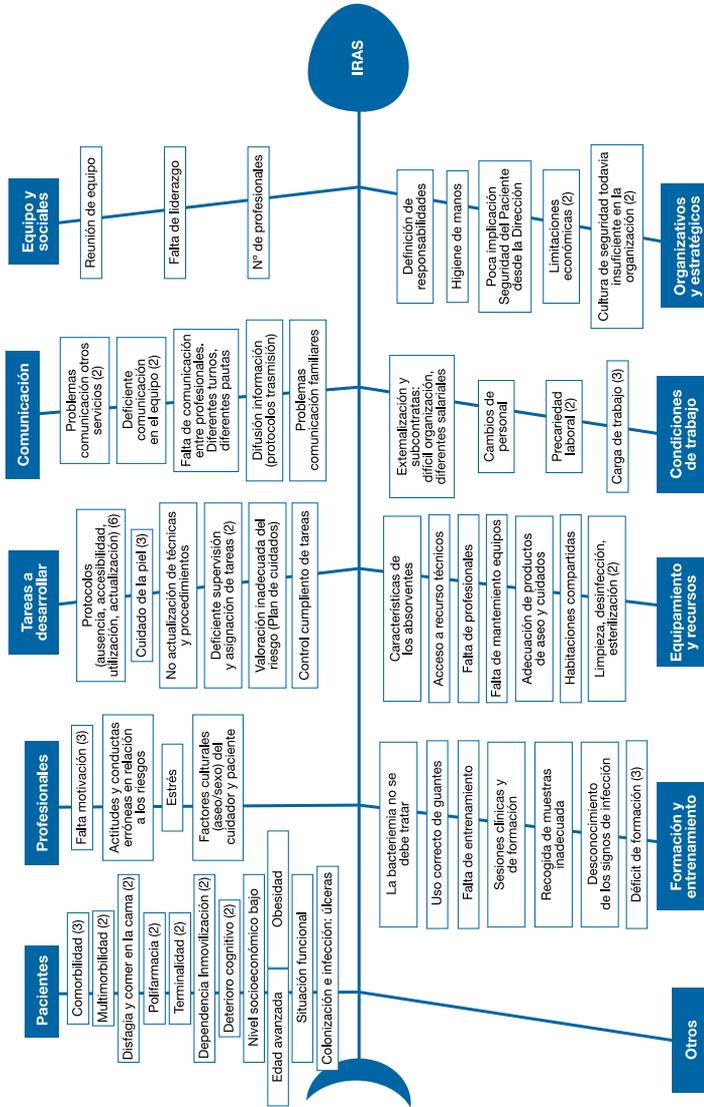
Figura 16. Espina de pescado del grupo 2: “Mejorando los cuidados proporcionados al paciente”



Entre paréntesis, número de repeticiones de la idea por más de un participante

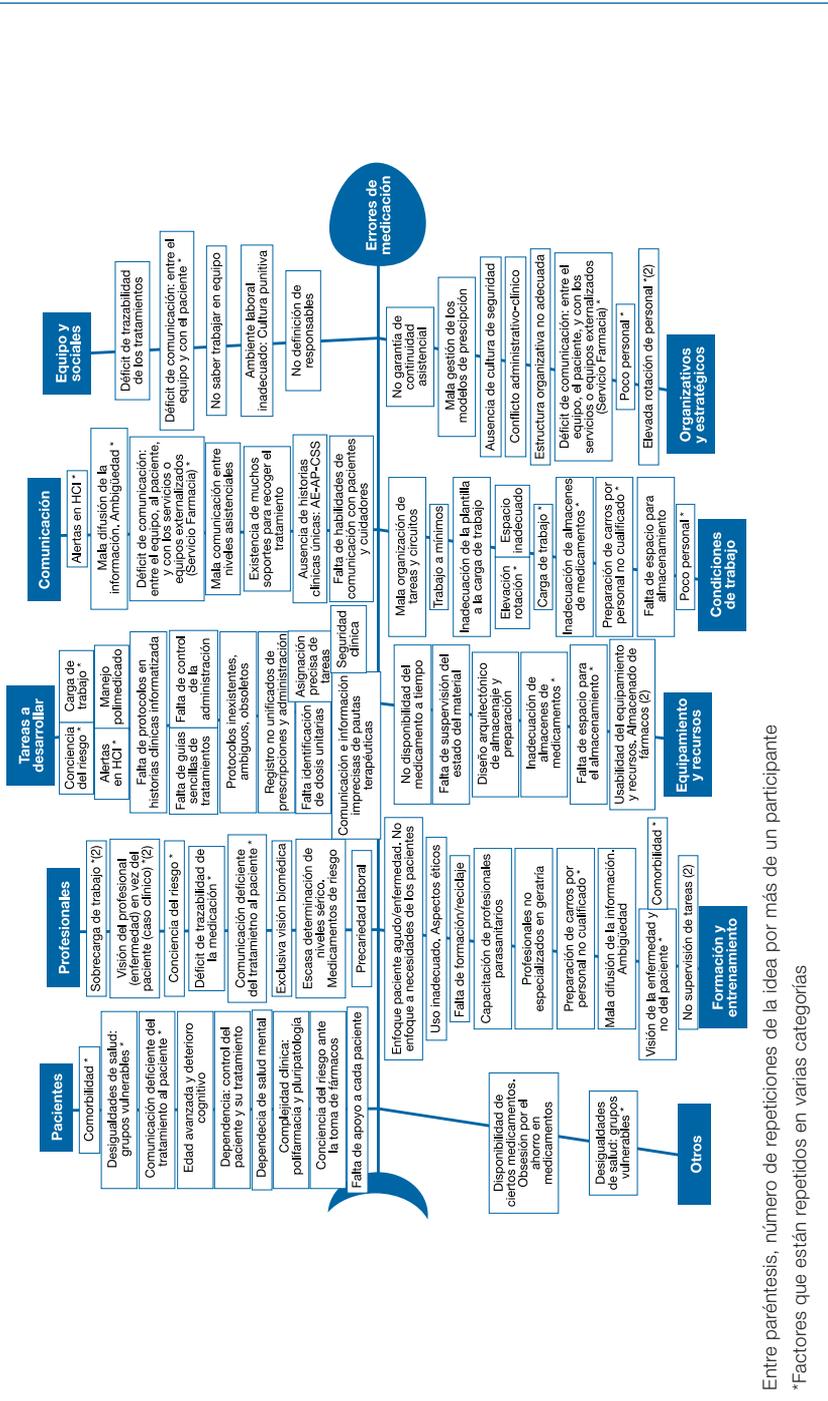
*Factores que están repetidos en varias categorías

Figura 17. Espina de pescado del grupo 3: “Reduciendo las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria”



Entre paréntesis, número de repeticiones de la idea por más de un participante
 *Factores que están repetidos en varias categorías

Figura 18. Espina de pescado del grupo 4: “Mejorando la seguridad en el uso de la medicación”



Entre paréntesis, número de repeticiones de la idea por más de un participante
 *Factores que están repetidos en varias categorías

6.3.3. Estrategias

El número de propuestas estratégicas aportadas entre los cuatro grupos de trabajo ascendió a 136. Las mismas se agruparon bajo 46 grandes categorías para ser priorizadas por cada uno de los grupos. De las 46 estrategias generadas en los grupos, 35 se llevaron al plenario para su selección final (tabla 69)

Tabla 69. Productividad de ideas sobre estrategias			
Grupo	Propuestas	Categorías	Plenario
Grupo 1. Mejorando la seguridad del paciente en el ingreso/reingreso en el centro	38	13	10
Grupo 2. Mejorando los cuidados proporcionados al paciente	28	7	7
Grupo 3. Reduciendo las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	32	8	8
Grupo 4. Mejorando la seguridad en el uso de la medicación	36	18	10
Total	136	46	35

Grupo 1. Mejorando la seguridad del paciente al ingreso/reingreso

Los expertos presentaron un total de 38 propuestas estratégicas o actuaciones diferentes que se agruparon, tras consenso del grupo, en 13 categorías. Tres de ellas se encuadran dentro del proceso asistencial del ingreso, pudiendo así dibujar el proceso según el orden cronológico del mismo. De esta forma diferenciaríamos tres momentos: las actuaciones que se deben desarrollar previas al ingreso, en el momento del ingreso y tras el ingreso. El resto son estrategias transversales o de base, a lo largo del mismo, y que están clasificadas en: recursos humanos, protocolos entre centros, información del paciente integrada y compartida, romper las barreras idiomáticas, formación y sensibilización, un paciente/un responsable, sobre polimedición, buenas prácticas, gestión del riesgo y establecer una red entre centros.

Estrategia 1. Protocolización de las actuaciones previas al ingreso

- Sistematizar a través de protocolos la incorporación o el ingreso del residente.
- Entrevista previa al ingreso con residentes y familiares para detectar problemas y promover la implicación del familiar.

Estrategia 2. Protocolización de las actuaciones en el momento del ingreso o reingreso en el centro

- Disponer de un sistema de identificación inequívoca de residentes.
- Actualizar la información en el momento de ingreso: a veces se cree que tiene las mismas patologías que antes del ingreso.
- Realizar valoración nutricional al ingreso.
- Realizar valoración de úlceras por presión al ingreso.
- Realizar una evaluación socio familiar por parte de los servicios sociales (para ingreso de base y alta hospitalaria).
- Identificar qué aspectos preocupan a los nuevos residentes, a través de un cuestionario.
- Proporcionar información tanto al residente como a los familiares sobre: el plan de cuidados, medicación, revisiones, responsables, el centro.

Estrategia 3. Protocolización de las actuaciones tras el ingreso

- Elaboración de un plan de cuidados individualizado.
- Realización de la valoración geriátrica integral lo antes posible. Realizada por médicos y enfermeros y de forma protocolizada.
- Supervisión de la valoración al ingreso en pacientes inconscientes, con patología mental, etc.
- En aquellas ocasiones en las que el paciente acude sin acompañante al ingreso, revisar el protocolo de ingreso posteriormente con un familiar.
- Fomentar el autocuidado del paciente, y no sólo de él sino también de su cuidador principal y familia más directa.
- Facilitar la presencia frecuente de la familia durante los primeros días del ingreso.
- Crear la figura del “orientador” o “consejero” al ingreso. Consiste en asignar a un trabajador las funciones de orientar al residente durante los primeros días de ingreso en el centro para orientarle, supervisarle y resolverle las dudas que le plantee.

Estrategia 4. Recursos humanos

- Incrementar el número de profesionales de las plantillas de los centros.
- Valorar las cargas de trabajo del personal médico y de enfermería (número de ingresos, pases de visita) por parte de la organización.
- Asignar el trabajo/tareas/información a registrar a través de un organigrama que reparta roles y tareas.
- Desarrollar programas para prevenir el estrés laboral.

Estrategia 5. Protocolos entre centros

- Crear un sistema o protocolo en los centros hospitalarios, residencias, atención primaria,... asignando referentes y con posibilidad de compartir sistemas informáticos. La posibilidad de tener un informe con la valoración geriátrica integral (VGI) al dar de alta a un paciente, facilitaría la comunicación entre centros.

Estrategia 6. Información del paciente integrada y compartida

- Historia clínica unificada con los servicios sanitarios.

- Formatos estandarizados de información clínica del paciente para que faciliten la transferencia entre niveles.
- Historia clínica electrónica.

Estrategia 7. Romper las barreras idiomáticas

- Promover el papel de los mediadores interculturales y en su caso de la tele traducción ante la existencia de dificultades idiomáticas.

Estrategia 8. Formación y sensibilización

- Programa de formación y acogida para nuevos profesionales.
- Programas de formación continuada a profesionales que incluyan: sensibilización, adquisición de habilidades en la valoración integral (conocimiento específico de las escalas, sobre medicación, sobre seguridad del paciente, comunicación...).

Estrategia 9. Un paciente, un responsable (tutor / referente / gestor del caso)

- Establecer un responsable del paciente que mantenga una entrevista con el médico al ingreso y que además se encargue de asegurar la continuidad de cuidados dentro de la organización. Este responsable no se encarga de la asistencia como tal, sino de que ésta se lleve a cabo y está pendiente de su seguimiento.
- Protocolizar con temporalidad la revisión de los planes de curas y de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Estrategia 10. Revisión del paciente polimedcado

- Valorar de forma individualizada cada uno de los tratamientos para intentar disminuir la polimedicación.
- Implicar al Servicio de Farmacia para revisar la medicación al ingreso.

Estrategia 11. Buenas prácticas

- Mejorar la comunicación a través de la lectura de las pautas escritas tanto de la hoja de cuidados como incidencias, evolución....

- Promover el uso seguro del medicamento (alertas, dosis, medicamentos) e incorporar la sistemática de revisión de medicación.

Estrategia 12. Gestión del riesgo

- Establecer un listado de verificación de problemas de seguridad más prevalentes.
- Formar grupos de seguridad (revisar, evaluar, proponer medidas sobre incidentes y eventos adversos).
- Realizar un mapa de riesgos del centro.
- Implicar a los directivos en materia de seguridad.

Estrategia 13. Red entre centros

- Crear una red de seguridad entre centros sociosanitarios para compartir experiencias, ideas...

Tras consensuar las 13 estrategias se llevó a cabo una primera votación, solicitando a los expertos que tuvieran en consideración los criterios de eficacia, factibilidad, participación, aplicabilidad y consecuencias, con la finalidad de hacer una priorización de las mismas. Los resultados de la votación se presentan en la tabla 70. Las 10 primeras estrategias se llevaron al plenario para su votación final por el total de expertos participantes.

Grupo 2. Mejorando los cuidados proporcionados al paciente

Los expertos propusieron un total de 28 estrategias o actuaciones diferentes que se agruparon tras consenso del grupo bajo 7 categorías diferentes.

Estrategia 1: Plan individual de atención centrado en las necesidades del paciente/residente, teniendo en cuenta profesionales, residente y familia (a través del trabajo coordinado)

- Establecer planes individualizados de cuidados para el paciente.
- Consensuar los planes y que sean aceptados por toda la organización (profesionales, residentes y familia).
- Potenciar el trabajo en equipo, ya que el plan de cuidados no es de enfermería, sino del paciente.

- Creación de protocolos estandarizados de cuidados.
- Establecer un responsable de cada paciente/residente en cada centro.

Estrategia 2: Plan de formación de los profesionales específico y consensuado

- Plan de formación inexcusable para los profesionales (o ligado a productividad), orientado a los cuidados del paciente/residente en el contexto de su seguridad.
- Incluir formación sobre seguridad del paciente y eventos adversos más frecuentes a todos los niveles macro (responsables de centros), meso (mandos intermedios) y micro (profesionales, pacientes y familiares).
- Estrategia de formación/acción con los familiares y cuidadores.

Estrategia 3: Establecer un plan de comunicación interno (incluyendo a toda la plantilla y de acogida a nuevos profesionales)

- Difundir la cultura de seguridad en los centros.
- Difundir resultados adecuados a las estrategias y comunicar a los centros
- Utilizar adecuadas estrategias publicitarias.

Estrategia 4: Desarrollo de un Plan Estratégico de Coordinación socio sanitaria a nivel del Sistema Nacional de Salud

- Establecer un Pacto por la sanidad, que con independencia del desarrollo de cada comunidad autónoma tenga criterios únicos sobre plantillas, recursos,...
- Definir y desarrollar un modelo único socio sanitario.
- Integrar y desarrollar el ámbito socio sanitario en las estrategias de las Consejerías o Departamentos de Salud.
- Promover la coordinación entre niveles asistenciales: primaria, especializada, socio sanitaria.

Estrategia 5: Mejora de la política de recursos humanos

- Plan de acogida para profesionales.
- Adecuación de plantillas.

- Profesionalizar los cuidados y la gestión directiva.
- Necesidad de realizar estudios de cargas asistenciales en enfermería para facilitar la adecuación de plantillas.

Estrategia 6: Desarrollo de líneas estratégicas de calidad en el ámbito sociosanitario

- Sistemas de acreditación de centros.
- Adecuación de estructura y equipamiento de los centros.
- Plan de calidad coordinado.
- Adecuación de las estrategias de calidad a medio-largo plazo.

Estrategia 7: Desarrollo de un sistema de información común que permita la evaluación

- Facilitar el acceso y gestión a la información.
- Sistemas comunes de información (historia clínica).
- Desarrollar indicadores y modelos de evaluación para poder medir resultados.
- Evaluación de las actuaciones a nivel macro, meso y microgestión.
- Supervisión externa e interna de los profesionales.

Tras concretar las 7 estrategias se llevó a cabo la votación en función de criterios de eficacia, factibilidad, participación, aplicabilidad y consecuencias, con la finalidad de hacer una priorización de las mismas. Los resultados de la votación se presentan en la tabla 71. Todas las estrategias se llevaron al plenario para su votación final por el total de expertos participantes.

Grupo 3: Reduciendo las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

Los expertos presentaron un total de 32 estrategias o actuaciones diferentes que se agruparon tras consenso del grupo en 8 bloques diferentes.

Estrategia 1: Desarrollo y aplicación del Plan de Atención Individualizada

- Comunicación de objetivos de los planes de cuidados.

- Supervisión de cuidados.
- Atención por paciente mejor que atención por tarea.
- Planes de atención individualizada.
- Elaboración de planes de atención individualizados e interdisciplinarios.
- Potenciar retiradas de sondajes innecesarios.

Estrategia 2: Formación acreditada y entrenamiento en competencias en la prevención de la infección

- Promover formación práctica acreditada y de calidad.
- Formación conjunta de profesionales implicados y no por estamentos.
- Formación y entrenamiento “a pie de cama” que incluya establecer procedimientos por los propios gerocultores.
- Formación a todas las categorías profesionales, y con mayor necesidad para los auxiliares.
- Formación y entrenamiento.

Estrategia 3: Mejora de la cultura de seguridad en centros sociosanitarios

- Fomentar la cultura de seguridad, empezando por hablar de ella.
- Reuniones productivas de equipo internas y externas.
- Reuniones multidisciplinares en centros.
- Formación de supervisores en gestión de equipos.
- Establecimiento de sistemas de calidad orientados a prevención del riesgo.

Estrategia 4: Evaluación y control de calidad de estándares e indicadores de infección

- Controles de estándares de calidad.
- Introducción de indicadores de seguridad en Acuerdos de Gestión.
- Adecuación de plantillas.
- Actuaciones de inspección con enfoque educativo, no solo sancionador.

Estrategia 5: Protocolización de los cuidados transicionales y continuidad asistencial

- Protocolización de la transición de pacientes; derivaciones entre niveles, traspaso de hospitales a residencias o viceversa,...

Estrategia 6: Estandarización de procedimientos para la prevención y tratamiento de las IRAS. Elaboración de protocolos

- Criterios uniformes en prevención y cuidados de úlceras.
- Adaptación a nivel local mediante la formación de equipos multidisciplinares. Implicación desde la Dirección a todos los profesionales.
- Desarrollo de programas de prevención de infección (priorizando por frecuencia) desde los servicios centrales. Compromiso en los acuerdos de gestión: protocolos, objetivos, indicadores.
- Elaboración de protocolos y procedimientos y darlos a conocer.
- Guías de buenas prácticas.
- Disminuir neumonías por aspiración. Detección e intervención en disfagia.

Estrategia 7: Equipamiento, recursos: Estandarización de requerimientos en relación con material de cuidados, productos y dispositivos

- Desarrollo de procedimientos para el mantenimiento y limpieza de equipos y dispositivos.
- Manejo adecuado de productos para higiene, prevención de úlceras por presión, dispositivos eliminación, pañales, colostomía...
- Promover deambulación.
- Adecuada gestión y evaluación del riesgo que implican los equipos y dispositivos y otros recursos: absorbentes, productos aseo,...

Estrategia 8: Higiene de manos

- Entrenamiento higiene de manos, considerada como la estrategia principal y núcleo central del plan de cuidados.

Tras especificar las 8 estrategias se llevó a cabo la votación en función de los criterios de eficacia, factibilidad, participación, aplicabilidad y consecuencias, con la finalidad de hacer una priorización de las mismas. Los resulta-

dos de la votación se presentan en la tabla 72. Todas las estrategias se llevaron al plenario para su votación final por el total de expertos participantes.

Grupo 4. Mejorando la seguridad en el uso de la medicación

Los expertos propusieron un total de 36 estrategias o actuaciones diferentes que se agruparon tras consenso del grupo bajo 18 títulos de estrategias diferentes.

Estrategia 1: Garantizar la existencia de normas referidas al uso seguro del medicamento y su cumplimiento

- Estandarización de los recursos materiales ligados al medicamento, “Cúmplase la normativa”.

Estrategia 2: Promover la participación ciudadana en la toma de decisiones respecto de su salud. Extensión de políticas sanitarias a estos centros facilitando la promoción de la salud

Estrategia 3: Promover un cambio organizativo en el que el paciente y/o el residente sea el centro del sistema

- Adecuación periódica (anual o bianual) de los recursos humanos y materiales al plan integral de atención o al plan de calidad específico de cada centro.
- Visión paciente como centro del sistema, introduciendo cultura de responsabilidad por parte de los profesionales.

Estrategia 4: Desarrollar sistemas de comunicación entre niveles asistenciales y profesionales sanitarios

- Mejorar los sistemas de comunicación Atención Primaria, hospitalaria y sociosanitaria, así como entre profesionales sanitarios y personal cuidador.
- Coordinación entre niveles: historia clínica única informatizada y compartida entre los distintos centros sanitarios y sociosanitarios, al menos a nivel autonómico.
- Fomentar la comunicación usuario/residente y equipo.

Estrategia 5: Implementar sistemas de alertas a compartir en los centros

- Poner en marcha sistemas de registros de incidencias y mecanismos de alertas, que se puedan compartir entre los centros.

Estrategia 6: Facilitar la disponibilidad de dispensadores de medicación específicos con adecuada gestión de lo que a ello concierne

- Gestión adecuada de compras de pastilleros a los proveedores, porque el coste es tan elevado, que en ocasiones no pueden utilizarse. También podrían financiarse o subvencionarse.

Estrategia 7: Mejora del soporte de información terapéutica con acceso a él de todos los profesionales que atienden al paciente. Sistemas de registro de pautas terapéuticas: únicos, actualizados y accesibles

- Historia clínica única, multidisciplinar, dinámica e informatizada. Actualización ocasional (ante un suceso importante) y periódica.
- Sistemas de registro de pautas terapéuticas: únicos, actualizados y accesibles.
- Mejora de los sistemas de información de la prescripción, accesible a todos los profesionales que atienden al paciente (en distintos centros, niveles y profesionales).
- Sistemas informatizados de gestión de medicamentos.

Estrategia 8: Controlar las actividades relacionadas con prescripción y dispensación con apoyo farmacéutico

- Supervisión de actividades relacionadas con la prescripción y dispensación.
- Sistemas de validación farmacéutica y supervisión de la prescripción que aseguren que el medicamento correcto, llega correctamente identificado, al paciente correcto.

Estrategia 9: Adecuar los recursos humanos y materiales a las necesidades del paciente y al momento asistencial con evaluación de la carga de trabajo cuali- y cuantitativa

- Adecuación de recursos humanos y materiales.
- Adecuación cargas de trabajo cuali- y cuantitativas.

Estrategia 10: Plan de acogida a profesionales

- Plan de acogida y plan de pequeños detalles, con el fin de favorecer un ambiente laboral adecuado, una supervisión y la integración de los profesionales: está ligado a la satisfacción del personal.

Estrategia 11: Adecuar espacios arquitectónicos a las necesidades reales de administración y prescripción atendiendo a la correcta identificación y revisión de caducidades

- Adecuar espacios arquitectónicos a las necesidades de almacenamiento.
- Correcta identificación del medicamento y revisión de caducidades.
- Material adecuado y seguro para administración y preparación.

Estrategia 12: Implantación de sistemas de registro y control de incidentes relacionados con la medicación

- Sistemas de registro-control de incidentes relacionados con la medicación (acontecimientos adversos, errores de medicación,...).

Estrategia 13: Identificación correcta de la medicación y usuario y establecer estrategias específicas para pautas específicas (presentaciones especiales)

- Medicamento correcto al paciente correcto.
- Cuidados especiales ante medicamentos especiales (inhaladores, colirios, insulinas,.. medicamentos que no se pueden poner en los pastilleros, ni en los carros y que van fuera de los circuitos habituales.

Estrategia 14: Desarrollo de pautas terapéuticas individualizadas y revisión periódica de tratamientos

- Disminuir la polifarmacia. Revisión periódica de la prescripción activa y adecuación del tratamiento.

Estrategia 15: Acomodar la capacitación de los profesionales hacia las necesidades asistenciales del paciente individual y no hacia la enfermedad

- Capacitación y formación continua del personal.
- Acomodar la capacitación del profesional en estos centros.
- Capacitación específica en la cadena de utilización de medicamentos.
- Plan de formación continuada.
- Formación y reciclaje en nuevos fármacos y presentaciones.

Estrategia 16: Organización del trabajo basado en guías, protocolos... con asignación precisa de tareas y responsables de la trazabilidad

- Elaborar protocolos generales y específicos para la preparación, administración y evaluación de los tratamientos prescritos.
- Protocolos con información precisa de tareas.
- Definir y protocolizar tareas de uso racional del medicamento.
- Disponer de guías sencillas sobre fármacos.

Estrategia 17: Gestión de la seguridad. Inclusión de objetivos de seguridad en el gobierno de los centros

- Gestión de la seguridad clínica. Objetivos de seguridad. Ciclos de mejora continua.

Estrategia 18: Rectoría en la capacitación general de los profesionales

- Definir perfiles profesionales para cada función.

Tras especificar las 18 estrategias se llevó a cabo la votación en función de los criterios de eficacia, factibilidad, participación, aplicabilidad y consecuencias, con la finalidad de hacer una priorización de las mismas. Los resultados de la votación se presentan en las tablas 73 y 74. Las 10 primeras estrategias se llevaron al plenario para su votación final por el total de expertos participantes.

Tabla 70. Resultado de la votación de las estrategias del grupo “Mejorando la seguridad de los pacientes al ingreso”														
Estrategias	Eficacia (1-5)		Factibilidad (1-5)		Participación (1-5)		Aplicabilidad (1-5)		Consecuencias (1-5)		Suma	Orden		
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V				
Nº	Nombre		M	V	M	V	M	V	M	V	M	V		
2	Protocolización de las actuaciones en el momento del ingreso		4,5	0,3	3,0	1,6	2,8	1,0	3,8	0,6	2,5	0,2	16,7	1
3	Protocolización de las actuaciones tras el ingreso		4,3	0,3	3,0	0,4	2,8	1,0	3,8	0,6	2,3	0,7	16,3	2
12	Gestión del riesgo		4,5	0,3	3,0	1,2	1,8	1,0	4,0	0,8	2,2	2,6	15,5	3
10	Revisión del paciente polimedcado		4,5	0,3	3,0	0,4	2,5	1,9	3,3	0,3	2,0	2,4	15,3	4
8	Formación y sensibilización		4,3	0,3	2,8	1,0	2,0	1,6	4,0	0,8	2,0	2,6	15,2	5
1	Protocolización de las actuaciones previas al ingreso		3,3	1,5	2,5	1,9	3,3	1,1	3,5	1,1	2,0	0,0	14,7	6
11	Buenas prácticas		4,3	0,3	3,2	0,6	1,8	1,0	3,5	0,3	1,8	2,4	14,6	7
9	Un paciente/residente un responsable		4,2	0,6	2,8	1,0	2,0	0,8	3,7	1,1	1,7	2,3	14,4	8
13	Red entre centros		3,2	1,4	3,7	1,5	2,0	1,6	3,3	2,7	1,8	2,6	14,0	9
7	Romper las barreras idiomáticas		4,0	0,4	2,8	1,4	2,0	1,2	3,2	1,4	1,3	0,3	13,3	10
6	Información del paciente integrada y compartida		4,5	0,3	2,8	1,4	2,0	1,2	2,8	1,0	1,2	0,8	13,3	11
4	Recursos Humanos		3,7	1,1	3,0	0,8	1,8	1,8	3,0	1,6	1,2	1,4	12,7	12
5	Protocolos entre centros		3,3	0,7	3,3	1,1	1,7	1,1	2,8	0,6	1,2	0,7	12,4	13
Observación: Las estrategias 1, 2 y 3 agrupan varias propuestas														
M: Media														
V: Varianza														

Tabla 71. Resultado de la votación de las estrategias del grupo “Mejorando los cuidados proporcionados al paciente”													
Estrategias		Eficacia (1-5)		Facilidad (1-5)		Participación (1-5)		Aplicabilidad (1-5)		Consecuencias (1-5)		Orden	
Nº	Nombre	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V		
1	Plan individual de atención centrado en las necesidades del paciente/residente, teniendo en cuenta profesionales, residente y familia (a través del trabajo coordinado)	4,7	0,7	2,7	0,7	3,8	1,4	4,5	0,7	1,3	0,3	17,0	1
3	Establecer un plan de comunicación interno (incluyendo a toda la plantilla y de acogida a nuevos profesionales)	4,5	0,7	3,2	0,6	1,8	1,0	4,5	0,7	2,2	1,0	16,2	2
4	Desarrollo de un plan estratégico de coordinación socioasistencial a nivel del SNS	4,8	0,2	3,0	2,8	2,5	0,7	4,0	2,4	1,8	0,6	16,2	3
2	Plan de formación de los profesionales, específico y consensuado	4,2	1,4	2,8	0,6	2,3	2,7	4,5	0,7	2,2	0,6	16,0	4
6	Desarrollo de líneas estratégicas de calidad en el ámbito socioasistencial	4,3	0,7	2,8	0,6	1,8	1,4	4,5	0,3	1,8	0,6	15,3	5
5	Mejora de la política de recursos humanos	4,7	0,3	3,3	0,3	1,3	0,3	3,8	1,0	1,8	0,6	15,0	6
7	Desarrollo de un sistema de información común que permita la evaluación	4,3	0,3	3,0	1,6	1,7	1,5	4,2	2,6	1,8	0,6	15,0	7
M: Media		V: Varianza											

Tabla 72. Resultado de la votación de las estrategias del grupo "Reduciendo las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria"													
Estrategias	Eficacia (1-5)		Factibilidad (1-5)		Participación (1-5)		Aplicabilidad (1-5)		Consecuencias (1-5)		Suma	Orden	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V			
8													
Higiene de manos	5,0	0,0	4,0	0,8	3,8	1,0	4,8	0,2	1,2	0,2	18,8	1	
1													
Desarrollo y aplicación del Plan de Atención Individualizada	4,0	1,2	2,8	1,0	4,2	1,0	4,3	1,1	2,0	2,8	17,3	2	
4													
Evaluación y control de calidad de estándares e indicadores de infección	4,3	0,7	3,3	1,1	2,0	0,8	4,3	0,7	1,8	1,4	15,8	3	
2													
Formación acreditada y entrenamiento en competencias en la prevención de la infección	4,7	0,7	2,5	0,7	3,2	4,2	4,0	0,8	1,5	0,7	15,8	4	
6													
Estandarización de procedimientos para la prevención y tratamiento de las IRAS	4,5	0,3	3,5	0,7	2,3	3,1	4,2	1,0	1,2	0,2	15,7	5	
3													
Mejora de la cultura de seguridad en centros sociosanitarios	4,5	0,7	3,3	1,9	2,3	1,5	4,2	1,0	1,2	0,2	15,5	6	
7													
Estandarización de requerimientos en relación con material de cuidados, productos y dispositivos	4,0	1,6	3,2	1,4	1,2	0,2	3,3	1,1	2,2	2,2	13,8	7	
5													
Protocolización de los cuidados transicionales y continuidad asistencial	4,0	0,8	2,0	0,8	2,3	1,5	3,3	2,3	1,5	1,5	13,2	8	
M: Medida	V: Varianza												

Tabla 73. Resultado de la votación de las estrategias del grupo “Mejorando la seguridad en el uso de la medicación”													
Estrategias		Eficacia (1-5)		Factibilidad (1-5)		Participación (1-5)		Aplicabilidad (1-5)		Consecuencias (1-5)		Suma	Orden
Nº	Nombre	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V		
13	Identificación correcta de la medicación y usuario y establecer estrategias específicas para pautas específicas (presentaciones especiales)	4,5	0,7	3,7	1,5	1,8	1,0	4,7	0,7	1,7	2,7	16,3	1
12	Implantación de sistemas de registro y control de incidencias	3,8	0,6	3,5	1,1	2,0	1,2	4,2	0,6	1,7	2,7	15,2	2
1	Garantizar la existencia de normas referidas al uso seguro de medicamento y a su cumplimiento	3,5	0,7	3,5	0,3	1,3	0,3	4,5	0,7	2,2	1,4	15,0	3
6	Facilitar la disponibilidad de dispensadores de medicación específicos con adecuada gestión de lo que a ello concierne	3,7	2,3	3,0	1,2	2,0	1,2	4,2	1,4	1,5	1,5	14,3	4
5	Implementar sistemas de alertas a compartir entre centros	4,3	0,7	2,5	0,7	1,5	0,7	3,8	1,0	1,8	2,6	14,0	5

Tabla 73. Resultado de la votación de las estrategias del grupo "Mejorando la seguridad en el uso de la medicación" "(Cont.)".													
Estrategias		Eficacia (1-5)		Facilidad (1-5)		Participación (1-5)		Aplicabilidad (1-5)		Consecuencias (1-5)		Suma	Orden
Nº	Nombre	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V		
7	Mejora del soporte de información terapéutica con acceso a él de todos los profesionales que atienden al paciente. Sistemas de registro de pautas terapéuticas: únicos, actualizados y accesibles	3,5	1,9	3,5	0,3	1,3	0,7	3,8	1,0	1,7	1,5	13,8	6
3	Promover un cambio organizativo en el que el paciente y/o residente sea el centro del sistema	3,5	1,1	3,2	1,4	1,5	0,7	3,7	1,1	1,8	2,6	13,7	7
8	Controlar las actividades relacionadas con prescripción y dispensación con apoyo farmacéutico	3,8	0,2	3,3	0,7	1,2	0,2	3,2	0,6	1,8	2,6	13,3	8
9	Adecuar los recursos humanos y materiales a las necesidades del paciente y al momento asistencial con evaluación de la carga de trabajo cuali y cuantitativa	3,7	1,1	3,0	0,4	1,3	0,3	3,7	1,1	1,5	1,5	13,2	9
M: Media												V: Varianza	

Tabla 74. Resultado de la votación de las estrategias del grupo "Mejorando la seguridad en el uso de la medicación" "(Cont.)".													
Estrategias	Eficacia (1-5)	Facilidad (1-5)		Participación (1-5)		Aplicabilidad (1-5)		Consecuencias (1-5)		Suma	Orden		
		M	V	M	V	M	V	M	V				
Nº Nombre		M	V	M	V	M	V	M	V				
15	Acomodar la capacitación de los profesionales a las peculiaridades de las necesidades asistenciales dirigido hacia el paciente y no hacia la enfermedad	3,8	0,6	2,8	1,0	1,5	0,7	3,5	1,0	1,5	0,7	13,1	10
12	Desarrollo de pautas terapéuticas individualizadas y revisión periódica de tratamientos	3,8	0,7	3,0	1,5	1,3	1,0	3,8	0,6	1,2	2,7	13,1	11
4	Desarrollar sistemas de comunicación entre niveles asistenciales y profesionales sanitarios	4,5	0,3	2,3	1,6	1,8	1,0	3,2	1,0	1,2	1,5	13,0	12
2	Promover la participación ciudadana en la toma de decisiones. Extensión de políticas sanitarias	3,2	0,6	1,8	1,9	3,8	0,6	2,8	1,0	1,3	0,7	12,9	14

Tabla 74. Resultado de la votación de las estrategias del grupo "Mejorando la seguridad en el uso de la medicación" "(Cont.)".											
Estrategias		Eficacia (1-5)	Factibilidad (1-5)	Participación (1-5)	Aplicabilidad (1-5)	Consecuencias (1-5)	Suma	Orden			
Nº	Nombre	M	M	M	M	M	V	V	V	V	
17	Gestión de la seguridad. Inclusión de objetivos de seguridad en el gobierno de los centros	3,8	2,8	1,2	0,2	3,5	0,3	1,5	1,4	12,8	15
18	Rectoría en la capacitación general de los profesionales	3,2	3,2	1,2	0,2	2,5	0,3	2,2	1,0	12,2	16
17	Adecuar espacios arquitectónicos a las necesidades reales de administración y prescripción atendiendo a la correcta identificación y revisión de caducidades	3,7	2,0	0,8	0,7	3,2	2,6	1,3	0,3	11,8	17
10	Plan de acogida de profesionales de profesionales	2,8	2,7	1,5	0,2	3,8	1,4	1,2	0,2	11,7	18
M: Media V: Varianza											

6.3.4. Plenario

Al plenario se llevaron 35 estrategias para ser priorizadas según la urgencia necesaria para llevarlas a cabo. La ponderación de cada estrategia se realizó mediante una escala de 1 a 5, donde 1 representaba que la estrategia propuesta tenía una prioridad mínima y 5 una prioridad máxima -habría que llevar a cabo esta estrategia de manera urgente-. Todos los expertos participaron en la votación del plenario: un total de 24.

A continuación se presentan los resultados de las votaciones de todas las estrategias presentadas en el plenario por los distintos grupos (tablas 75, 76, 77 y 78).

Tabla 75. Resultados de la votación de las estrategias del grupo 1 “Mejorando la seguridad de los pacientes al ingreso/reingreso” en el plenario

Estrategias	Media	Varianza	CV
Protocolización de las actuaciones en el momento del ingreso	4,71	0,30	0,12
Protocolización de las actuaciones tras el ingreso	4,21	0,61	0,19
Revisión del paciente polimedocado	4,17	0,58	0,18
Formación y sensibilización de los profesionales	4,00	1,13	0,27
Protocolización de las actuaciones previas al ingreso	4,00	1,04	0,26
Un paciente, un referente	3,96	1,09	0,26
Buenas prácticas	3,71	1,17	0,29
Gestión de riesgo	3,71	0,82	0,24
Romper barreras idiomáticas	2,88	1,42	0,41
Crear red de centros de seguridad	2,75	1,59	0,46
Total	2,75	1,59	0,46

Observaciones: El número total de expertos fue de 24

CV: Coeficiente de varianza

Tabla 76. Resultados de la votación de las estrategias del grupo 2 “Mejorando los cuidados proporcionados al paciente” en el plenario

Estrategias	Media	Varianza	CV
Desarrollo de un plan individual de atención centrado en las necesidades del paciente residente teniendo en cuenta a profesionales, residentes y familia	4,71	0,22	0,1
Plan de formación a los profesionales, específico y consensuado	3,83	0,84	0,24
Establecer un plan de comunicación interno	3,67	0,93	0,26
Desarrollo de un plan estratégico de coordinación e integración sociosanitario a nivel del sistema nacional de salud	3,54	1,65	0,36
Mejora de la política de recursos humanos	3,54	1,56	0,35
Desarrollo de líneas estratégicas de calidad en el ámbito sociosanitario	3,54	0,69	0,24
Desarrollo de un sistema de información común que permita la evaluación	3,5	0,87	0,27
Observaciones: El número total de expertos fue de 24			
CV: Coeficiente de varianza			

Tabla 77. Resultados de la votación de las estrategias del grupo 3 “Reduciendo las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria” en el plenario

Estrategias	Media	Varianza	CV
Desarrollo y aplicación del plan de atención individualizada	4,50	1,04	0,23
Entrenamiento en la higiene de manos	4,50	0,87	0,21
Estandarización de procedimientos para la prevención y tratamiento de iras	3,96	1,00	0,25
Mejora de la cultura de seguridad en centros sociosanitarios	3,79	0,61	0,21
Evaluación y control de calidad de estándares e indicadores de infección	3,71	0,91	0,26
Formación acreditada y entrenamiento en competencias en la prevención de las iras	3,58	1,21	0,31
Estandarización de los requerimientos de material de cuidados, dispositivos y productos de cuidado	3,13	1,16	0,34

Observaciones: El número total de expertos fue de 24
CV: Coeficiente de varianza

Tabla 78. Resultados de la votación de las estrategias del grupo 4 “Mejorando la seguridad en el uso de la medicación” en el plenario

Estrategias	Media	Varianza	CV
Identificación correcta de medicación y usuario. Establecer pautas individuales específicas	4,42	1,04	0,23
Mejora del soporte de información terapéutica. Sistemas de registro de pautas: únicos, actualizados y accesibles	4,08	0,86	0,23
Implantación de sistemas de registro y control de incidencias	4,00	0,96	0,24
Capacitación específica de los profesionales implicados	3,79	0,95	0,26
Facilitar la disponibilidad de dispensadores de medicamentos específicos con adecuada gestión de lo que a ello concierne	3,75	0,98	0,26

Tabla 78. Resultados de la votación de las estrategias del grupo 4 “Mejorando la seguridad en el uso de la medicación” en el plenario “(Cont.)”.

Estrategias	Media	Varianza	CV
Garantizar la existencia de normas referidas al uso seguro de la medicación y a su cumplimiento	3,71	1,17	0,29
Controlar las actividades relacionadas con prescripción y dispensación con apoyo farmacéutico	3,50	1,74	0,38
Implementar sistemas de alerta a compartir entre los centros	3,50	0,78	0,25
Promover un cambio organizativo en el que el paciente y/o residente sea el centro del sistema	3,38	1,20	0,32
Adecuar recursos humanos y necesidades del paciente y momento asistencial	3,33	1,62	0,38

Observaciones: El número total de expertos fue de 24

CV: Coeficiente de varianza

En la tabla 79 aparece el listado ordenado de las estrategias con mayor puntuación en la votación, así como el grupo al que pertenece la estrategia

Tabla 79. Listado de estrategias priorizadas según resultados de la votación realizada en el plenario

Grupo	Estrategias	Media	Varianza	CV
Cuidados	Desarrollo de un plan individual de atención centrado en las necesidades del paciente residente teniendo en cuenta a profesionales, residentes y familia.	4,71	0,22	0,1
Ingreso	Protocolización de las actuaciones en el momento del ingreso	4,71	0,3	0,12
Infecciones	Entrenamiento en la higiene de manos	4,5	0,87	0,21
Infecciones	Desarrollo y aplicación del plan de atención individualizada	4,5	1,04	0,23
Medicación	Identificación correcta de medicación y usuario. Establecer pautas individuales específicas	4,42	1,04	0,23
Ingreso	Protocolización de las actuaciones tras el ingreso	4,21	0,61	0,19
Ingreso	Revisión del paciente polimedcado	4,17	0,58	0,18
Medicación	Mejora del soporte de información terapéutica. Sistemas de registro de pautas: únicos, actualizados y accesibles	4,08	0,86	0,23
Infecciones	Protocolización de cuidados transicionales y continuidad asistencial	4	0,7	0,21
Medicación	Implantación de sistemas de registro y control de incidencias	4	0,96	0,24
Ingreso	Protocolización de las actuaciones previas al ingreso	4	1,04	0,26
Ingreso	Formación y sensibilización de los profesionales	4	1,13	0,27

Observaciones: El número total de expertos fue de 24

CV: Coeficiente de varianza

7. Discusión

7.1. Marco referencial

El estudio EARCAS (Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios) se enmarca dentro de una línea de estudios epidemiológicos, promovidos desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, con el objetivo de conocer cuál es la situación en relación con la seguridad del paciente en diferentes niveles asistenciales: hospitales (Estudio ENEAS)⁷, atención primaria (Estudio APEAS)⁸ y medicina intensiva (Estudio SYREC)³⁶.

El objetivo del estudio EARCAS es realizar una aproximación al conocimiento de la cultura de seguridad y la magnitud y trascendencia de los IRSP y los EA relacionados con la atención sanitaria que se presta en los centros asistenciales sociosanitarios.

En este sentido, una primera e importante cuestión a destacar es la indefinición existente en relación a lo que se entiende por servicios sociosanitarios. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia¹², al tiempo que destaca en su articulado la necesaria colaboración entre los servicios sociales y sanitarios, describe un amplio catálogo de servicios que incluye: los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal (teleasistencia, ayuda a domicilio, atención de las necesidades del hogar), de cuidados personales (centros de día y de noche de diferentes características) y servicios de atención residencial (Residencias de personas mayores en situación de dependencia, Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad).

A efectos del estudio y teniendo en cuenta los comentarios realizados por los expertos, se han incluido aquellos centros que tienen como función prestar unos servicios sanitarios o social-sanitarios y que, dependiendo de su carácter temporal o permanente, del tipo y finalidad de asistencia que prestan y de la especialización de los profesionales que trabajan en ellos, se podrían clasificar en dos categorías, independientemente de su dependencia funcional (consejerías de asuntos sociales o de servicios sanitarios) o patrimonial (pública o de otras características): hospitales de media/larga estancia (HMLE) y residencias sociosanitarias (RSS).

A priori, los HMLE y las RSS suelen atender a un tipo de pacientes de semejante perfil, pero con atención y cuidados de diferentes características. Los HMLE tienen carácter temporal, el tipo de asistencia es fundamental-

mente sanitaria y la finalidad es prestar cuidados especializados de convalecencia, rehabilitación o paliativos de media-larga duración. Las RSS tienen carácter temporal más prolongado o permanente, el tipo de asistencia es, o debería ser, fundamentalmente social y va orientado a mejorar la autonomía o facilitar la integración social, o sanitaria con el fin de ofrecer cuidados a pacientes crónicos estabilizados.

Sin embargo la realidad observada es distinta, y así ha sido puesto de manifiesto por los expertos consultados. Los cuidados sanitarios proporcionados en las RSS son cada vez más numerosos y de mayor complejidad “...cada vez hay más peso de la atención sanitaria frente a la social”, y no se prestan exclusivamente a pacientes crónicos estabilizados. Con frecuencia, los pacientes o residentes que ingresan en los centros son “grandes dependientes”, con pérdida total de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial y que necesitan cuidados de otra persona forma constante. Además, las RSS, al depender en muchos casos de Consejerías o Departamentos de Bienestar Social, Servicios Sociales, Familia,... se encuentran con unas deficiencias importantes de recursos sanitarios materiales “...son escasos y no están adaptados para la asistencia sanitaria”, y profesionales “...no estamos preparados para atender a determinados tipos de pacientes que llegan”, y que son difíciles de subsanar por parte de los centros sanitarios más próximos (centros de atención primaria). En la tabla 80 puede apreciarse cómo la media en el número de profesionales sanitarios que trabajan en los HMLE y en las RSS consultados de más de 100 plazas, varía considerablemente.

Tabla 80. Número de profesionales sanitarios que trabajan en los centros sanitarios consultados de más de 100 plazas (media y desviación estándar)

Profesional sanitario	HMLE n=22		RSS n=52	
	Médicos	16,7	(DE: 21,8)	2,2
Enfermeros/as	48,8	(DE: 30,4)	10,5	(DE: 5,5)
Auxiliares de enfermería	90,8	(DE: 28,8)	60,4	(DE: 40,3)

Fuente propia: Datos del HMLE y RES de más de 100 plazas

En relación con la seguridad de los pacientes y de los residentes, en las RSS y HMLE concurren algunas singularidades destacables (tabla 81). La primera de ellas, no por obvia menos importante es la referida a las características de los pacientes atendidos. El envejecimiento poblacional y la consiguiente tendencia al incremento de enfermedades crónicas e incapacitantes es la razón de ser de los centros sociosanitarios y un reto al que los servicios sanitarios y sociales deberán hacer frente en los próximos años mediante una acción coordinada.

Un segundo aspecto, coincidente con lo que ocurre en otros países, es una menor definición y regulación de los estándares asistenciales³⁷. Ello puede condicionar, a su vez, una menor idoneidad y calificación de los recursos humanos y, obviamente, unos recursos materiales más escasos.

Por otra parte, en tanto que en la hospitalización de pacientes agudos la asistencia sanitaria es de corta duración, generalmente inferior a diez días y se desarrollan intervenciones diagnósticas y terapéuticas caracterizadas por su intensidad y complejidad, en los centros sociosanitarios, aunque el intervencionismo suele limitarse a cuidados del paciente y administración de tratamientos médicos de distinta índole, el tiempo de exposición a fallos del sistema y por ende el riesgo, es elevado.

La estancia prolongada de los pacientes puede condicionar asimismo, tal como destacaron algunos de los expertos en la segunda fase del estudio, una habituación de los cuidados proclive a la aparición de descuidos y errores de los profesionales.

Otro aspecto diferencial a considerar es la posibilidad de recibir un apoyo especializado en determinadas patologías, situaciones de urgencia o en la utilización de medicamentos. Con frecuencia y en particular en las RSS, son los médicos de los centros de salud y/o los servicios de urgencias el único apoyo especializado.

Tabla 81. Rasgos diferenciales de la atención sociosanitaria y atención hospitalaria convencional

Rasgos	Hospitalización convencional	RSS y HMLE
Características de los pacientes	Patología médica y quirúrgica de carácter agudo Urgencias	Crónicos Enfermedades invalidantes
Estándares asistenciales	+++	++
Recursos humanos	+++	+
Recursos materiales	+++	++
Tiempo de exposición al sistema	+	+++
Intervencionismo diagnóstico	+++	+
Intervencionismo terapéutico	+++	++
Posibilidades de control/seguimiento del paciente	++	+
Posibilidades de apoyo especializado inmediato	+++	++

7.2. Sesgos y limitaciones del estudio

La falta de datos previos y el hecho de que los estudios epidemiológicos realizados hasta la fecha que cuantifican la magnitud y distribución de los IRSP estuvieran centrados en ámbitos sanitarios de un perfil asistencial muy diferente al de los CSS exigía, para lograr los fines del estudio, un diseño con metodología cualitativa con componentes cuantitativos que permitiera identificar, analizar y comprender los IRSP que ocurren en los CSS y los factores que pueden contribuir a su aparición, con el fin de plantear y priorizar estrategias de prevención por un consenso de expertos.

El método utilizado para la realización de la primera fase del estudio, la técnica Delphi, aporta ventajas para los objetivos del estudio, pudiendo destacar, entre otras, el anonimato y confidencialidad de las opiniones proporcionadas por los expertos, el tiempo para la reflexión individual, la posibilidad de interacción, la minimización de la influencia de otros participantes, el requerimiento de pocos recursos estructurales, la no necesidad de desplazamientos y la capacidad para generar datos e información de profesionales de distintas procedencias, experiencias y disciplinas¹⁹.

Entre sus posibles sesgos deben destacarse los relacionados con la selección de participantes y el diseño de los cuestionarios. En el caso del estudio EARCAS debe destacarse que la selección de los participantes fue realizada de forma diferente en cada una de las fases, partiendo inicialmente de un listado de centros que cumplían los requisitos de inclusión, remitido por el equipo investigador.

La diferente dependencia de los centros en cada comunidad en cuanto a consejerías o departamentos, así como el hecho de que participaran algunos centros de titularidad privada hizo particularmente laboriosa la identificación de centros que, de manera voluntaria, estuvieran dispuestos a participar en el estudio. En ese sentido es previsible un sesgo de selección debido a la inclusión de HMLE y RSS en los que se conocía a los directores, gerentes o profesionales o su forma de trabajar o que hubieran participado en proyectos o estudios anteriores. Sin embargo, consideramos que una vez analizadas las características de los centros (dependencia, número de camas, personal...), la muestra escogida proporciona una visión representativa de este tipo de centros y suficientemente exhaustiva de los problemas de seguridad de los mismos.

El procedimiento utilizado para la selección de los participantes que cumplimentaron las encuestas y las características de temporalidad utilizadas para estimar la percepción de aparición de EA, si bien no permiten estimar su frecuencia, dado el número elevado de participantes y la tasa de respuesta (940 encuestas procedentes del 86,4% de los centros participantes) puede considerarse que proporcionan una estimación razonable y pertinente de la frecuencia con que se producen IRSP y EA.

Por último, la técnica del Metaplan utilizada en la última fase del estudio presenta sesgos comunes con el método Delphi, fundamentalmente los relacionados con la capacidad organizativa de los coordinadores, la selección de participantes y las limitaciones que implica la necesaria restricción del tiempo disponible para elaboración, discusión y priorización de estrategias. Sin embargo, todos los comentarios, apreciaciones y aclaraciones realizados por los expertos, tanto en esta fase como en las anteriores han contribuido al enriquecimiento del estudio proporcionando información útil para emprender acciones de mejora.

7.3. Hallazgos destacables

7.3.1. IRSP y EA más comunes

Todos los expertos consultados coinciden en que los IRSP y EA se producen en sus centros, pero son muchos los que han manifestado la dificultad que entraña poder que diferenciar si éstos son producidos realmente por la asistencia sanitaria o por la propia enfermedad de base del paciente, ya que los pacientes que atienden son generalmente de edad avanzada, con pluriopatología y con enfermedades cronicadas. No obstante, son conscientes de que en sus centros suceden eventos o circunstancias evitables que pueden ocasionar daño innecesario al paciente y que están relacionadas con la atención sanitaria proporcionada.

Al preguntarles sobre la frecuencia de aparición, más de un 25% de los profesionales encuestados creen que los siguientes IRSP y EA se producen en sus centros con una frecuencia superior a la mensual (tabla 82), no existiendo grandes variaciones en los IRSP más frecuentes entre lo que opinan los profesionales de los HMLE y los de las RSS (tablas 83 y 84).

Tabla 82. IRSP que ocurren en los CSS con una frecuencia superior a una vez al mes según más del 25% de los encuestados

IRSP y EA	Tipo de IRSP y EA	n (DSM)	% (DSM)
Estreñimiento	Cuidados	431	45,9
Falta de cumplimiento por el paciente paciente	EM	371	39,5
Incontinencia urinaria o fecal	Cuidados	340	36,2
Caídas en la deambulaci3n	Cuidados	338	36,0
Estreñimiento secundario a medicaci3n	AAM	334	35,5
Infecci3n del tracto urinario no asociada a sondaje	IRAS	283	30,1
Caídas en el baño, habitaci3n	Cuidados	280	29,8
Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos/insulina	AAM	275	29,3
Náuseas, v3mitos o diarrea secundarios a medicaci3n	AAM	275	29,3
Caídas de la cama, silla de ruedas, sill3n	Cuidados	251	26,7

Observaciones: El número total de encuestados es de 940

DSM: Al menos una vez al mes (diariamente, semanalmente o mensualmente)

IRAS: Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

EM: Errores de medicaci3n

AAM: Acontecimientos adversos por medicaci3n

Tabla 83. IRSP que ocurren en los HMLE con una frecuencia superior a una vez al mes según más del 25% de los encuestados

IRSP y EA	Tipo de IRSP y EA	n (DSM)	% (DSM)
Estreñimiento	Cuidados	190	51,1
Estreñimiento secundario a medicación	AAM	166	46,1
Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos/insulina	AAM	141	39,0
Incontinencia urinaria o fecal	Cuidados	139	37,4
Falta de cumplimiento por el paciente	EM	116	32,4
Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	AAM	113	31,4
Caídas en la deambulación	Cuidados	117	31,0
Infección del tracto urinario no asociada a sondaje	IRAS	107	28,5
Caídas en el baño, habitación	Cuidados	104	27,7
Otros efectos secundarios de fármacos (tos, disnea, sequedad de boca...)*	AAM	98	27,1
Empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base *	Diagnóstico	98	27,0
Infección del tracto urinario asociada a sondaje *	IRAS	97	26,1
Caídas de la cama, silla de ruedas, sillón	Cuidados	94	25,1

Observaciones: El número total de encuestados procedentes de HMLE es de 379

DSM: Al menos una vez al mes (diariamente, semanalmente o mensualmente)

IRAS: Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

EM: Errores de medicación

AAM: Acontecimientos adversos por medicación

* IRSP y EA que no aparecen en el listado global

Tabla 84. IRSP que ocurren en los RSS con una frecuencia superior a una vez al mes según más del 25% de los encuestados

IRSP y EA	Tipo de IRSP y EA	n (DSM)	% (DSM)
Falta de cumplimiento por el paciente	EM	255	48,0
Estreñimiento	Cuidados	241	44,3
Caídas en la deambulaci3n	Cuidados	221	39,9
Incontinencia urinaria o fecal	Cuidados	201	36,9
Infecci3n del tracto urinario no asociada a sondaje	IRAS	176	32,6
Estreñimiento secundario a medicaci3n	AAM	168	31,9
Caídas en el bańo, habitaci3n	Cuidados	176	31,7
Caídas de la cama, silla de ruedas, sill3n	Cuidados	157	28,4
Conjuntivitis *	IRAS	151	27,9
Técnica de administraci3n incorrecta *	EM	148	27,7
Náuseas, v3mitos o diarrea secundarios a medicaci3n	AAM	139	26,3
Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos/insulina	AAM	134	26,2

Observaciones: El número total de encuestados procedentes de RSS es de 571

DSM: Al menos una vez al mes (diariamente, semanalmente o mensualmente)

IRAS: Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

EM: Errores de medicaci3n

AAM: Acontecimientos adversos por medicaci3n

* IRSP y EA que no aparecen en el listado global

Lo que sí puede apreciarse es que los IRSP y EA que con más frecuencia aparecen son los relacionados con los cuidados proporcionados a los pacientes, seguidos de los relacionados con la medicaci3n (errores de medicaci3n y acontecimientos adversos) y las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

Estos resultados coinciden con los proporcionados por el único estudio encontrado sobre prevalencia de EA en hospitales de cr3nicos³⁸ (tabla 85). La raz3n de que esto suceda se apoya en que la atenci3n a los pacientes ingresados en los CSS est3 relacionada básicamente con los cuidados y que la edad, las pluripatologías asociadas y la polimedicaci3n hacen que el riesgo de IRSP y EA relacionados con la medicaci3n sea mayor.

Tabla 85. Prevalencia de EA en hospital de crónicos

EA	Totales (%)
Relacionados con los cuidados	35,5
Relacionados con la medicación	32,3
Relacionados con infección	22,6
Relacionados con el procedimiento	3,2
Otros	6,5

Cuando diferenciamos entre los distintos perfiles profesionales, observamos que existen diferencias en cuanto a la percepción de los IRSP y EA que ocurren. Si consideramos sólo los IRSP y EA que aparecen con una frecuencia superior a la mensual según la opinión de más del 25% de los profesionales, comprobamos que existen diferencias importantes entre lo que opinan médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería (tablas 86, 87 y 88). Los auxiliares, por sus conocimientos, competencias o lenguaje utilizado en los cuestionarios, no aprecian que algunos de los incidentes ocurran en sus centros.

Tabla 86. IRSP que ocurren en los CSS con una frecuencia superior a una vez al mes según más del 25% de los médicos encuestados

IRSP y EA	Tipo de IRSP y EA	n (DSM)	% (DSM)
Estreñimiento secundario a medicación	AAM	80	55,6%
Estreñimiento	Cuidados	77	53,8%
Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos/insulina	AAM	71	49,0%
Falta de cumplimiento por el paciente	EM	61	42,1%
Caídas en la deambulaci3n	Cuidados	56	38,6%
Náuseas, v3mitos o diarrea secundarios a medicaci3n	AAM	54	37,8%
Infecci3n del tracto urinario no asociada a sondaje	IRAS	55	37,7%
Caídas en el bańo, habitaci3n	Cuidados	53	36,6%
Infecci3n del tracto urinario asociada a sondaje *	IRAS	53	36,6%
Caídas de la cama, silla de ruedas, sill3n	Cuidados	52	35,9%
Hipotensi3n por fármacos *	AAM	49	33,8%
Incontinencia urinaria o fecal	Cuidados	46	31,7%
Otros efectos secundarios de fármacos (tos, disnea, sequedad de boca...) *	AAM	43	29,7%
Aspiraci3n broncopulmonar en anciano con demencia *	Cuidados	39	37,3%
Fallo en la valoraci3n f3sica de la dependencia: deambulaci3n, higiene personal, alimentaci3n y eliminaci3n *	Ingreso	38	26,0%
Hora de administraci3n incorrecta *	EM	37	25,9%
Omisión de dosis o de medicamento *	EM	37	25,9%

Observaciones: El número total de médicos encuestados es de 146

DSM: Al menos una vez al mes (diariamente, semanalmente o mensualmente)

IRAS: Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

EM: Errores de medicaci3n

AAM: Acontecimientos adversos por medicaci3n

* IRSP y EA que no aparecen en el listado global

Tabla 87. IRSP que ocurren en los CSS con una frecuencia superior a una vez al mes según más del 25% del personal de enfermería encuestado

IRSP y EA	Tipo de IRSP y EA	n (DSM)	% (DSM)
Estreñimiento	Cuidados	185	46,0%
Falta de cumplimiento por el paciente	EM	177	44,8%
Caídas en la deambulaci3n	Cuidados	172	42,4%
Estreñimiento secundario a medicaci3n	AAM	148	36,8%
Caídas en el baño, habitaci3n	Cuidados	148	36,5%
Incontinencia urinaria o fecal	Cuidados	142	35,2%
Infecci3n del tracto urinario no asociada a sondaje	IRAS	141	34,7%
Hipo/hiperglucemia por anti diabéticos/insulina	AAM	135	33,6%
Caídas de la cama, silla de ruedas, sill3n	Cuidados	130	32,3%
Náuseas, v3mitos o diarrea secundarios a medicaci3n	AAM	125	31,1%
Técnica de administraci3n incorrecta *	EM	116	28,8%
Conjuntivitis*	IRAS	107	26,4%

Observaciones: El número total de enfermeros/as encuestados de 408

DSM: Al menos una vez al mes (diariamente, semanalmente o mensualmente)

IRAS: Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

EM: Errores de medicaci3n

AAM: Acontecimientos adversos por medicaci3n

* IRSP y EA que no aparecen en el listado global

Tabla 88. IRSP que ocurren en los CSS con una frecuencia superior a una vez al mes según más del 25% de los auxiliares de enfermería encuestados

IRSP y EA	Tipo de IRSP y EA	n (DSM)	% (DSM)
Estreñimiento	Cuidados	155	46,3%
Incontinencia urinaria o fecal	Cuidados	139	41,7%
Falta de cumplimiento por el paciente	EM	123	39,0%
Estreñimiento secundario a medicaci3n	AAM	97	31,7%
Caídas en la deambulaci3n	Cuidados	97	28,2%

Observaciones: El número total de los auxiliares de enfermería encuestados es de 349

DSM: Al menos una vez al mes (diariamente, semanalmente o mensualmente)

IRAS: Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

EM: Errores de medicaci3n

AAM: Acontecimientos adversos por medicaci3n

* IRSP y EA que no aparecen en el listado global

7.3.2. Factores contribuyentes

En referencia a los factores que contribuyen a la aparición de IRSP y EA en los centros, los expertos señalan los factores relacionados con el paciente como los principales factores contribuyentes (tabla 89) y es que como ya se ha dicho antes, factores como la edad, las comorbilidades existentes, la complejidad de la enfermedad que padecen o la dificultad que presenta tratar clínicamente a pacientes con deterioro cognitivo, hacen que este factor destaque sobre todos los demás.

El siguiente factor que más contribuye se relaciona con los factores individuales, los específicos de cada profesional involucrado en el IRSP y EA, aquellos que tienen que ver con los aspectos psicológicos: estrés, falta de motivación, falta de atención, despistes, distracciones, sobrecarga, aburrimiento... como queda reflejado en los comentarios realizados por los expertos.

La falta de formación e información específica dirigida hacia los profesionales que trabajan en estos centros puede afectar al desarrollo correcto de su trabajo, sobre todo cuando se suman a ello unas condiciones de trabajo no adecuadas y la falta de guías, protocolos o procedimientos de ayuda a la toma de decisiones; por esta razón ha sido destacada por los expertos como un factor de importancia que puede contribuir a la aparición de daños en el paciente.

Los problemas relacionados con la comunicación, verbal y escrita, contribuyen de forma destacada sobre todo a la aparición de IRSP y EA en el momento del ingreso/reingreso de los pacientes en los centros. La información que llega con frecuencia es incompleta, inexacta o no está actualizada. Este problema ya ha sido reconocido por importantes agencias y organismos sanitarios, como el Institute of HealthCare Improvement (IHI) o la Joint Commisison on Accreditation on Health Care (JCAHO) y por un estudio reciente³⁹ en el que se abordan los trasposos de información entre los diferentes niveles asistenciales (hospitales-CSS), como un riesgo prioritario para establecer acciones para su prevención.

Tabla 89. Orden establecido por los expertos en el Delphi 2 sobre los factores contribuyentes a la aparición de los IRSP y EA

Factores contribuyentes	I	D	C	IRAS	EM	AAM
Factores de los pacientes	1	1	1	1	6	1
Factores individuales	3	4	2	4	1	3
Factores ligados a la formación y entrenamiento	4	2	4	3	2	2
Factores de comunicación	2	3	6	6	3	4
Condiciones de trabajo	5	6	3	5	4	7
Factores ligados a la tarea	6	5	5	2	5	5
Factores organizativos y estratégicos	8	8	7	8	7	6
Factores de equipo y sociales	7	7	*	7	9	9
Factores ligados a equipamiento y recursos	9	9	8	9	8	8

IRAS: Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
EM: Errores de medicación
AAM: Acontecimientos adversos por medicación
* Éste factor no apareció por error en el segundo cuestionario Delphi

I: Ingreso
D: Diagnóstico
C: Cuidados

7.3.3. Estrategias

Conseguir mejoras en la seguridad en los CSS implica establecer acciones coordinadas en las que tienen responsabilidad desde políticos y responsables de los niveles más altos de la gestión sanitaria y social, hasta los profesionales que desempeñan su actividad profesional junto a la cama de los pacientes y residentes, además de estos últimos.

Analizando las estrategias propuestas por los expertos en función de su urgencia, factibilidad, efectividad y sostenibilidad puede observarse que la mayor parte de las mismas son de implementación a nivel de microgestión, es decir, dentro del mismo centro (tabla 90).

Tabla 90. Estrategias priorizadas y nivel de implementación organizacional

Estrategia	Nivel de implementación
Desarrollo de un plan de atención centrado en el paciente	Microgestión
Protocolización de actuaciones previas al ingreso	Microgestión
Protocolización de actuaciones en el momento y tras el ingreso	Microgestión
Formación y entrenamiento en higiene de manos	Microgestión
Identificación correcta de medicación y usuario	Microgestión
Revisión del paciente polimedcado	Microgestión
Mejora del soporte de información terapéutica	Macrogestión, mesogestión
Protocolización de cuidados transicionales y continuidad asistencial	Macrogestión, mesogestión
Implantación de sistemas de registro y control de incidencias	Microgestión
Formación y sensibilización de los profesionales en seguridad	Macrogestión, mesogestión

De igual modo, las estrategias a desarrollar pueden agruparse en tres grandes líneas:

- Atención orientada al paciente y el residente, mediante el desarrollo de planes de cuidados individualizados y ajustados a las necesidades, actuaciones en el momento del ingreso, mejora de la información...
- Formación general y sensibilización de profesionales y entrenamiento en procedimientos y prácticas clínicas seguras como la higiene de las manos.

- Mejoras organizativas en aspectos como la protocolización de la transición asistencial, la revisión de tratamientos y la administración de medicamentos, la identificación inequívoca de pacientes, el trabajo en equipo y la comunicación y la coordinación asistencial con otros centros.

7.4. Eventos adversos en los centros sociosanitarios: similitudes y diferencias con otros escenarios asistenciales

La diferente metodología de los estudios relacionados en España sobre EA en hospitales (Estudio ENEAS) y atención primaria (Estudio APEAS) y en HML y RSS (Estudio EARCAS) no permite contrastar las frecuencias de EA en los mencionados establecimientos sanitarios. Sin embargo, los resultados de los estudios sí permiten constatar que los IRSP y los EA son un problema compartido en todos los escenarios asistenciales. Cambia, eso sí, su magnitud, su distribución y gravedad.

En el estudio ENEAS se señalaba que los EA relacionados con la medicación eran los más comunes, seguidos de los relacionados con la infección asociada a cuidados y los referidos a procedimientos y en el estudio APEAS mostraba que los problemas prioritarios se centran en los EA relacionados con la medicación seguidos del empeoramiento de la enfermedad de base del paciente y los relativos a procedimientos. En este estudio, los problemas se centran en los EA relacionados con los cuidados, seguidos de los EA referidos a la medicación y las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (tabla 91).

Tabla 91. Eventos adversos en los estudios EARCAS, ENEAS, APEAS

Características	Estudio EARCAS	Estudio ENEAS	Estudio APEAS
Tipo de estudio	Cualitativo	Cohorte histórica	Prevalencia
Tipo de población	Pacientes y residentes en HML y RSS	Pacientes atendidos en hospitales de agudos	Pacientes atendidos en centros de atención primaria
Frecuencia	No determinable	9,3% (IC: 8,6-10,1)	11,18% (IC:10,5 - 11,8)
Eventos adversos más comunes	Relacionados con los cuidados Relacionados con la medicación Relacionados con la infección Relacionados con la valoración	Relacionados con la medicación Relacionados con la infección Relacionados con un procedimiento Relacionados con los cuidados	Relacionados con la medicación Empeoramiento de enfermedad de base Relacionados con un procedimiento Relacionados con la infección

7.5. Valor, impacto y aplicabilidad

El estudio EARCAS contribuye a mejorar el conocimiento sobre la seguridad del paciente y los IRSP y EA que ocurren en los centros sociosanitarios. En este informe se han identificado cuáles son los IRSP y EA más comunes en los mismos y los factores que contribuyen a su aparición.

La imprecisión que supone el método de estudio utilizado para determinar la magnitud del problema no es óbice para afirmar con seguridad que nos encontramos ante un problema de salud pública. Tanto por su magnitud actual, como por la tendencia creciente que van a tener los cuidados en este tipo de centros, como por sus repercusiones clínicas, económicas y sociales y sus posibilidades de prevención.

Si bien la cultura de la seguridad en los CSS está en un estado incipiente y, frecuentemente en un nivel meramente reactivo, la realización del estudio ha permitido comprobar la existencia de profesionales preocupados y ocupados en la seguridad del paciente e involucrados en la mejora de la calidad asistencial del trabajo que desarrollan.

Entendemos que pese a sus limitaciones, en parte debidas a ser el primer estudio que aborda globalmente la seguridad del paciente en el ámbito de los CSS, puede ser punto de partida, no sólo de estudios posteriores en los que se pueda cuantificar con precisión la frecuencia y distribución de los EA, sino también para el desarrollo de estrategias de mejora, implantación de las mismas y evaluación de su efectividad.

8. Conclusiones

- El estudio ha permitido una aproximación al conocimiento de la cultura de seguridad y la magnitud y trascendencia de los incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes y residentes en las residencias socio sanitarias y hospitales de media y larga estancia.
- La mayor parte de expertos participantes estaban familiarizados con los conceptos y actividades de la seguridad del paciente, si bien las actividades formativas al respecto son escasas y la cultura de la seguridad puede considerarse como reactiva.
- La mayor parte de los centros participantes afirmó disponer de un sistema de registro, vigilancia o control de problemas relacionados con la seguridad del paciente, estando centrados preferentemente en caídas, úlceras por presión, errores de medicación e infecciones.
- Considerando la información aportada por los expertos participantes en el Delphi y los datos aportados por las encuestas de percepción de frecuencias (aunque éstas varían ligeramente en función de la titulación de los encuestados), los incidentes y eventos adversos más comunes son: los relacionados con los cuidados (estreñimiento, incontinencia urinaria y fecal y caídas), los errores de medicación por incumplimiento de las prescripciones, los acontecimientos adversos por medicación (trastornos digestivos e hipo- o hiperglucemia relacionados con el uso de antidiabéticos orales o insulina), las infecciones del tracto urinario y los relacionados con la valoración del paciente.
- Al considerar los factores contribuyentes a la aparición de incidentes y eventos adversos, la relevancia de los mismos varía en función de la categoría analizada. Sin embargo los factores relacionados con los pacientes y residentes (vulnerabilidad y características clínicas, sociales y de dependencia) son los señalados como más importantes, junto con los relacionados con la comunicación, la formación y el entrenamiento y los individuales de los profesionales.
- Desarrollar estrategias factibles, efectivas y sostenibles de mejora de la seguridad del paciente en residencias socio sanitarias y hospitales de media y larga estancia implica tener en consideración algunos factores contribuyentes específicos de este tipo de escenarios asistenciales y desarrollar acciones coordinadas en las que tienen responsabilidad desde políticos y responsables de los niveles más altos de la gestión sanitaria y social hasta los profesionales que desempeñan su actividad profesional junto a la cama de los pacientes y residentes. Las estrategias a desarrollar pueden agruparse en tres grandes líneas:

- Mejoras organizativas en aspectos como la regulación de los estándares de calidad y seguridad de este tipo de centros y la colaboración entre los ámbitos asistencial y social, la protocolización de la transición asistencial, la revisión de tratamientos y la administración de medicamentos, la identificación inequívoca de pacientes, el trabajo en equipo y la comunicación y la coordinación asistencial con otros centros.
- Formación general y sensibilización de profesionales y entrenamiento en procedimientos y prácticas clínicas seguras como la higiene de las manos.
- Atención orientada al paciente y al residente, mediante el desarrollo de planes de cuidados individualizados y ajustados a las necesidades, actuaciones en el momento del ingreso, mejora de la información..

9. Anexos

Anexo 1.	Informe del Comité de Ética e Investigación Clínica de Aragón	206
Anexo 2.	Memorándum del estudio	207
Anexo 3.	Carta de presentación del estudio a los referentes autonómicos del Comité Técnico Asesor de Seguridad del Paciente	208
Anexo 4.	Referentes autonómicos para el estudio	204
Anexo 5.	Panel de expertos para el Delphi	210
Anexo 6.	Primer cuestionario Delphi	216
Anexo 7.	Carta de presentación del primer cuestionario Delphi	243
Anexo 8.	Segundo cuestionario Delphi	245
Anexo 9.	Carta de presentación del segundo cuestionario Delphi	265
Anexo 10.	Encuesta	267
Anexo 11.	Carta de presentación de la encuesta	269
Anexo 12.	Expertos participantes en el Metaplan	271
Anexo 13.	Documento de ayuda para la primera pregunta clave del Metaplan	274
Anexo 14.	Plantilla para la votación de estrategias en el Metaplan	276
Anexo 15.	Abreviaturas utilizadas	277

Anexo 1. Informe del Comité de Ética e Investigación Clínica de Aragón



Departamento de Salud y Consumo

**Informe Dictamen Favorable
Proyecto Investigación Biomédica**

C.P. earcas - C.I. PI10/061

10 de septiembre de 2010

CEIC Aragón (CEICA)

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 08/09/2010, acta Nº 13/2010 ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

Título: Estudio exploratorio sobre la cultura de seguridad y magnitud y trascendencia de los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria en residencias y centros asistenciales sociosanitarios

Código Promotor: EARCAS **Código Interno:** PI10/061
Versión Protocolo: junio 2010

1º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el tratamiento de los datos personales como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

2º. Por lo que este CEIC emite un **DICTAMEN FAVORABLE.**

3º. Este CEIC acepta que dicho estudio sea realizado en los siguientes CEIC/Centros por los Investigadores:

CEIC Aragón (CEICA)

D. Carlos Albar Remón
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Lo que firmo en Zaragoza, a 10 de septiembre de 2010

Fdo:



[Firma]
Dña. María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón
Avda Gómez Laguna 25 Zaragoza 50009 Zaragoza España

Página 1 de 1

Tel. 976 71 48 57 Fax. 976 71 55 54 Correo electrónico: mgonzalezh.ceic@aragob.es

Anexo 2. Memorándum del estudio

 GOBIERNO DE ESPAÑA	 MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL	 Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud		Estudio EARCAS: Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios
---	--	--	---	--

MEMORÁNDUM DEL ESTUDIO

Conocidas las características de los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en atención hospitalaria y primaria (Estudios ENEAS y APEAS) se plantea ahora, el desarrollo de un estudio en un entorno asistencial de importancia creciente, el de los centros asistenciales de media y larga estancia: Estudio EARCAS (Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios).

Los objetivos del estudio son:

- Explorar los rasgos de la cultura de la seguridad en los centros que prestan atención sociosanitaria en España.
- Determinar los riesgos más relevantes relacionados con la asistencia sanitaria en el entorno de estos centros:
 - Estimar cuales son los incidentes y eventos adversos más comunes.
 - Identificar cuáles son los factores contribuyentes.
 - Detectar cuales son las barreras para la seguridad del paciente.
- Priorizar las actuaciones orientadas a lograr una atención sociosanitaria más segura.
- Facilitar el desarrollo de estrategias efectivas y sostenibles de prevención de eventos adversos y mejora de la seguridad del paciente en los centros sociosanitarios

El estudio es fruto de un convenio entre la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza, contando con la colaboración de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

El equipo de trabajo está dirigido por el Prof. Carlos Aibar Remón y cuenta con la colaboración de los profesores: María José Rabanaque Hernández, Jesús Aranaz Andrés, José Mira Solves y Julián Vitaller Burillo y de Pastora Pérez Pérez, licenciada en Farmacia.

Anexo 3. Carta de presentación del estudio a los referentes autonómicos del Comité Técnico Asesor de Seguridad del Paciente

				Estudio EARCAS: Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios
---	---	---	---	--

Zaragoza, a 14 de Mayo de 2010

«Apellidos_y_Nombre»
«Cargo»

«Saludo» «Nombre»:

Como miembro del Comité Técnico Asesor de Seguridad de Pacientes, quiero solicitar tu colaboración en la realización del estudio sobre Seguridad y Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios (Estudio EARCAS), que estamos realizando en colaboración con la Agencia de Calidad.

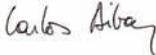
Con el fin de que conozcas sus características, te enviamos un breve memorándum del mismo en el que se describen los objetivos del mismo y las fases del estudio, así como el primer cuestionario que vamos a utilizar para un estudio Delphi.

A tal fin solicitamos tu ayuda para los siguientes aspectos:

- Nos gustaría incluir en el estudio, al menos **«sugeridos_3»** de tu comunidad («**CCAA**»). En función de la información disponible hemos elaborado un listado de centros sociosanitarios de tu Comunidad: hospitales de media y larga estancia y residencias públicas autonómicas. Por ello te agradeceríamos que, por un lado, valoraras y nos indicaras cuales serían los centros que deberíamos incluir y el profesional de los mismos que participaría como experto en el estudio Delphi y que, por otro, hicieras los contactos necesarios para proponerles participar en el estudio.
- Una vez hayas identificado a los profesionales de referencia, preferiblemente médico o personal de enfermería, sería necesario que nos indicaras su nombre, correo electrónico y teléfono para que nos pudiéramos en contacto con ellos.
- Así mismo, nos gustaría que realizaras una revisión del cuestionario elaborado, indicándonos las sugerencias o comentarios que estimes oportunos.
- De igual modo, **si estimas que algún centro de tu comunidad, no incluido en el listado** que se te envía, debería participar en el estudio, no dudes en comentarlo con el equipo investigador.

Para cualquier aclaración, sugerencia o comentario puedes ponerte en contacto conmigo por teléfono (976-556400 ext 2414) o a través del correo electrónico (caibar@unizar.es). No obstante, en los próximos días, nos pondremos en contacto directo contigo.

Agradecemos de antemano tu colaboración.


Carlos Aibar Remón

Anexo 4. Referentes autonómicos para el estudio

CCAA	NOMBRE Y APELLIDOS
Andalucía	M ^a Isabel Dotor Gracia Concepción Barrera Becerra
Aragón	Carlos Aibar Remón
Asturias	M ^a Jesús González Mateos Sara Mérida Fernández
Baleares	Carlos Campillo Artero
Canarias	Paloma García de Carlos
Cantabria	Trinidad Valle Madrazo Henar Rebollo Rodrigo
Castilla - La Mancha	Olga Solas Gaspar
Castilla y León	M ^a José Pérez Boillos
Cataluña	Josep Davins i Miralles Fernando Álava Cano
Comunidad Valenciana	Ricard Meneu de Guillerma
Ceuta/Melilla	María Antonia Blanco Galán
Extremadura	Leopoldo García Peña
Galicia	Mercedes Carreras Viñas
Madrid	Alberto Pardo Hernández Carmen Albéniz Lizarraga
Murcia	Susana Valbuena Moya
Navarra	Francisco Javier Gost Garde
País Vasco	Marbella García Urbaneja
La Rioja	Adolfo Cestafe Martínez

Anexo 5. Panel de expertos para el Delphi

CCAA	NOMBRE Y APELLIDOS	NOMBRE CENTRO LOCALIDAD (PROVINCIA)
Andalucía	Josefa Gil Moreno	Residencia asistida de mayores de Marchena (Marchena, Sevilla)
	Larbi Moeda Adesla	Residencia Fonseca (Peligros, Granada)
	Marisol Cano Garzón	Centro María Zayas (Vegas del Genil, Granada)
	Inmaculada García Balaguer	Centro residencial para personas mayores "El Zapillo" (Almería)
	Francisco José Aguilera Moreno-Aurioles	Residencia para personas mayores de Linares (Linares, Jaén)
	Antonia Zúñiga-Foche	Fundación El Balcón de La Zubia (La Zubia, Granada)
	Rafaela García Sánchez	Residencia de mayores Nuestra Señora de Los Ángeles (Espartinas, Sevilla)
	Victoria Sánchez Ortega	Residencia Perpetuo Socorro (Santa Fe, Granada)
Aragón	Teresa Moya Porte	Hospital Sagrado Corazón de Jesús (Huesca)
	Milagros Díaz García	Hospital San José (Teruel)
	José Manuel Cucullo López	Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza)
	M ^a Carmen Marco Liarte	Hospital San Juan de Dios (Zaragoza)
	Marina Alaguero Hernández	Residencia de mayores "Romareda" (Zaragoza)
Aragón *	Jesús Magdalena Belio	Residencia de la 3 ^a edad "Virgen de Las Nieves" (Letux, Zaragoza)

CCAA	NOMBRE Y APELLIDOS	NOMBRE CENTRO LOCALIDAD (PROVINCIA)
Asturias	Francisco Manuel Álvarez Álvarez	Fundación Sanatorio Adaro (Sama de Langreo, Asturias)
	Mª José Balbuena Infanzón	Residencia mixta Gijón (Gijón, Asturias)
	Josefina Tuero González	Residencia ERA Laviana (Pola de Laviana, Asturias)
	Juan Carlos Tizón Vázquez	Residencia Naranco (Oviedo, Asturias)
	Fernando Martínez Cuervo	Residencia El Cristo (Oviedo, Asturias)
	Guillermo Pérez Vázquez	Residencia Santa Teresa (Oviedo, Asturias)
	Sofía Velat Llavona	Residencia Villamil - Serantes (Tapia de Casariego, Asturias)
	Mª Teresa Díaz González	Residencia Pravia (Pravia, Asturias)
	Marta Eguidazu Pujades	Unidad de Calidad ERA (Oviedo, Asturias)
Baleares	Lourdes Vich Martorell	Hospital General de Mallorca (Palma de Mallorca)
Canarias	Domingo de Guzmán Pérez Hernández	Hospital Insular de Lanzarote (Residencia anexa) (Arrecife – Lanzarote, Las Palmas)
	Yesabel Ruth Hernández Valerón	Residencia médica asistida Nuestra Señora del Mar (Teide, Las Palmas)
Cantabria	José Ramón Temiño Suso	Residencia de mayores CAD Laredo (Laredo, Cantabria)
Castilla - La Mancha	Mariano Esbrí Víctor	Residencia de mayores Paseo de Cuba (Albacete)
	Valentín Espinosa Camargo	Residencia asistida de mayores de Ciudad Real (Ciudad Real)

CCAA	NOMBRE Y APELLIDOS	NOMBRE CENTRO LOCALIDAD (PROVINCIA)
Castilla - La Mancha	Antonia Palomo Díaz	Residencia de mayores Las Pocitas Del Prior (Puertollano, Ciudad Real)
	Fernando Ramón Sequí Muñoz	Residencia mixta de mayores de Cuenca (Cuenca)
	Luisa Estremera Díaz	Residencia de mayores Los Olmos (Guadalajara)
	Aurora María Cruz Santaella	Residencia de mayores Benquerencia (Toledo)
	Miguel Matías Estrada	Residencia La Alameda (Azuqueca de Henares, Guadalajara)
Castilla y León	M ^a Begoña Franco Palacios	Residencia mixta D.Francisco Hurtado de Mendoza y Dña. María Mardones. (Miranda de Ebro, Burgos)
	María Pilar López Viñas	Residencia mixta de personas mayores de León (León)
	Benito Cañuelo Coleto	Residencia mixta de personas mayores de Segovia (Segovia)
	Juan Gastelu-Iturri Bilbao	Complejo asistencial de Soria (Soria)
	Antonio Valdenebro Alonso	Residencia Los Royales (Soria)
	Lourdes Ausín Pérez	Residencia mixta Parquesol (Valladolid)
	José Miguel García Vela	Residencia asistida de la 3ª edad de Rueda (Valladolid)
	Luis Fernando Gutiérrez Tejedor	Residencia de personas mayores Los Tres Árboles (Zamora)
Cataluña	Olga Viñals Muela	Antic Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena (Mataró, Barcelona)
	Mónica Montoliu Sabartes	Fundació Sant Hospital La Seu d'Urgell (La Seu d'Urgell, Lleida)

CCAA	NOMBRE Y APELLIDOS	NOMBRE CENTRO LOCALIDAD (PROVINCIA)
Cataluña	Montserrat Brull Royo	Hospital de la Santa Creu (Tortosa, Tarragona)
	Juan Manuel Pérez-Castejón Garrote	Centre Sociosanitari Putget Dolors Aleu - Centres Blauclinic (Barcelona)
	Trinidad Suesa García	Centre Sociosanitari Palau (Barcelona)
	Ignasi Coll Roldua	Prytanis Centros Asistenciales (Hospitalet de Llobregat, Barcelona)
	Luis Blavi Pons	Centre Sociosanitari Bernat Jaume (Figueres, Girona)
	M ^a Dolores Castillo Paramio	Centre Sociosanitari Sant Jordi (Cornellà de Llobregat, Barcelona)
	Xavier Forés García	CSSV Ricard Fortuny (Villafranca del Penedés, Barcelona)
	Francesc Escabia Rodríguez	Hospital de Sant Jaume de Manlleu (Manlleu, Barcelona)
	Albert Galobart Roca	Centre Sociosanitari El Carme (Badalona, Barcelona)
	Elisa Villalba Fernández	Hospital Jaume d'Urgell (Balaguer, Lleida)
Teresa Gabarró Taulé	Palamós Gent Gran (Palamòs, Girona)	
Comunidad Valenciana	Sergio Fernández Martínez	Hospital Pare Jofre (Valencia)
	M ^a Isabel Bermúdez Bellido	Hospital San Vicente del Raspeig (San Vicente del Raspeig, Alicante)
	Rosa Romana Manrique Blázquez	Hospital La Pedrera (Denia, Alicante)
	M ^a José Flores Beses	Residencia Massamagrell Dr. Fleming (Massamagrell, Valencia)

CCAA	NOMBRE Y APELLIDOS	NOMBRE CENTRO LOCALIDAD (PROVINCIA)
Comunidad Valenciana	José Jorge Botella Trelis	Hospital Doctor Moliner (Serra, Valencia)
	María Inmaculada Pérez Escoto	Residencia de personas mayores de Alacant (Alicante)
Extremadura	Emilio de la Fuente Medina	Centro residencial El Prado (Mérida, Badajoz)
	Raquel Manjón García	Centro residencial Los Pinos (Plasencia, Cáceres)
	Jorge Viloria de Alba	Fundación Hospital San Antonio (Don Benito, Badajoz)
	Carmen Conde Lima	Residencia residencial La Granadilla (Badajoz)
Galicia	Xavier Forés Eduardo Otero Rodríguez	Centro de atención a mayores Concepción Arenal (Coruña)
	María González Arias	Residencia Volta do Castro (Santiago de Compostela, Coruña)
	Raquel Rodríguez Veiga	Residencia de mayores Meixoeiro de Vigo (Vigo, Pontevedra)
	Mª del Mar Otero Manso	Hospital Marítimo de Oza (Coruña)
	Rosa Ana Macedo Abeijón	Geriatros - Residencia do Maior de Ribeira (Ribeira, Coruña)
Madrid	Manuel Carnicero Bujarrabal	Hospital de Guadarrama (Guadarrama, Madrid)
	Pilar Blanco Hernández	Hospital de la Fuenfría (Cerdilla, Madrid)
	Yolanda Pérez Polo	Hospital Virgen de la Poveda (Villa del Prado, Madrid)
	Antonio Javier Moreno del Prado	Residencia Las Rozas Reina Sofía (Las Rozas, Madrid)

CCAA	NOMBRE Y APELLIDOS	NOMBRE CENTRO LOCALIDAD (PROVINCIA)
Madrid	Santiago Ruiz Grima	Residencia Colmenar Viejo (Colmenar Viejo, Madrid)
	Victoria Valverde Moyar	Residencia Gastón Baquero (Alcobendas, Madrid)
	M ^a Concepción González Galán	Residencia Santiago Rusiñol (Aranjuez, Madrid)
	Ángel Toral Revuelta	Residencia de Navacarnero (Navacarnero, Madrid)
	Cristina Viana Cepeda	Residencia de ancianos Nuestra Casa (Collado Villalba, Madrid)
	Manuel López Martínez	Residencia de personas mayores de Vallecas (Madrid)
	Fredy Pérez Sánchez	Residencia El Encinar (Leganés, Madrid)
	Claudia Marcela Guzmán Navas	Residencia de personas mayores Plata y Castañar (Madrid)
	Silvia Lores Torres	Residencia de personas mayores Parque de Coimbra (Móstoles, Madrid)
	Lufertuna Calletano R.	Centro Gerontológico AMMA Puente de Vallecas (Madrid)
Murcia	M ^a Dolores Sánchez de Amoraga Peñalver	Hospital Doctor Bernal (Caravaca de la Cruz, Murcia)
	Antonia Esperanza Martínez Martínez	Hospital Virgen del Alcázar (Lorca, Murcia)
Navarra	M ^a Begoña Flamarique Chocarro	Centro psicogeriátrico San Francisco Javier (Pamplona, Navarra)
País Vasco	Cristina Larrodé Pellicer	Hospital de Leza (Laguardia, Álava)
	M ^a Teresa Uriarte García	Hospital de Górliz (Górliz, Vizcaya)
La Rioja	Santiago Imaz Zuazu	Residencia de personas mayores La Rioja (Albelda de Iregua, La Rioja)
* Expertos que no pertenecen a ningún centro sociosanitario concreto. Sus aportaciones se han valorado aparte		

Anexo 6. Primer cuestionario Delphi

 <p>GOBIERNO DE ESPAÑA</p>	 <p>MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL</p>	 <p>Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud</p>		Estudio EARCAS Primer cuestionario Delphi
---	--	--	---	---

INDICE DEL DOCUMENTO

INSTRUCCIONES

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Seguridad del paciente
- Prestación sociosanitaria
- Dependencia
- Incidente relacionado con la seguridad del paciente
- Evento adverso
- Factores contribuyentes

LISTADO DE FACTORES CONTRIBUYENTES

CUESTIONARIO

- I. Definición de centro sociosanitario
- II. Problemas relacionados con la seguridad del paciente en centros sociosanitarios
 - A. Incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente
 - B. Incidentes y eventos adversos relacionados con la valoración general del paciente
 - C. Incidentes y eventos adversos relacionados con el diagnóstico del paciente
 - D. Incidentes y eventos adversos relacionados con los cuidados del paciente
 - E. Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria
 - F. Errores de medicación
 - G. Acontecimientos adversos por medicamentos
- III. Pacientes y eventos adversos
- IV. Otras cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente
- V. Datos del experto
- VI. Datos del centro de trabajo



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Plan de Calidad
para el Sistema Nacional de Salud



Estudio EARCAS
Primer cuestionario Delphi

INSTRUCCIONES

POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE ESTAS INSTRUCCIONES ANTES DE EMPEZAR A CONTESTAR EL CUESTIONARIO

Este Delphi se estructurará en base a dos rondas. El formulario correspondiente a la primera ronda (el que ahora tiene en sus manos) es el más extenso y proveerá la mayor parte de la información sobre la que posteriormente se construirá la síntesis y el consenso

Hemos incluido un glosario de términos de amplia utilización en el campo de la seguridad del paciente por si no está familiarizado con los términos. Por favor, léalo y utilícelo para rellenar el cuestionario.

El cuestionario se estructura de la siguiente forma:

- Los primeros apartados, tienen por objetivo valorar su **opinión y experiencia** respecto a la seguridad del paciente y los incidentes relacionados con su seguridad y los eventos adversos en los centros sociosanitarios.
- Los dos últimos apartados, hacen referencia a datos personales del encuestado y del centro de trabajo, y nos ayudarán para poder resumir el perfil de los encuestados, de cara al informe final. **En ningún momento se utilizará o facilitará información individual de los expertos encuestados o de sus centros de trabajo.**
- La finalidad de indicarnos su nombre y apellidos, es poder identificar su cuestionario correctamente y poder enviarle la síntesis y el segundo cuestionario en base a las respuestas dadas en este primero.

El cuestionario **SE CONTESTA EN EL PROPIO DOCUMENTO**, existiendo espacios habilitados para incluir las respuestas. Por favor, tenga en consideración los siguientes puntos;

- Las respuestas que vienen reflejadas con casillas, se contestan marcando con una cruz, encima de la casilla correspondiente. Asegúrense de marcar una sola opción.
- Las preguntas 7, 11, 15, 19, 23 y 27 se contestan marcando con una cruz, en la primera columna de la tabla, los incidentes y eventos adversos que, según su experiencia, se producen con mayor frecuencia en su centro de trabajo. El número de eventos adversos a marcar difiere de unas preguntas a otras.
- Hay tablas que se encuentran divididas en dos páginas.
- Las preguntas 8, 12, 16, 20, 24 y 28 se contestan marcando con una cruz, en la columna correspondiente, los factores contribuyentes que, a su juicio, contribuyen a la aparición de los eventos adversos marcados en las preguntas anteriores.
- En la base de las tablas se encuentra el significado de las abreviaturas de los factores contribuyentes y en las páginas siguientes se encuentra una descripción detallada de los mismos.
- A lo largo de todo el cuestionario se encuentran preguntas donde, si lo desea, puede realizar comentarios sobre el bloque de preguntas anteriores.

Le recordamos que estamos a su disposición para aclararle cualquier duda sobre el cuestionario, o asistirle en cualquier fase del estudio, en la siguiente dirección;
pastora@unizar.es



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Plan de Calidad
para el Sistema Nacional de Salud



Estudio EARCAS
Primer cuestionario Delphi

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Con el fin de utilizar una terminología común, incluimos a continuación una serie de definiciones de uso generalizado que se utilizan en este estudio:

SEGURIDAD DEL PACIENTE

"Conjunto de actuaciones orientadas a evitar y prevenir lesiones en los pacientes o efectos adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud prestados" (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)

PRESTACIÓN SOCIO SANITARIA

"Atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social" (Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del SNS)

DEPENDENCIA

"El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal." (Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia)

INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

"Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente, consecuencia de la asistencia sanitaria recibida" (Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, CISP)

EVENTO ADVERSO

"Incidente relacionado con la seguridad del paciente que produce daño al paciente. Los daños comprenden las enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos." (Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, CISP). Los daños están relacionados con la atención recibida y no con la historia natural de la enfermedad.

FACTORES CONTRIBUYENTES

"Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente" (Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, CISP)

Se incluye a continuación el listado de factores recomendado por la National Patient Safety Agency (NPSA) para analizar su contribución a la aparición de incidentes relacionados con la seguridad del paciente y eventos adversos. Por favor, utilice esta clasificación cuando cumplimentar el cuestionario.



LISTADO DE FACTORES CONTRIBUYENTES

FI FACTORES INDIVIDUALES

Son los aspectos únicos y específicos de cada profesional involucrado en el evento adverso. Incluyen aspectos psicológicos, familiares, relaciones laborales y muchos más.

Aspectos físicos	Salud general, problemas de (ej.: nutrición, dieta, ejercicio, forma física...) Discapacidades físicas (ej.: problemas de visión, dislexia...) Fatiga
Aspectos psicológicos	Estrés (ej.: distracción / preocupación) Enfermedades de salud mental específicas (ej: depresión) Impedimentos mentales (ej.: enfermedad, drogas, alcohol, dolor) Falta de motivación (ej.: aburrimiento, suficiencia, baja satisfacción laboral) Factores cognitivos (ej.: falta de atención, distracción, preocupación, sobrecarga, aburrimiento)
Aspectos sociales	Problemas domésticos / modo de vida inadecuado
Aspectos de personalidad	Baja autoestima/ autoestima demasiado alta Gregario/ interactivo, solitario Evita riesgos/ tendencia por los riesgos

FES FACTORES DE EQUIPO Y SOCIALES

Son los factores que pueden afectar negativamente la cohesión de un equipo. Implican comunicación entre un equipo, estilo de dirección, estructuras jerárquicas tradicionales, falta de respeto a miembros del equipo con menos experiencia y percepción de cometidos.

Congruencia de rol o función	No están las funciones, definiciones del rol perfectamente entendidas No están los roles, funciones claramente definidos
Liderazgo	No hay liderazgo efectivo – clínicamente No hay liderazgo efectivo – administrativamente El líder no puede dirigir Las responsabilidades del líder no están claras y/o entendidas El líder no es respetado
Apoyo y factores culturales	No existen mecanismos de apoyo para los trabajadores Reacción inadecuada del equipo frente a incidentes de seguridad del paciente Reacción inadecuada del equipo frente a conflictos Reacción inadecuada del equipo frente a recién llegados Equipo no abierto no receptivo

FC FACTORES DE COMUNICACIÓN

Son los aspectos relacionados con la comunicación en todas las formas: escrita, verbal y no verbal. La comunicación puede contribuir a un incidente si es inadecuada, ineficaz, confusa, o si llega demasiado tarde. Estos factores son relevantes entre individuos, en y entre equipos, así como en y entre organizaciones.

Comunicación verbal	Órdenes / indicaciones verbales ambiguas Tono de voz y forma de expresión inapropiada a la situación Uso incorrecto del lenguaje Dirigido a la(s) persona(s) inadecuada(s) No se usan los canales de comunicación establecidos, reconocidos (ej: jefe de servicio)
Comunicación escrita, registros	Los registros e informes son difíciles de leer Los datos importantes no se guardan juntos ni están fácilmente accesibles cuando se necesitan Los datos están incompletos o no actualizados (ej: disponibilidad de historial clínico, valoración de los riesgos para el paciente,...) Las circulares no llegan a todos los miembros del equipo Los comunicados no se dirigen a las personas adecuadas
Comunicación no verbal	Aspectos de lenguaje corporal (cerrado, disperso, agresivo, cara severa,...)

FT FACTORES LIGADOS A TAREA

Son aquéllos que facilitan el desarrollo seguro y efectivo de las funciones relacionadas con los procesos sanitarios (políticas, directrices y documentos). Tienen que estar actualizados, disponibles, comprensibles, utilizables, relevantes y correctos.

Guías, Protocolos, políticas y procedimientos	No actualizadas No disponibles, ilocalizables, inaccesibles No inteligibles, no aplicables, desfasadas Inadecuadas, poco claras, ambiguas, incorrectas, complejas No se cumplen Dirigidas a personal inadecuado (ej: destinadas a una audiencia inadecuada)
Ayudas a la toma de decisiones	Falta de disponibilidad de ayudas, "check list" (herramientas de valoración de riesgos, informáticas, fax para permitir la valoración a distancia de resultados) Difícil acceso a especialistas y personal con mayor experiencia Difícil acceso a gráficos, diagramas o mapas Información incompleta – resultados de análisis, historial clínico...
Diseño de procedimientos o tareas	Las guías, protocolos no pueden llevarse a cabo por falta de tiempo El personal no está de acuerdo con el diseño de tareas, procedimientos y/o protocolos Con realismo, no todos los pasos de las tareas se pueden llevar a cabo

FFE FACTORES LIGADOS A FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO

La disponibilidad y calidad de los programas formativos a disposición del personal pueden afectar directamente a su competencia y al desarrollo de sus funciones bajo condiciones de presión y situaciones de emergencia. La efectividad de la formación como un método de mejora de la seguridad puede verse también afectada por los contenidos, la forma en que se imparte, la forma en que se evalúan las habilidades adquiridas, el seguimiento y las actualizaciones.

Competencia de la formación o entrenamiento	Falta de conocimientos adecuados Habilidades o destrezas inadecuadas Tiempo de experiencia corto, falta de tiempo Calidad de la experiencia no apropiada Desconocimiento de la tarea Evaluación y valoración inadecuadas
Supervisión de la formación o entrenamiento	No hay una supervisión adecuada No disponibilidad de monitores No adecuación de los monitores
Disponibilidad / Accesibilidad de la formación o entrenamiento	Falta de formación en el propio trabajo Falta de formación en emergencias Falta de formación en trabajo en equipo Falta de formación básica Falta de cursos de actualización
Conveniencia de la formación o entrenamiento	Contenidos inadecuados Destinatarios incorrectos o sin destinatarios Forma de expresión inadecuada Horario inadecuado

FER FACTORES LIGADOS A EQUIPAMIENTO Y RECURSOS

Los factores de equipamiento incluyen si el equipamiento está adaptado o no a las necesidades, si el personal sabe o no como utilizarlo, donde se almacena y la frecuencia del mantenimiento. Los factores de recursos incluyen la capacidad de proporcionar la atención requerida, distribución del presupuesto, asignación de personal y mezcla de habilidades. Se consideran recursos tanto el personal bien entrenado, como el dinero para permitir la implantación de programas de formación, la compra de nuevo equipamiento, etc.

Monitores de aparatos	Información incorrecta Información inconsistente y/o poco clara Información ilegible Con interferencias
Funcionamiento/ Fiabilidad	Funcionamiento incorrecto Tamaño inadecuado No fiabilidad Especificaciones de seguridad no efectivas Programa de mantenimiento inadecuado
Situación	Situación o lugar incorrectos para el uso Almacenamiento adecuado
Usabilidad/ utilización	Controles no claros Manual de usuario inadecuado Equipamiento no familiar Nuevo equipo no utilizable. Necesidad de nuevo equipo Falta de estandarización

CT CONDICIONES DE TRABAJO

Son todos aquellos factores que afectan a la capacidad de trabajar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo e incluyen distracciones, interrupciones, temperatura inadecuada, iluminación deficiente, ruido y falta de espacio o uso inapropiado de este.

Factores administrativos	Ineficiencia en general de los sistemas administrativo Forma inadecuada de requerir datos médicos Forma incorrecta de encargar medicamentos No confianza en el apoyo administrativo
Diseño del entorno físico	Diseño inadecuado de oficinas: sillas de ordenador, altura de mesas, pantallas antirreflejos, pantallas de seguridad, botones antipánico, situación de archivadores, lugares de almacenamiento,... Diseño de zona incorrecto: forma, visibilidad, falta de espacio,...
Entorno	Aspectos domésticos – limpieza inadecuada Temperatura inadecuada Iluminación deficiente Nivel de ruidos excesivo
Plantilla	Habilidades o destrezas no adecuadas Ratio inadecuado del personal/ paciente Valoración inadecuada de la carga de trabajo No hay liderazgo Uso excesivo de personal temporal No permanencia de la plantilla / rotación excesiva de plantilla
Carga de trabajo/ horas de trabajo	Fatiga ligada a los turnos de trabajo Sin descansos entre horas de trabajos Ratio personal/ paciente inapropiado Tareas inapropiadas a la cualificación Sin esparcimiento social, descanso o tiempo de recuperación
Tiempo	Retrasos debidos a fallos del sistema o de diseño Presión de tiempo

FOE FACTORES ORGANIZATIVOS Y ESTRATÉGICOS

Son factores, bien adquiridos, o bien propios de la organización. Pueden permanecer latentes o no ser reconocidos como importantes debido a otros tipos de presión tales como objetivos de actuación externos

Estructura organizativa	No existe estructura jerárquica, conduce a discusiones, problemas no compartidos,... No hay responsabilidades claramente delimitadas Modelo administrativo frente a modelo clínico Términos y condiciones inadecuadas en los contratos
Prioridades	No orientadas hacia la seguridad de paciente No orientadas a evaluación externa Enfocadas en exceso al balance financiero
Riesgos externos	Ausencia/inadecuación de política de subcontratación/externalización Subcontratas con responsabilidad no delegada Arrendamiento, subcontratas inadecuadas de equipos
Cultura de Seguridad	Balance inadecuado seguridad / eficiencia No se comentan los errores ni los fallos No se siguen las reglas No hay liderazgo basado en el ejemplo Sólo se reacciona cuando hay incidentes o Cultura no abierta, falta de concienciación



FP FACTORES DE LOS PACIENTES

Son los relativos al paciente implicado en el incidente, como la complejidad de su enfermedad o factores como su edad, su morbilidad, sus factores sociales o su idioma.

Condición clínica	Co morbilidad pre-existente Complejidad del estado del paciente Gravedad / severidad del estado del paciente Dificultad de tratar clínicamente
Factores sociales	Cultura / creencia religiosa que dificulten la condición Hábitos nocivos, forma de vida (tabaco/alcohol/drogas/dieta...) Idioma diferente o no comprensible Bajo nivel económico No existencia de redes de apoyo
Factores físicos	Estado físico – malnutrición, problemas de sueño
Factores mentales y psicológicos	Motivación (agenda, incentivos) Estrés (presión familiar, financiera, ...) Presencia de desorden mental Trauma
Relaciones interpersonales no adecuadas	Entre personal y pacientes Entre los propios pacientes Entre el paciente y su familia (padres, hijos,...)

CUESTIONARIO DELPHI

I. DEFINICIÓN DE CENTRO SOCIO SANITARIO

1. ¿CREE USTED QUE ESTA DEFINICIÓN DE CENTRO SOCIO SANITARIO SE ADAPTA A SU CENTRO DE TRABAJO?

"El centro en régimen de internado donde se presta una atención sanitaria y social continuada multidisciplinar, temporal o permanente, a pacientes que necesiten de unos cuidados sanitarios de larga duración, convalecencia o rehabilitación o cuidados a pacientes con algún grado de dependencia" (Libro blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España)

- Nada de acuerdo
- Poco de acuerdo
- Indiferente
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

2. ¿CREE USTED QUE ESTA DEFINICIÓN DE HOSPITAL DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA SE ADAPTA A SU CENTRO DE TRABAJO?

Conteste sólo si su centro es un hospital de media / larga estancia

"El centro donde se realiza una atención continuada de personas con enfermedades o procesos crónicos y diferentes niveles de dependencia que no pueden ser atendidos en el domicilio" (Libro blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España)

- Nada de acuerdo
- Poco de acuerdo
- Indiferente
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

3. ¿CREE USTED QUE ESTA DEFINICIÓN DE RESIDENCIA SOCIO SANITARIA SE ADAPTA A SU CENTRO DE TRABAJO?

Conteste sólo si su centro es una residencia socio sanitaria

"El centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio sanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas con algún grado de dependencia" (Libro blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España)

- Nada de acuerdo
- Poco de acuerdo
- Indiferente
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

4. SI CREE QUE ALGUNA DE ESTOS CONCEPTOS DEBERÍA DEFINIRSE DE ALGÚN OTRO MODO, LE AGRADECERÍAMOS QUE LO DEFINIERA Y ARGUMENTASE SU RESPUESTA



II. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CENTROS SOCIO SANITARIOS

A.- INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

*"Un Incidente relacionado con la seguridad del paciente es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Cuando ese evento o circunstancia produce daño para el paciente (enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte) decimos que se ha producido un **Evento adverso**. Cuando ese evento o circunstancia no ha llegado a causar daño, decimos que se ha producido un **Incidente sin daño**". (Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, CISP).*

5. ¿CREE USTED QUE ESTAS DEFINICIONES SE ADAPTAN A SU MEDIO?

- Nada de acuerdo
- Poco de acuerdo
- Indiferente
- De acuerdo
- Muy de acuerdo

6. SI LO DESEA O CREE QUE DEBERÍA DEFINIRSE DE OTRO MODO, POR FAVOR ARGUMENTE SU RESPUESTA:

A continuación, con el fin de estimar su frecuencia y los factores que contribuyen a su aparición, incluimos un listado de incidentes y eventos adversos que pueden presentarse en centros sociosanitarios, agrupados en seis categorías:

- Incidentes y eventos adversos relacionados con la valoración general del paciente
- Incidentes y eventos adversos relacionados con el diagnóstico del paciente
- Incidentes y eventos adversos relacionados con los cuidados del paciente
- Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria
- Errores de medicación
- Acontecimientos adversos relacionados con la medicación

Por favor conteste las cuestiones al respecto y no dude en hacer cualquier comentario que considere importante.

B.- INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA VALORACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

Suceso o circunstancia que produce o puede producir daño innecesario en el paciente y que se deriva del reconocimiento o valoración por parte de un profesional al ingreso del paciente por primera vez en el centro sociosanitario o al ingresar después de permanecer un periodo de tiempo fuera del centro, ya sea en otro centro, hospitalario o residencia, o en el domicilio familiar.

7. MARQUE CON UNA CRUZ, EN LA PRIMERA COLUMNA, LOS CINCO INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS QUE, SEGÚN SU EXPERIENCIA, SE PRODUCEN CON MAYOR FRECUENCIA EN SU CENTRO, RELACIONADOS CON LA VALORACIÓN GENERAL DEL PACIENTE.

8. POSTERIORMENTE MARQUE CON UNA CRUZ TODOS AQUELLOS FACTORES QUE, A SU JUICIO, CONTRIBUYEN A SU APARICIÓN (Únicamente de los incidentes o eventos adversos que haya marcado).

VALORACIÓN GENERAL DEL PACIENTE		FACTORES CONTRIBUYENTES								
		FI	FES	FC	FT	FFE	FER	CT	FOE	FP
<input type="checkbox"/>	Error en la identificación del paciente	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Fallo en la valoración física de la dependencia: deambulación, higiene personal, alimentación, eliminación,	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Fallo en la valoración clínica del paciente: identificación de diagnósticos médicos, patología de base	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Fallo en la valoración física	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Fallo en la valoración mental: escalas	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Fallo en la valoración social	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Fallo en la revisión de la medicación del paciente	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	No establecer necesidades particulares del paciente. Plan de cuidados del paciente	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Deficiente valoración del estado del enfermo por prestar poca atención a las notas de la historia clínica.	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	No actualización de datos en la historia	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Otros (especifique)	<input type="checkbox"/>								

La descripción detallada de los factores contribuyentes está disponible en las páginas 6-10

FI: Factores individuales, FES: Factores del equipo y sociales, FC: Factores de comunicación, FT: Factores ligados a la tarea, FFE: Factores ligados a la formación y el entrenamiento, FER: Factores ligados al equipamiento y los recursos, CT: Condiciones de trabajo, FOE: Factores organizativos y estratégicos, FP: Factores de pacientes



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

Plan de Calidad
para el Sistema
Nacional
de Salud



Estudio EARCAS
Primer cuestionario Delphi

9. EN SU OPINIÓN, Y CONSIDERANDO LA FRECUENCIA DE LOS INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS QUE HA SEÑALADO, ASÍ COMO SU GRAVEDAD Y POSIBILIDADES DE ACTUACIÓN PARA EVITARLOS, EL PRIORITARIO PARA EMPRENDER PROGRAMAS O ACTUACIONES ORIENTADAS A SU PREVENCIÓN ES:

10. SI LO DESEA, PUEDE REALIZAR ALGÚN COMENTARIO (Máximo 200 caracteres).

**C.- INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON EL
DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE**

Suceso o circunstancia que produce o puede producir daño innecesario en el paciente y que se deriva del reconocimiento, valoración o control habitual de la enfermedad y problemas de salud del paciente, o de la detección de síntomas o signos de nueva aparición o de alerta

11. MARQUE CON UNA CRUZ, EN LA PRIMERA COLUMNA, LOS CINCO INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS QUE, SEGÚN SU EXPERIENCIA, SE PRODUCEN CON MAYOR FRECUENCIA EN SU CENTRO RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE.

12. POSTERIORMENTE MARQUE CON UNA CRUZ TODOS AQUELLOS FACTORES QUE, A SU JUICIO, CONTRIBUYEN A SU APARICIÓN (Únicamente de los incidentes o eventos adversos que haya marcado).

	DIAGNÓSTICO	FACTORES CONTRIBUYENTES								
		FI	FES	FC	FT	FFE	FER	CT	FOE	FP
<input type="checkbox"/>	Error en el diagnóstico	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Retraso en el diagnóstico	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Demora peligrosa en la atención en Urgencias.	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	No detección de cambios en el estado habitual	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	No detección de deterioro de capacidad cognitiva; desorientación, confusión, pérdida de memoria, delirios, torpeza, aturdimiento	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	No detección de incoherencia al hablar	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	No detección de pérdida de audición	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	No detección de pérdida de visión; ceguera, cataratas, glaucoma	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	No detección de cambios en el estado de ánimo: tristeza, apatía, pérdida de interés, ansiedad,	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	No detección de alteraciones en el ciclo del sueño: insomnio, somnolencia excesiva	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	No detección de cambios en el comportamiento o comportamientos inadecuados: gritos, agresividad, resistencia	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	No detección de pérdida de fuerza, resistencia o debilidad muscular	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	No detección de un déficit de autocuidado: Higiene, vestido, calzado, uso del WC	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	No detección de cambios en el patrón de continencia: fecal o urinaria, estreñimiento, diarreas	<input type="checkbox"/>								

...continúa en la siguiente página

	DIAGNÓSTICO	FACTORES CONTRIBUYENTES									
		FI	FES	FC	FT	FFE	FER	CT	FOE	FP	
<input type="checkbox"/>	No detección de cambios en la temperatura corporal	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	No detección de cambios de peso.	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	No detección de cambios en la piel: deshidratación, enrojecimiento, heridas, escaras, úlceras, uñas en mal estado	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	No detección de síntomas de anemia	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Mal control de la función renal, hepática, hematológica,...	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Mal control de la glucemia: Hipoglucemia/Hiperoglucemia	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Mal control del tiroides: Hipotiroidismo /Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Mal control de la tensión: Hipotensión, Hipertensión, Sincopes	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Mal control del Riesgo Cardiovascular: Infarto Agudo de Miocardio, Accidente Isquémico Transitorio, Trombosis Venosa Profunda...	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Control inadecuado del dolor e inflamación.	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Agravamiento de enfermedades pulmonares; ahogo, dificultad para respirar, pitos, sibilancias, bronquitis, flemas, tos...	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Otros (especifique)	<input type="checkbox"/>									

La descripción detallada de los factores contribuyentes está disponible en las páginas 6-10

FI: Factores individuales, FES: Factores del equipo y sociales, FC: Factores de comunicación, FT: Factores ligados a la tarea, FFE: Factores ligados a la formación y el entrenamiento, FER: Factores ligados al equipamiento y los recursos, CT: Condiciones de trabajo, FOE: Factores organizativos y estratégicos, FP: Factores de pacientes

13. EN SU OPINIÓN, Y CONSIDERANDO LA FRECUENCIA DE LOS INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS QUE HA SEÑALADO, ASÍ COMO SU GRAVEDAD Y POSIBILIDADES DE ACTUACIÓN PARA EVITARLOS, EL PRIORITARIO PARA EMPRENDER PROGRAMAS O ACTUACIONES ORIENTADAS A SU PREVENCIÓN ES:

14. SI LO DESEA, PUEDE REALIZAR ALGÚN COMENTARIO (Máximo 200 caracteres).

D.- INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS DEL PACIENTE

Suceso o circunstancia que produce o puede producir daño innecesario en el paciente y que se deriva de los cuidados proporcionados al paciente.

15. MARQUE CON UNA CRUZ, EN LA PRIMERA COLUMNA, LOS DIEZ INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS QUE, SEGÚN SU EXPERIENCIA, SE PRODUCEN CON MAYOR FRECUENCIA EN SU CENTRO, RELACIONADOS CON EL CUIDADO DEL PACIENTE.

16. POSTERIORMENTE MARQUE CON UNA CRUZ TODOS AQUELLOS FACTORES QUE, A SU JUICIO, CONTRIBUYEN A SU APARICIÓN (Únicamente de los incidentes o eventos adversos que haya marcado).

	CUIDADOS	FACTORES CONTRIBUYENTES									
		FI	FES	FC	FT	FFE	FER	CT	FOE	FP	
<input type="checkbox"/>	Deterioro cognitivo: Alzheimer,...	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Dificultad para escuchar: oídos taponados, audifonos,...	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Somnolencia excesiva	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Escapadas, huidas	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Suicidio	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Escaras, úlcera por presión	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Flebitis	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Quemaduras, erosiones, cortes, heridas, contusiones	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Debilidad, atrofia muscular	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Caidas de la cama, silla de ruedas, sillón,...	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Caidas en la deambulaci3n	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Caidas en el ba1o, habitaci3n	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Fracturas	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Falta de movilizaci3n asistida	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Rozaduras, callos, juanetes en los pies	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Parasitosis: Piojos, sarna	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Incontinencia urinaria o fecal	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Diarreas (no llega al WC)	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Catéteres mal insertados	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Hematuria por arrancamiento de sonda	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Arrancamiento de sonda nasogástrica	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Pérdida alarmante de peso	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Deshidrataci3n	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	U1as en mal estado	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Úlceras en la boca, caries,...	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Hipoglucemias/hiperglucemias	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>	Reagudizaci3n de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva cr3nica)	<input type="checkbox"/>									

...continúa en la siguiente página

	CUIDADOS	FACTORES CONTRIBUYENTES								
		FI	FES	FC	FT	FFE	FER	CT	FOE	FP
<input type="checkbox"/>	Edema agudo de pulmón e insuficiencia respiratoria	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Aspiración broncopulmonar en anciano con demencia	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Falta de apoyo psicológico	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Falta/Fallo de fisioterapia, rehabilitación, ejercicio física, cognitiva	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	No confirmación de órdenes y prescripciones raras o paradójicas	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Fallo en mecanismos de alarma de sistemas de monitorización	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Otros (especifique)	<input type="checkbox"/>								

La descripción detallada de los factores contribuyentes está disponible en las páginas 6-10
 FI: Factores individuales, FES: Factores del equipo y sociales, FC: Factores de comunicación,
 FT: Factores ligados a la tarea, FFE: Factores ligados a la formación y el entrenamiento,
 FER: Factores ligados al equipamiento y los recursos, CT: Condiciones de trabajo,
 FOE: Factores organizativos y estratégicos, FP: Factores de pacientes

17. EN SU OPINIÓN, Y CONSIDERANDO LA FRECUENCIA DE LOS INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS QUE HA SEÑALADO, ASÍ COMO SU GRAVEDAD Y POSIBILIDADES DE ACTUACIÓN PARA EVITARLOS, EL PRIORITARIO PARA EMPRENDER PROGRAMAS O ACTUACIONES ORIENTADAS A SU PREVENCIÓN ES:

18. SI LO DESEA, PUEDE REALIZAR ALGÚN COMENTARIO (Máximo 200 caracteres).

E.- INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA

Infección durante la estancia del paciente en el centro que se deriva de la asistencia sanitaria o de los cuidados recibidos.

19. MARQUE CON UNA CRUZ, EN LA PRIMERA COLUMNA, LAS CINCO INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA QUE, SEGÚN SU EXPERIENCIA, CON MAYOR FRECUENCIA SE PRODUCEN EN SU CENTRO.

20. POSTERIORMENTE MARQUE CON UNA CRUZ, TODOS AQUELLOS FACTORES QUE, A SU JUICIO, CONTRIBUYEN A SU APARICIÓN (Únicamente de aquellas que haya marcado).

	INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA	FACTORES CONTRIBUYENTES								
		FI	FES	FC	FT	FFE	FER	CT	FOE	FP
<input type="checkbox"/>	Infección de herida quirúrgica y/o traumática	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	ITU (infección del tracto urinario) asociada a sondaje	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Bacteriemia asociada a catéter	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor o uso de antibióticos	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Infección de úlceras por presión	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Neumonía por aspiración	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Infección de prótesis	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Toxiinfección alimentaria	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Diarrea por clostridium difficile	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Legionelosis	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Otros (especifique)	<input type="checkbox"/>								

La descripción detallada de los factores contribuyentes está disponible en las páginas 6-10

FI: Factores individuales, FES: Factores del equipo y sociales, FC: Factores de comunicación, FT: Factores ligados a la tarea, FFE: Factores ligados a la formación y el entrenamiento, FER: Factores ligados al equipamiento y los recursos, CT: Condiciones de trabajo, FOE: Factores organizativos y estratégicos, FP: Factores de pacientes

21. EN SU OPINIÓN, Y CONSIDERANDO LA FRECUENCIA DE LAS INFECCIONES QUE HA SEÑALADO, ASÍ COMO SU GRAVEDAD Y POSIBILIDADES DE ACTUACIÓN PARA EVITARLAS, LA PRIORITARIA PARA EMPRENDER PROGRAMAS O ACTUACIONES ORIENTADAS A SU PREVENCIÓN ES:

22. SI LO DESEA, PUEDE REALIZAR ALGÚN COMENTARIO (Máximo 200 caracteres).

F.- ERRORES DE MEDICACIÓN

"Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos" (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention - NCCMERP)

23. MARQUE CON UNA CRUZ, EN LA PRIMERA COLUMNA, LOS **DIEZ** ERRORES DE MEDICACIÓN QUE, SEGÚN SU EXPERIENCIA, CON MAYOR FRECUENCIA SE PRODUCEN EN SU CENTRO.

24. POSTERIORMENTE MARQUE CON UNA CRUZ, TODOS AQUELLOS FACTORES QUE, A SU JUICIO, CONTRIBUYEN A SU APARICIÓN (Únicamente de aquellos que haya marcado).

	ERRORES DE MEDICACIÓN	FACTORES CONTRIBUYENTES								
		FI	FES	FC	FT	FFE	FER	CT	FOE	FP
<input type="checkbox"/>	Medicamento no apropiado (alergia, interacciones, contraindicaciones, duplicidad, inapropiado por edad, situación clínica o patología)	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Medicamento innecesario	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Trascripción /dispensación/ administración de un medicamento diferente al prescrito	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Omisión de dosis o de medicamento	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Dosis incorrecta	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Frecuencia de administración errónea	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Forma farmacéutica errónea	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Error de preparación /manipulación /acondicionamiento	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Técnica de administración incorrecta (incluye fraccionar o triturar inapropiadamente formas sólidas orales)	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Vía de administración errónea	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Velocidad de administración errónea	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Hora de administración incorrecta (incluye la administración del medicamento fuera del intervalo de tiempo definido en cada institución sanitaria para la programación horaria de administración)	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Paciente equivocado	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento incorrecta	<input type="checkbox"/>								

...continúa en la siguiente página

	ERRORES DE MEDICACIÓN	FACTORES CONTRIBUYENTES								
		FI	FES	FC	FT	FFE	FER	CT	FOE	FP
<input type="checkbox"/>	Monitorización insuficiente del tratamiento: Falta de revisión clínica, Falta de controles analíticos, Interacción medicamento-medicamento, Interacción medicamento-alimento	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Medicamento deteriorado, caducado, mal conservado	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Falta de cumplimiento por el paciente	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Otros (especifique)	<input type="checkbox"/>								

La descripción detallada de los factores contribuyentes está disponible en las páginas 6-10

FI: Factores individuales, FES: Factores del equipo y sociales, FC: Factores de comunicación, FT: Factores ligados a la tarea, FFE: Factores ligados a la formación y el entrenamiento, FER: Factores ligados al equipamiento y los recursos, CT: Condiciones de trabajo, FOE: Factores organizativos y estratégicos, FP: Factores de pacientes

25. EN SU OPINIÓN, Y CONSIDERANDO LA FRECUENCIA DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN QUE HA SEÑALADO, ASÍ COMO SU GRAVEDAD Y POSIBILIDADES DE ACTUACIÓN PARA EVITARLOS, EL PRIORITARIO PARA EMPRENDER PROGRAMAS O ACTUACIONES ORIENTADAS A SU PREVENCIÓN ES:

26. SI LO DESEA, PUEDE REALIZAR ALGÚN COMENTARIO (Máximo 200 caracteres).

G.- ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS

"Cualquier daño causado por el uso terapéutico (incluyendo la falta de uso) de un medicamento. Según sus posibilidades de prevención pueden ser: prevenibles, aquellos acontecimientos adversos causados por errores de medicación, suponen daño y error, y no prevenibles, aquellos acontecimientos adversos que se producen a pesar del uso apropiado de los medicamentos (daño sin error) y se corresponden con las denominadas reacciones adversas a medicamentos (RAM)" (Leape et al)

27. MARQUE CON UNA CRUZ, EN LA PRIMERA COLUMNA, LOS DIEZ ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS QUE, SEGÚN SU EXPERIENCIA, CON MAYOR FRECUENCIA SE PRODUCEN EN SU CENTRO.

28. POSTERIORMENTE MARQUE CON UNA CRUZ, TODOS AQUELLOS FACTORES QUE, A SU JUICIO, CONTRIBUYEN A SU APARICIÓN (Únicamente de aquellos que haya marcado).

	ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS	FACTORES CONTRIBUYENTES								
		FI	FES	FC	FT	FFE	FER	CT	FOE	FP
<input type="checkbox"/>	Nauseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Manifestaciones alérgicas sistémicas	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Cefalea por fármacos	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas por fármacos	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Hipotensión por fármacos	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Malestar o dolor por fármacos (epigastalgia)	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Hemorragia digestiva alta	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Neutropenia	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Infarto agudo de miocardio, accidente cerebral vascular o tromboembolismo pulmonar por control inadecuado de anticoagulantes	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Intoxicación digitálica	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Edemas, insuficiencia cardíaca o shock	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Alteración del ritmo cardíaco o actividad eléctrica por fármacos	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Desequilibrio electrolítico	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Alteración / agravamiento de la función renal, hepática, tiroidea	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Intolerancia a fármaco	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	Otros efectos secundarios de fármacos (tos, disnea, sequedad de boca...)	<input type="checkbox"/>								

...continúa en la siguiente página



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Plan de Calidad
parte del Sistema Nacional de Salud



Estudio EARCAS
Primer cuestionario Delphi

	FACTORES CONTRIBUYENTES									
	FI	FES	FC	FT	FFE	FER	CT	FOE	FP	
<input type="checkbox"/> Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos/insulina	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> Retención urinaria por anticolinérgicos	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> Insuficiencia / depresión respiratoria	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> Otros (especifique)	<input type="checkbox"/>									

La descripción detallada de los factores contribuyentes está disponible en las páginas 6-10

FI: Factores individuales, FES: Factores del equipo y sociales, FC: Factores de comunicación, FT: Factores ligados a la tarea, FFE: Factores ligados a la formación y el entrenamiento, FER: Factores ligados al equipamiento y los recursos, CT: Condiciones de trabajo, FOE: Factores organizativos y estratégicos, FP: Factores de pacientes

29. EN SU OPINIÓN, Y CONSIDERANDO LA FRECUENCIA DE LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS QUE HA SEÑALADO, ASÍ COMO SU GRAVEDAD Y POSIBILIDADES DE ACTUACIÓN PARA EVITARLOS, EL PRIORITARIO PARA EMPRENDER PROGRAMAS O ACTUACIONES ORIENTADAS A SU PREVENCIÓN ES:

30. SI LO DESEA, PUEDE REALIZAR ALGÚN COMENTARIO (Máximo 200 caracteres).

III. PACIENTES Y EVENTOS ADVERSOS

31. EN SU OPINIÓN, PODRÍA INDICARNOS LOS **DIEZ** TIPOS DE PACIENTES QUE TIENEN MAYOR RIESGO DE SUFRIR UN EVENTO ADVERSO (INCIDENTES CON DAÑO) EN SU CENTRO SOCIO SANITARIO. Márquelos con una cruz.

TIPOS DE PACIENTES	
<input type="checkbox"/>	Pacientes con deficiencias en la función cognitiva : coma, demencia, alzheimer,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con trastornos de comunicación : hablar, escuchar,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con alteraciones en la visión .
<input type="checkbox"/>	Pacientes con alteraciones en el estado de ánimo : depresión, ansiedad, alteraciones ciclo del sueño, tristeza, apatía, pérdida de interés, cambios en humor,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con alteraciones del comportamiento : deambulación, abusos verbales, abusos físicos, comportamiento socialmente inadecuado, perturbado, resistencia a cuidados...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con deficiencias en la función física : encamados, necesidad de dispositivo para caminar (bastón, andador, silla ruedas), ayuda para vestirse, uso del WC, higiene...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con incontinencia : urinaria, fecal, patrones de eliminación alterados, uso de dispositivos (catéter, enema, ostomía), cambios en el patrón de continencia,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con infección : infección resistentes a los antibióticos, Clostridium difficile, conjuntivitis, infección por el VIH, neumonía, infección respiratoria, septicemia, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, infección del tracto urinario en los últimos 30 días, infección de la herida,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con deficiencias en el estado nutricional : problemas para masticar, deglutir, dolor, cambios de peso, necesidad de SNG, parenteral, dietas especiales, suplementos,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con problemas dentales : dentadura, caries, úlceras, inflamación,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con problemas en la piel : úlceras, otros problemas en la piel o lesiones, problemas y cuidados de los pies,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con tratamientos y/o procedimientos especiales : quimioterapia, diálisis, medicación IV, vigilancia médica, oxigenoterapia, ostomía, radioterapia, aspiración, traqueotomía, transfusiones, respiradores, alcohol, demencia, paliativos,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con enfermedades endocrinas / metabólicas : diabetes mellitus, hipertiroidismo, hipotiroidismo,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con enfermedades circulatorias / corazón : enfermedad en arterias coronarias, arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca congestiva, trombosis venosa profunda, hipertensión, hipotensión, enfermedad vascular periférica,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con enfermedades musculoesqueléticas : artritis, fractura de cadera, falta extremidad, osteoporosis, fractura patológica,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con enfermedades neurológicas : afasia, parálisis cerebral, accidente cerebrovascular, hemiplejía, esclerosis múltiple, paraplejía, parkinson, tetraplejía, trastornos convulsivos, accidente isquémico transitorio (AIT), lesión cerebral traumática,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con enfermedades psiquiátricas : síndrome maniaco depresivo (Bipolar), esquizofrenia,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con enfermedades pulmonares : asma, enfisema, EPOC,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes con enfermedades sensoriales : cataratas, retinopatía diabética, glaucoma, degeneración macular,...
<input type="checkbox"/>	Pacientes otras enfermedades : alergias, anemia, cáncer, insuficiencia renal,...
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar)

IV. OTRAS CUESTIONES RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

32. ANTES DE REALIZAR ESTE CUESTIONARIO, ¿HABÍA ESCUCHADO O LEIDO ALGO RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LOS EVENTOS ADVERSOS?

- Sí
- No
- No recuerdo

33. EN LAS SESIONES CLINICAS, GRUPOS DE MEJORA DE LA CALIDAD, COMISIONES.... DE SU CENTRO ¿SURGEN PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

34. ¿EN SU CENTRO SE REALIZA ALGUNA SESIÓN DE FORMACIÓN RELACIONADA CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

35. ¿SE DISPONE EN SU CENTRO DE ALGUN SISTEMA DE REGISTRO, VIGILANCIA, O CONTROL DE PROBLEMAS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS COMO CAIDAS, INFECCIONES, U OTROS?)

- No
- Sí

36. ¿PODRÍA SEÑALAR BREVEMENTE LOS INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS QUE RECOGE?

37. ¿CÓMO VALORARÍA SUS CONOCIMIENTOS EN LO RELATIVO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y EVENTOS ADVERSOS? Escala del 1-10: 1(mínimo) al 10 (máximo)



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Plan de Calidad
para el Sistema Nacional de Salud



Estudio EARCAS
Primer cuestionario Delphi

V. DATOS DEL EXPERTO

NOMBRE

APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO (año)

SEXO

Hombre

Mujer

CIUDAD

CCAA

38. ¿CUÁL ES SU TRABAJO EN ESTE CENTRO SOCIO SANITARIO?

Marque el cuadro que mejor se adapte a su trabajo. Si se ajusta a más de una categoría, marcar el nivel más alto.

- Director / Gerente
- Médico
- Enfermero
- Otro (especificar)

39. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA TRABAJANDO EN CENTROS SOCIO SANITARIOS?

- Menos de 1 año
- 1 a 5 años
- 6 a 10 años
- 11 a 15 años
- 16 a 20 años
- 21 años o más

40. ¿CUÁNTAS HORAS POR SEMANA TRABAJA HABITUALMENTE EN ESTE CENTRO SOCIO SANITARIO?

- 15 o menos horas por semana
- 16 a 24 horas por semana
- 25 a 40 horas por semana
- Más de 40 horas por semana

41. ¿TRABAJA DIRECTAMENTE CON LOS PACIENTES LA MAYOR PARTE DE SU JORNADA LABORAL?

- SI, trabajo directamente con los pacientes la mayoría del tiempo.
- NO, no trabajo directamente con los pacientes la mayoría del tiempo.



VI. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

NOMBRE DEL CENTRO

42. TIPO DE CENTRO SOCIO SANITARIO:

- Hospital de media / larga estancia
- Centro de atención residencial público autonómico Otro (especificar)

43. TITULARIDAD:

- Pública Privada-concertada Privada

44. NÚMERO DE PLAZAS / CAMAS:

- Menor de 50 50-99
- 100-150 Mayor de 150

45. ÍNDICE DE OCUPACIÓN ACTUAL:

- Menor del 25% 25-50%
- 50-75% Mayor del 75%

46. NÚMERO DE PROFESIONALES SANITARIOS QUE TRABAJAN EN SU CENTRO:

PROFESIONAL SANITARIO	NÚMERO
Médico	
Enfermero/a	
Auxiliar de enfermería	
Trabajador social	
Terapeuta ocupacional	
Fisioterapeuta	
Rehabilitador	
Psicólogo	
Otros (especificar)	

47. PORCENTAJE APROXIMADO DE PACIENTES MENORES DE 65 AÑOS

- Menor del 25% 25-50%
- 50-75% Mayor del 75%

48. PORCENTAJE APROXIMADO DE PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS

- Menor del 25% 25-50%
- 50-75% Mayor del 75%

SI DESEA REALIZAR ALGÚN COMENTARIO RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LOS EVENTOS ADVERSOS EN CENTROS SOCIO SANITARIOS, O CON CUALQUIER OTRO ASPECTO DEL CUESTIONARIO, PUEDE UTILIZAR ESTE ESPACIO PARA INDICARLO

Muchas gracias por su tiempo y su colaboración

Anexo 7. Carta de presentación del primer cuestionario Delphi

GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Plan de Calidad
para el Sistema

Nacional de Salud



Estudio EARCAS

Primer cuestionario Delphi

Distinguido amigo/a:

En el marco de un proyecto de investigación promovido por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud en colaboración con la Universidad de Zaragoza, orientado a mejorar el conocimiento de la seguridad del paciente y los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en nuestro país, nos dirigimos a Ud. en calidad de experto seleccionado para invitarle a tomar parte en un estudio DELPHI.

Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es cualquier hecho o circunstancia de la asistencia sanitaria que ha producido o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Cuando ese evento o circunstancia produce daño para el paciente (enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte), decimos que se ha producido un evento adverso.

Conocidos cuales son los eventos adversos más comunes en los hospitales generales y en el primer nivel asistencial en nuestro país a través de los estudios ENEAS y APEAS, pretendemos mejorar el conocimiento al respecto en los centros sociosanitarios considerando su frecuencia, gravedad y factores contribuyentes, con el fin de valorar cuales pueden ser las bases para establecer actuaciones de prevención y control, efectivas y sostenibles.

El método Delphi es un procedimiento de consenso, próximo a la investigación cualitativa, que ofrece buenos resultados para obtener información procedente de personas expertas en un determinado campo.

El estudio a realizar consta de las siguientes fases:

- Una primera consulta exploratoria de opiniones y valoraciones de un panel de profesionales expertos en la atención sociosanitaria, por medio de un cuestionario (*el que ahora tiene en sus manos*).
- Elaboración de una síntesis informativa de los cuestionarios recibidos en la primera consulta.
- Remisión de la síntesis a todos los participantes en la primera consulta para su valoración y aporte de comentarios y sugerencias.
- Elaboración de un documento final.

¿En qué consiste su colaboración?:

- Leer el cuestionario y contestar a todas las preguntas. Estimamos que el tiempo necesario es de 25-30 minutos.
- Devolver los cuestionarios en el plazo de una semana desde su recepción. El envío puede hacerlo por correo electrónico a la siguiente dirección; pastora@unizar.es , haciendo constar en el asunto del mensaje el texto "Delphi fase 1", o bien por correo postal a la dirección indicada:

Carlos Aibar Remón
Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza
C/Domingo Miral sn. 50009-Zaragoza



- Mientras dure la investigación no debe intercambiar opiniones relativas al estudio con otros expertos participantes que eventualmente pueda conocer.
- Una vez hayamos analizado las respuestas del conjunto de expertos y realizada la oportuna síntesis, le volveremos a enviar la misma y un segundo cuestionario para valorar su grado de acuerdo. Le rogamos lo tenga en cuenta, para poder conservar un panel estable de consultados entre la dos rondas y así obtener resultados de calidad óptima. El segundo cuestionario estimamos poderse lo remitir en el mes de julio.

¿Cuál es nuestro compromiso?:

- Cumplir las buenas prácticas en investigación observacional.
- Asegurar la confidencialidad y anonimidad, tanto individual como de su centro de trabajo en relación con sus respuestas.
- Facilitarle el acceso a la información a medida que se vaya desarrollando el trabajo, incluyendo el informe final y las publicaciones que puedan derivarse.
- Mencionar expresamente su participación en las publicaciones e informes resultantes de la investigación, si no objeta lo contrario.
- Entendemos que el envío del cuestionario significa su disposición a participar en el estudio y la aceptación de las condiciones anteriores.

¿Qué esperamos conseguir?:

- Estimar cuales son los incidentes y eventos adversos más comunes en la atención sociosanitaria en España.
- Identificar cuáles son los factores contribuyentes.
- Establecer las bases que nos permitan conocer cuáles son las barreras para la seguridad del paciente en los centros sociosanitarios.
- Facilitar el desarrollo de estrategias efectivas y sostenibles de prevención de eventos adversos y mejora de la seguridad del paciente en los centros sociosanitarios.

Le agradecemos de antemano toda su colaboración y quedamos a su disposición para aclararle cualquier duda o asistirle en cualquier fase del estudio en el correo indicado anteriormente.

Carlos Aibar Remón
Director del Estudio

Anexo 8. Segundo cuestionario Delphi

    	Estudio EARCAS Segundo cuestionario Delphi
---	--

CUESTIONARIO DELPHI 2

INDICE DEL CUESTIONARIO

- I. Características del panel de expertos
- II. Cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente
- III. Definiciones sobre centros sociosanitarios
- IV. Definición de problemas relacionados con la seguridad del paciente
- V. Incidentes y eventos adversos relacionados con la valoración general del paciente
- VI. Incidentes y eventos adversos relacionados con el diagnóstico del paciente
- VII. Incidentes y eventos adversos relacionados con los cuidados del paciente
- VIII. Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria
- IX. Errores de medicación
- X. Acontecimientos adversos por medicamentos
- XI. Pacientes y eventos adversos
- XII. Otros

Anexo. Listado de factores contribuyentes

I. CARACTERÍSTICAS DEL PANEL DE EXPERTOS

En la primera fase de cuestionario Delphi participaron 88 expertos, de centros sociosanitarios de 17 comunidades autónomas.

	Nº de expertos	%
ANDALUCÍA	8	9%
ARAGÓN	5	6%
ASTURIAS	8	9%
BALEARES	1	1%
CANARIAS	2	2%
CANTABRIA	1	1%
CASTILLA Y LEÓN	8	9%
CASTILLA LA MANCHA	7	8%
CATALUÑA	13	15%
CEUTA/MELILLA	0	0%
EXTREMADURA	4	5%
GALICIA	5	6%
MADRID	14	16%
MURCIA	2	2%
NAVARRA	1	1%
PAIS VASCO	2	2%
RIOJA	1	1%
VALENCIA	6	7%
TOTAL	88	100%

El panel de expertos estaba compuesto por un 60,2% de mujeres. La edad media de los consultados fue de 44,4 años (DE¹: 7,9). El perfil del experto consultado es un profesional médico (43,2%) o enfermero (19,3%) que trabaja de 25 a 40 horas semanales en el centro sociosanitario (71,6%), en contacto directo con los pacientes la mayor parte de su jornada laboral (62,5%).

La mayoría trabaja en un centro sociosanitario público (64,8%), generalmente una residencia (62,8%), con un número de camas superior a 150 (53,4%), y con un índice de ocupación superior al 75% de su capacidad (96,6%). El 87,5% de los centros tiene una población de pacientes mayores de 65 años superior al 75%, destacando que el 81,9% de los centros el índice de mayores de 80 años es superior al 50%.

El número de profesionales sanitarios por centro es muy variable: médicos 6,2 (DE: 12,3), 20,4 enfermeros (DE: 23,0) y 60,9 auxiliares (DE: 40,6). Trabajando también en alguno de estos centros en menor número (de 1-3 por centro), otros profesionales sociosanitarios: fisioterapeutas, trabajadores sociales, terapeutas, rehabilitadores, psicólogos, psiquiatras, farmacéuticos, logopedas, animadores socioculturales...

¹ Desviación estándar (DE)

II. CUESTIONES GENERALES RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

(Conocimientos y actitudes del experto o del centro)

En referencia a cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y los eventos adversos, el 92% de los expertos contestó que había escuchado o leído algo sobre el tema con anterioridad y valoraron su nivel de conocimientos con una puntuación media de 6,6 (DE: 1,5) sobre 10.

Sobre sus centros de trabajo, contestaron que casi nunca (21,6%), o a veces (55,7%), se realizaban sesiones de formación relacionadas con seguridad del paciente, aunque sí surgían en las sesiones clínicas, comisiones,... a veces (40,9%), o casi siempre (40,9%), cuestiones y problemas relacionados con la seguridad del paciente.

El 95,5% de los centros posee un sistema de registro, vigilancia o control de problemas relacionados con la seguridad. La mayoría de los expertos señalan que los incidentes o eventos adversos que recogen son con referencia a las caídas (89,8%), seguidos de las úlceras por presión (33,0%), los errores de medicación (25,0%) y las infecciones (18,2%).

P1. Si desea realizar alguna consideración adicional sobre este apartado (Máx. 500 caracteres)

III. DEFINICIONES SOBRE CENTROS SOCIO SANITARIOS

El 80,7% de los expertos consultados se muestran de acuerdo o muy de acuerdo con la definición de **CENTRO SOCIO SANITARIO**:

"El centro en régimen de internado donde se presta una atención sanitaria y social continuada multidisciplinar, temporal o permanente, a pacientes que necesiten de unos cuidados sanitarios de larga duración, convalecencia o rehabilitación o cuidados a pacientes con algún grado de dependencia" (Libro blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España)

El 76,5% de los expertos que trabajan en hospitales de media/larga estancia se manifiestan de acuerdo o muy de acuerdo con la definición de **HOSPITAL DE MEDIA/LARGA ESTANCIA**:

"El centro donde se realiza una atención continuada de personas con enfermedades o procesos crónicos y diferentes niveles de dependencia que no pueden ser atendidos en el domicilio" (Libro blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España)

El 79,8% de los expertos que trabajan en residencias sociosanitarias declaran sentirse de acuerdo o muy de acuerdo con la definición de **RESIDENCIA SOCIO SANITARIA**:

"El centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas con algún grado de dependencia" (Libro blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España)



Existe bastante ambigüedad a la hora de precisar estos términos en el conjunto del territorio nacional. En este sentido, de los comentarios realizados por los expertos, extraemos las siguientes conclusiones:

- Los centros sociosanitarios tienen como función prestar unos servicios sanitarios o social-sanitarios que no puede ofrecerse en el propio domicilio.
- Dependiendo de su carácter temporal o permanente, del tipo y finalidad de asistencia que prestan y de la especialización de los profesionales que trabajan en ella, se clasifican en hospitales de media/larga estancia o residencias sociosanitarias.
- Los hospitales de media/larga estancia tienen carácter temporal, el tipo de asistencia es fundamentalmente sanitaria y la finalidad son los cuidados especializados de convalecencia, rehabilitación o paliativos de media larga duración.
- Las residencias tienen carácter temporal o permanente, el tipo de asistencia es o debería ser, fundamentalmente social para mejorar la autonomía o facilitar la integración social, o sanitaria ofreciendo cuidados a pacientes crónicos estabilizados.
- En las residencias conviven personas que no requieren asistencia sanitaria con las que si lo necesitan y personas en régimen de internado con aquellas que lo utilizan como centros de día.
- La ley de dependencia ha hecho que en las residencias cada vez los pacientes necesiten mayores recursos sanitarios, pero no se ha dotado a los centros de recursos personales, ni materiales para poder ofrecerlos adecuadamente.

P2. Si quiere realizar algún comentario o consideración sobre esta cuestión:
(Máx. 500 caracteres)

IV. DEFINICIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

"INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Cuando ese evento o circunstancia produce daño para el paciente (enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte) decimos que se ha producido un **EVENTO ADVERSO**. Cuando ese evento o circunstancia no ha llegado a causar daño, decimos que se ha producido un **INCIDENTE SIN DAÑO**". (Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, CISP).

Un 95% de los expertos consultados manifiesta que las definiciones de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, eventos adversos e incidentes sin daño, facilitadas en la clasificación internacional para la seguridad del paciente, se adaptan a su medio.

Un experto que se muestra poco de acuerdo con la definición, nos comenta "...a mi juicio debería de llamarse negligencia más o menos grave", lo que nos hace valorar la necesidad de añadir a la definición el concepto de "no intencionalidad". También creemos interesante aclarar en la definición el hecho de que los daños producidos están relacionados directamente con la asistencia sanitaria y no con la historia natural de la enfermedad del paciente.

Por lo que proponemos completar la definición de la siguiente manera:

"INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario, no intencionado, a un paciente relacionado con la asistencia sanitaria y no con la historia natural de la enfermedad del paciente. Cuando ese evento o circunstancia produce daño para el paciente (enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte) decimos que se ha producido un **EVENTO ADVERSO**. Cuando ese evento o circunstancia no ha llegado a causar daño, decimos que se ha producido un **INCIDENTE SIN DAÑO**". (Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, CISP).

P3. ¿Cree usted que esta definición más completa se adapta más a su medio?

Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
<input type="checkbox"/>				

P4. ¿Considera necesario realizar alguna aclaración sobre estas definiciones? (Máx. 500 caracteres)

V. INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA VALORACIÓN GENERAL DEL PACIENTE
DEFINICION

Suceso o circunstancia que produce o puede producir daño innecesario en el paciente y que se deriva del reconocimiento o valoración por parte de un profesional, al ingreso del paciente por primera vez en el centro sociosanitario o, al ingresar después de permanecer un periodo de tiempo fuera del centro, ya sea en otro centro, hospitalario o residencia, o en el domicilio familiar.

INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS MÁS COMUNES

En la siguiente tabla aparecen los 10 incidentes o eventos adversos más comunes que se producen en los centros sociosanitarios, ordenados según la frecuencia de respuestas aportadas en el Delphi1 por los expertos consultados.

INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Fallo en la valoración física de la dependencia: deambulación, higiene personal, alimentación, eliminación,	1	
No establecer necesidades particulares del paciente (Plan de cuidados del paciente)	2	
No actualización de datos en la historia	3	
Fallo en la revisión de la medicación del paciente	4	
Fallo en la valoración mental: utilización de escalas	5	
Fallo en la valoración clínica del paciente: identificación de diagnósticos médicos, patología de base	6	
Fallo en la valoración social	7	
Deficiente valoración del estado del enfermo por prestar poca atención a las notas de la historia clínica.	8	
Fallo en la valoración física	9	
Error en la identificación del paciente	10	

P5. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P6. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

FACTORES CONTRIBUYENTES

Estos son los factores que más contribuyen a la aparición de estos incidentes o eventos adversos, ordenados por frecuencia de respuestas en el Delphi1.

FACTORES CONTRIBUYENTES	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Factores de los pacientes	1	
Factores de comunicación	2	
Factores individuales	3	
Factores ligados a la formación y entrenamiento	4	
Condiciones de trabajo	5	
Factores ligados a la tarea	6	
Factores de equipo y sociales	7	
Factores organizativos y estratégicos	8	
Factores ligados a equipamiento y recursos	9	

P7. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P8. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

INCIDENTE O EVENTO ADVERSO PRIORITARIO

Según las respuestas de los expertos consultados en el Delphi1, los 3 incidentes o eventos adversos prioritarios para emprender programas o actuaciones orientadas a su prevención serían los siguientes:

INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS PRIORITARIOS	Orden	
	Delphi1	Delphi2
No establecer necesidades particulares del paciente. Plan de cuidados del paciente	1	
Fallo en la revisión de la medicación del paciente	2	
No actualización de datos en la historia	3	

P9. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P10. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

P11. ¿Podría proponer alguna actuación orientada a la prevención de uno de estos 3 incidentes o eventos adversos? (Máx. 500 caracteres)

COMENTARIO

P12. Si desea realizar algún comentario o consideración sobre los incidentes o eventos adversos relacionados con la valoración general del paciente, le agradeceríamos lo hiciera en este espacio. (Máx. 500 caracteres)

VI. INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE

DEFINICION

Suceso o circunstancia que produce o puede producir daño innecesario en el paciente y que se deriva del reconocimiento, valoración o control habitual de la enfermedad y problemas de salud del paciente, o de la detección de síntomas o signos de nueva aparición o de alerta.

INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS MÁS COMUNES

En la siguiente tabla aparecen los 10 incidentes o eventos adversos más comunes que se producen en los centros sociosanitarios, ordenados según la frecuencia de respuestas aportadas en el Delphi1 por los expertos consultados.

INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Retraso en el diagnóstico	1	
Empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base	2	
No detección de cambios en el estado de ánimo: tristeza, apatía, pérdida de interés, ansiedad	3	
No detección de cambios en el estado habitual	4	
No detección de deterioro de capacidad cognitiva; desorientación, confusión, pérdida de memoria, delirios, torpeza, aturdimiento	5	
Agravamiento de enfermedades pulmonares; ahogo, dificultad para respirar, pitos, sibilancias, bronquitis, flemas, tos...	6	
No detección de cambios de peso.	7	
No detección de pérdida de audición	8	
No detección de cambios en el patrón de continencia: fecal o urinaria, estreñimiento, diarreas	9	
Control inadecuado del dolor e inflamación	10	

P13. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P14. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

FACTORES CONTRIBUYENTES

Estos son los factores que más contribuyen a la aparición de estos incidentes o eventos adversos, ordenados por frecuencia de respuestas en el Delphi1.

FACTORES CONTRIBUYENTES	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Factores de los pacientes	1	
Factores ligados a la formación y entrenamiento	2	
Factores de comunicación	3	
Factores individuales	4	
Factores ligados a la tarea	5	
Condiciones de trabajo	6	
Factores de equipo y sociales	7	
Factores organizativos y estratégicos	8	
Factores ligados a equipamiento y recursos	9	

P15. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P16. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

INCIDENTE O EVENTO ADVERSO PRIORITARIO

Según las respuestas de los expertos consultados en el Delphi1, los 3 incidentes o eventos adversos prioritarios para emprender programas o actuaciones orientadas a su prevención serían los siguientes:

INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS PRIORITARIOS	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Retraso en el diagnóstico	1	
No detección de cambios en el estado habitual	2	
No detección de deterioro de capacidad cognitiva; desorientación, confusión, pérdida de memoria, delirios, torpeza, aturdimiento	3	

P17. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P18. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

P19. ¿Podría proponer alguna actuación orientada a la prevención de uno de estos 3 incidentes o eventos adversos? (Máx. 500 caracteres)

COMENTARIO

P20. Si desea realizar algún comentario o consideración sobre los incidentes o eventos adversos relacionados con el diagnóstico del paciente, le agradeceríamos lo hiciera en este espacio. (Máx. 500 caracteres)

VII. INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS DEL PACIENTE

DEFINICION

Suceso o circunstancia que produce o puede producir daño innecesario en el paciente y que se deriva de los cuidados proporcionados al paciente.

INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS MÁS COMUNES

En la siguiente tabla aparecen los 10 incidentes o eventos adversos más comunes que se producen en los centros sociosanitarios, ordenados según frecuencia de respuestas aportadas en el Delphi1 por los expertos consultados.

INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Caídas en la deambulación	1	
Caídas en el baño, habitación	2	
Incontinencia urinaria o fecal	3	
Caídas de la cama, silla de ruedas, sillón,...	4	
Estreñimiento	5	
Aspiración broncopulmonar en anciano con demencia	6	
Escaras, úlcera por presión	7	
Deterioro cognitivo: Alzheimer,...	8	
Falta de movilización asistida	9	
Hipoglucemias/ hiperglucemias	10	

P21. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P22. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

FACTORES CONTRIBUYENTES

Estos son los factores que más contribuyen a la aparición de estos incidentes o eventos adversos, ordenados por frecuencia de respuestas en el Delphi1.

FACTORES CONTRIBUYENTES	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Factores de los pacientes	1	
Factores individuales	2	
Condiciones de trabajo	3	
Factores ligados a la formación y entrenamiento	4	
Factores ligados a la tarea	5	
Factores de comunicación	6	
Factores organizativos y estratégicos	7	
Factores ligados a equipamiento y recursos	8	
Factores de los pacientes	9	

P23. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P24. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

INCIDENTE O EVENTO ADVERSO PRIORITARIO

Según las respuestas de los expertos consultados en el Delphi1, los 4 incidentes o eventos adversos prioritarios para emprender programas o actuaciones orientadas a su prevención serían los siguientes;

INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS PRIORITARIOS	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Caidas en la deambulación	1	
Caidas en el baño, habitación	2	
Caidas de la cama, silla de ruedas, sillón,...	3	
Escaras, úlceras por presión	4	

P25. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P26. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

P27. ¿Podría proponer alguna actuación orientada a la prevención de uno de estos 4 incidentes o eventos adversos? (Máx. 500 caracteres)

COMENTARIO

P28. Si desea realizar algún comentario o consideración sobre los incidentes o eventos adversos relacionados con los cuidados del paciente, le agradeceríamos lo hiciere en este espacio. (Máx. 500 caracteres)

VIII. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA

DEFINICION

Infección durante la estancia del paciente en el centro que se deriva de la asistencia sanitaria o de los cuidados recibidos

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA MÁS COMUNES

En la siguiente tabla aparecen las 10 infecciones asociadas a la asistencia sanitaria más comunes que se producen en los centros sociosanitarios, ordenados según la frecuencia de respuestas aportadas en el Delphi1 por los expertos consultados.

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Neumonía por aspiración	1	
Infección de úlceras por presión	2	
ITU (infección del tracto urinario) asociada a sondaje	3	
Conjuntivitis	4	
Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor o uso de antibióticos	5	
Infección de herida quirúrgica y/o traumática	6	
Diarrea por Clostridium difficile	7	
Bacteriemia asociada a catéter	8	
Toxiinfección alimentaria	9	
Infecciones del tracto urinario no asociadas a sondaje	10	

P29. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P30. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

FACTORES CONTRIBUYENTES

Estos son los factores que más contribuyen a la aparición de estas infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, ordenados por frecuencia de respuestas en el Delphi1.

FACTORES CONTRIBUYENTES	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Factores de los pacientes	1	
Factores ligados a la tarea	2	
Factores ligados a la formación y entrenamiento	3	
Factores individuales	4	
Condiciones de trabajo	5	
Factores de comunicación	6	
Factores de equipo y sociales	7	
Factores organizativos y estratégicos	8	
Factores ligados a equipamiento y recursos	9	

P31. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P32. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA PRIORITARIAS

Según las respuestas de los expertos consultados, las 3 infecciones asociadas a la asistencia sanitaria prioritarias para emprender programas o actuaciones orientadas a su prevención serían los siguientes;

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA PRIORITARIAS	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Neumonía por aspiración	1	
ITU (infección del tracto urinario) asociada a sondaje	2	
Infección de úlceras por presión	3	

P33. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P34. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

P35. ¿Podría proponer alguna actuación orientada a la prevención de una de estas 3 infecciones asociadas a la asistencia sanitaria? (Máx. 500 caracteres)

COMENTARIO

P36. Si desea realizar algún comentario o consideración sobre las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, le agradeceríamos lo hiciese en este espacio. (Máx. 500 caracteres)

IX. ERRORES DE MEDICACIÓN

DEFINICIÓN

"Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos" (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention - NCCMERP)

ERRORES DE MEDICACION MÁS COMUNES

En la siguiente tabla aparecen los 10 errores de medicación más comunes que se producen en los centros sociosanitarios, ordenados según la frecuencia de respuestas aportadas en el Delphi1 por los expertos consultados.

ERRORES DE MEDICACIÓN	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Falta de cumplimiento por el paciente	1	
Medicamento innecesario	2	
Omisión de dosis o de medicamento	3	
Duración del tratamiento incorrecta	4	
Técnica de administración incorrecta (incluye fraccionar o triturar inapropiadamente formas sólidas orales)	5	
Monitorización insuficiente del tratamiento: Falta de revisión clínica, Falta de controles analíticos, Interacción medicamento-medicamento, Interacción medicamento-alimento	6	
Paciente equivocado	7	
Hora de administración incorrecta (incluye la administración del medicamento fuera del intervalo de tiempo definido en cada institución sanitaria para la programación horaria de administración)	8	
Dosis incorrecta	9	
Error de preparación /manipulación /acondicionamiento	10	

P37. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P38. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

FACTORES CONTRIBUYENTES

Estos son los factores que más contribuyen a la aparición de errores de medicación, ordenados por frecuencia de respuestas en el Delphi1.

FACTORES CONTRIBUYENTES	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Factores individuales	1	
Factores ligados a la formación y entrenamiento	2	
Factores de comunicación	3	
Condiciones de trabajo	4	
Factores ligados a la tarea	5	
Factores de los pacientes	6	
Factores organizativos y estratégicos	7	
Factores ligados a equipamiento y recursos	8	
Factores de equipo y sociales	9	

P39. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P40. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

ERROR DE MEDICACION PRIORITARIO

Según las respuestas de los expertos consultados, los 3 errores de medicación prioritarios para emprender programas o actuaciones orientadas a su prevención serían los siguientes;

ERRORES DE MEDICACIÓN PRIORITARIOS	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Hora de administración incorrecta (incluye la administración del medicamento fuera del intervalo de tiempo definido en cada institución sanitaria para la programación horaria de administración)	1	
Medicamento innecesario	2	
Medicamento deteriorado, caducado, mal conservado	3	

P41. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P42. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

P43. ¿Podría proponer alguna actuación orientada a la prevención de uno de estos 3 errores de medicación? (Máx. 500 caracteres)

COMENTARIO

P44. Si desea realizar algún comentario o consideración sobre los errores de medicación, le agradeceríamos lo hiciese en este espacio. (Máx. 500 caracteres)

X. ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS

DEFINICION

"Cualquier daño causado por el uso terapéutico (incluyendo la falta de uso) de un medicamento. Según sus posibilidades de prevención pueden ser: prevenibles, aquellos acontecimientos adversos causados por errores de medicación, suponen daño y error, y no prevenibles, aquellos acontecimientos adversos que se producen a pesar del uso apropiado de los medicamentos (daño sin error) y se corresponden con las denominadas reacciones adversas a medicamentos (RAM)" (Leape et al)

INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS MÁS COMUNES

En la siguiente tabla aparecen los 10 acontecimientos adversos por medicación más comunes que se producen en los centros sociosanitarios, ordenados según frecuencia de respuestas aportadas en el Delphi1 por los expertos consultados.

ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MEDICACION	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Nauseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	1	
Estreñimiento secundario a la medicación	2	
Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos/insulina	3	
Otros efectos secundarios de fármacos (tos, disnea, sequedad de boca...)	4	
Hipotensión por fármacos	5	
Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos	6	
Malestar o dolor por fármacos (epigastalgia)	7	
Intolerancia a fármaco	8	
Alteraciones neurológicas por fármacos	9	
Desequilibrio electrolítico	10	

P45. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P46. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

FACTORES CONTRIBUYENTES

Estos son los factores que más contribuyen a la aparición de acontecimientos adversos por medicación, ordenados por frecuencia de respuestas en el Delphi1.

FACTORES CONTRIBUYENTES	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Factores de los pacientes	1	
Factores ligados a la formación y entrenamiento	2	
Factores individuales	3	
Factores de comunicación	4	
Factores ligados a la tarea	5	
Factores organizativos y estratégicos	6	
Condiciones de trabajo	7	
Factores ligados a equipamiento y recursos	8	
Factores de equipo y sociales	9	

P47. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P48. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MEDICACION PRIORITARIOS

Según las respuestas de los expertos consultados, los acontecimientos adversos por medicación prioritarios para emprender programas o actuaciones orientadas a su prevención serían los siguientes:

ACONTECIMIENTOS ADVERSOS POR MEDICACION PRIORITARIOS	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Hipo/ hiperglucemia por antidiabéticos/insulina	1	
Alteraciones neurológicas por fármacos	2	
Nauseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	3	

P49. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P50. Si no está de acuerdo, proponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

P51. ¿Podría proponer alguna actuación orientada a la prevención de uno de estos 3 acontecimientos adversos por medicación? (Máx. 500 caracteres)

COMENTARIO

P52. Si desea realizar algún comentario o consideración sobre los acontecimientos adversos por medicación, le agradeceríamos lo hiciese en este espacio. (Máx. 500 caracteres)

XI. PACIENTES Y EVENTOS ADVERSOS

Los 5 tipos de pacientes que tienen mayor riesgo de sufrir un evento adverso (incidentes con daño) en los centro sociosanitario, según la mayoría de los expertos consultados en el Delphi1.

INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS PRIORITARIOS	Orden	
	Delphi1	Delphi2
Pacientes con deficiencias en la función cognitiva : coma, demencia, Alzheimer,...	1	
Pacientes con deficiencias en el estado nutricional : problemas para masticar, deglutir, dolor, cambios de peso, necesidad de SNG, parenteral, dietas especiales, suplementos,...	2	
Pacientes con enfermedades neurológicas : afasia, parálisis cerebral, accidente cerebrovascular, hemiplejía, esclerosis múltiple, paroplejía, parkinson, tetraplejía, trastornos convulsivos, accidente isquémico transitorio (AIT), lesión cerebral traumática,...	3	
Pacientes con alteraciones del comportamiento : deambulación, abusos verbales, abusos físicos, comportamiento socialmente inadecuado, perturbado, resistencia a cuidados...	4	
Pacientes con deficiencias en la función física : encamados, necesidad de dispositivo para caminar (bastón, andador, silla ruedas), ayuda para vestirse, uso del WC, higiene...	5	

P53. ¿Está de acuerdo con este orden? SI NO

P54. Si no está de acuerdo, ponga una nueva ordenación en la columna correspondiente al Delphi2.

P55. Si desea realizar algún comentario o consideración sobre los acontecimientos adversos por medicación, le agradeceríamos lo hiciese en este espacio. (Máx. 500 caracteres)

XII. OTROS

P56. ¿Estaría interesado en participar en un grupo nominal para definir estrategias de prevención e identificar barreras para la seguridad del paciente?
SI NO

P57. Si desea realizar algún comentario o consideración sobre la seguridad del paciente, los incidentes o eventos adversos o sobre el cuestionario, le agradeceríamos lo hiciese en este espacio. (Máx. 1000 caracteres)

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO. LISTADO DE FACTORES CONTRIBUYENTES (NPSA)

"Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente" (Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, CISP)

FACTORES INDIVIDUALES- FI: Son los aspectos únicos y específicos de cada profesional involucrado en el evento adverso. Incluyen aspectos psicológicos, familiares, relaciones laborales...

FACTORES DE EQUIPO Y SOCIALES – FES: Son los factores que pueden afectar negativamente la cohesión de un equipo. Implican comunicación entre un equipo, estilo de dirección, estructuras jerárquicas tradicionales, falta de respeto a miembros del equipo con menos experiencia y percepción de cometidos.

FACTORES DE COMUNICACIÓN – FC: Son los aspectos relacionados con la comunicación en todas las formas: escrita, verbal y no verbal. La comunicación puede contribuir a un incidente si es inadecuada, ineficaz, confusa, o si llega demasiado tarde. Estos factores son relevantes entre individuos, en y entre equipos, así como en y entre organizaciones.

FACTORES LIGADOS A TAREA – FT: Son aquéllos que facilitan el desarrollo seguro y efectivo de las funciones relacionadas con los procesos sanitarios (políticas, directrices y documentos). Tienen que estar actualizados, disponibles, comprensibles, utilizables, relevantes y correctos.

FACTORES LIGADOS A FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO – FFE: La disponibilidad y calidad de los programas formativos a disposición del personal pueden afectar directamente a su competencia y al desarrollo de sus funciones bajo condiciones de presión y situaciones de emergencia. La efectividad de la formación como un método de mejora de la seguridad puede verse también afectada por los contenidos, la forma en que se imparte, la forma en que se evalúan las habilidades adquiridas, el seguimiento y las actualizaciones.

FACTORES LIGADOS A EQUIPAMIENTO Y RECURSOS – FER: Los factores de equipamiento incluyen si el equipamiento está adaptado o no a las necesidades, si el personal sabe o no como utilizarlo, donde se almacena y la frecuencia del mantenimiento. Los factores de recursos incluyen la capacidad de proporcionar la atención requerida, distribución del presupuesto, asignación de personal y mezcla de habilidades. Se consideran recursos tanto el personal bien entrenado, como el dinero para permitir la implantación de programas de formación, la compra de nuevo equipamiento...

CONDICIONES DE TRABAJO - CT: Son todos aquellos factores que afectan a la capacidad de trabajar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo e incluyen distracciones, interrupciones, temperatura inadecuada, iluminación deficiente, ruido y falta de espacio o uso inapropiado de este.

FACTORES ORGANIZATIVOS Y ESTRATÉGICOS – FOE: Son factores, bien adquiridos, o bien propios de la organización. Pueden permanecer latentes o no ser reconocidos como importantes debido a otros tipos de presión tales como objetivos de actuación externos.

FACTORES DE LOS PACIENTES – FP: Son los relativos al paciente implicado en el incidente, como la complejidad de su enfermedad o factores como su edad, su morbilidad, sus factores sociales o su idioma.

Anexo 9. Carta de presentación del segundo cuestionario Delphi



Ministerio de Sanidad y Consumo

Plan de Calidad
Sistema Nacional
de Salud



Universidad
Zaragoza

Estudio EARCAS
Segundo cuestionario Delphi

Zaragoza, a 7 de Diciembre de 2010

Estimado amigo/a:

Nos alegra dirigirnos nuevamente a usted, para presentarle los resultados correspondientes al primer cuestionario Delphi y enviarle de forma conjunta el segundo cuestionario a cumplimentar.

Gracias a sus aportaciones y comentarios, hemos podido identificar diferentes situaciones en las que la seguridad de los pacientes se puede ver comprometida, como causa de la asistencia sanitaria prestada, en el entorno sociosanitario.

Estos eran los **objetivos** que nos marcamos con el primer cuestionario: identificar incidentes y eventos adversos, determinar los factores que pueden contribuir a su aparición y detectar los eventos adversos sobre los que deberíamos actuar en primer lugar para lograr una atención sanitaria más segura.

Ahora es el momento de llegar a un **consenso** sobre estas cuestiones. Para ello hemos elaborado el siguiente cuestionario, mucho más sencillo de contestar que el primero, y que requiere menor tiempo para su cumplimentación.

En él se le pide que determine su grado de acuerdo para algunas preguntas, o que proponga nuevos órdenes de frecuencia, si lo cree necesario, para otras. En cada bloque se le solicitará que, si lo considera oportuno, justifique sus respuestas o realice algún comentario al respecto.

Le rogamos lo cumplimente en el **plazo de 7 días** y nos lo envíe a la siguiente dirección pastora@unizar.es, haciendo constar en el asunto del mensaje el texto "Delphi fase 2", o bien por correo postal a la dirección:

Carlos Aibar Remón
Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina, aulario B
Universidad de Zaragoza
C/Domingo Miral sn. 50009-Zaragoza

Le recordamos que para obtener unos resultados de calidad, con los que poder establecer estrategias que nos ayuden a mejorar la seguridad de los pacientes, es necesario mantener el mismo panel de expertos en ambas rondas.

Por otro lado, le comunicamos que en breves días, recibirá en su centro un paquete a su nombre con la siguiente documentación:

- Los **certificados** de colaboración en el estudio para usted, como experto, y para su centro.
- **15 encuestas** destinadas al personal de su centro, con las que pretendemos estimar la frecuencia de aparición de los incidentes y eventos adversos en el periodo de un año.
- Una **hoja de instrucciones** para su distribución y envío.

Por último, recordarle nuestro **compromiso** de:

- Cumplir las buenas prácticas en investigación observacional.
- Asegurar la confidencialidad y anonimidad, tanto individual como de su centro de trabajo en relación a sus respuestas.
- Facilitarle el acceso a la información a medida que se vaya desarrollando el trabajo, incluyendo el informe final y las publicaciones que puedan derivarse.
- Mencionar expresamente su participación en las publicaciones e informes resultantes de la investigación, si no objeto lo contrario.

Le agradecemos una vez más toda su colaboración y quedamos a su disposición para aclararle cualquier duda, en la dirección pastora@unizar.es o en el teléfono 976-556400 ext 2413.

Un saludo

Carlos Aibar Remón
Pastora Pérez Pérez

Anexo 10. Encuesta

		Estudio EARCAS Encuesta				
<p>Según su experiencia, MARQUE CON UNA CRUZ, en el recuadro correspondiente, la frecuencia con la que han aparecido estos INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS en su centro en los últimos 12 meses</p>						
Relacionados con la valoración general del paciente	Diario	Semanal	Mensual	Varias veces al año	1 o 2 veces al año	Ninguna vez
Fallo en la valoración física de la dependencia: deambulación, higiene personal, alimentación y eliminación						
Fallo en la utilización de escalas para la valoración mental						
Fallo en la valoración clínica del paciente. Identificación de diagnósticos médicos, patología de base						
No establecer necesidades particulares del paciente. (Plan de cuidados del paciente)						
No actualización de datos en la historia						
Fallo en la revisión de la medicación del paciente						
Relacionados con el diagnóstico	Diario	Semanal	Mensual	Varias veces al año	1 o 2 veces al año	Ninguna vez
Retraso en el diagnóstico						
Empeoramiento del curso evolutivo de la enfermedad de base						
No detección a tiempo de cambios en el estado de ánimo						
No detección a tiempo de cambios en el estado habitual						
No detección a tiempo del deterioro de capacidad cognitiva; confusión, desorientación, pérdida de memoria, delirios, torpeza.						
Relacionados con los cuidados prestados (o por falta de ellos)	Diario	Semanal	Mensual	Varias veces al año	1 o 2 veces al año	Ninguna vez
Caídas en la deambulación						
Caídas en el baño, habitación						
Caídas de la cama, silla de ruedas, sillón						
Escaras, úlceras por presión						
Incontinencia urinaria o fecal						
Estreñimiento						
Aspiración broncopulmonar en anciano con demencia						
Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria	Diario	Semanal	Mensual	Varias veces al año	1 o 2 veces al año	Ninguna vez
Neumonía por aspiración						
Infección de úlceras por presión						
Infección del tracto urinario asociada a sondaje						
Infección del tracto urinario no asociada a sondaje						
Conjuntivitis						



INFORMACIÓN
Epidemiología, Nutrición y
Evaluación

Plan de Calidad
del Sistema Nacional
de Salud



Universidad
Zaragoza

Estudio EARCAS Encuesta

Errores de medicación	Diario	Semanal	Mensual	Varias veces al año	1 o 2 veces al año	Ninguna vez
Prescripción o administración a paciente equivocado						
Medicamento innecesario						
Omisión de dosis o de medicamento						
Dosis incorrecta						
Hora de administración incorrecta (incluye la administración del medicamento fuera del intervalo de tiempo definido en cada institución sanitaria para la programación horaria de administración)						
Duración del tratamiento incorrecta						
Técnica de administración incorrecta (incluye fraccionar o triturar inapropiadamente formas sólidas orales)						
Monitorización insuficiente del tratamiento: falta de revisión clínica, falta de controles analíticos, interacción medicamento-medicamento, medicamento-alimento						
Falta de cumplimiento por el paciente						

Acontecimientos adversos por medicación	Diario	Semanal	Mensual	Varias veces al año	1 o 2 veces al año	Ninguna vez
Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación						
Hipotensión por fármacos						
Estreñimiento secundario a medicación						
Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos /insulina						
Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos						
Malestar o dolor por fármacos (epigastalgia)						
Alteraciones neurológicas por fármacos						
Desequilibrio electrolítico						
Otros efectos secundarios de fármacos (tos, disnea, sequedad de boca...)						
Intolerancia a fármaco						

FECHA DE NACIMIENTO (año) _____

SEXO: Hombre Mujer

PROFESIÓN: Médico/a Enfermero/a Auxiliar de enfermería

Si desea realizar algún comentario relacionado con la seguridad del paciente, los incidentes o los eventos adversos en centros sociosanitarios, puede utilizar este espacio.

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 11. Carta de presentación de la encuesta



Plan de Calidad
del Sistema Nacional
de Salud



Universidad
Zaragoza

Estudio EARCAS

Encuesta

Zaragoza, a 7 de Diciembre de 2010

Estimado/a amigo/a:

Nos dirigimos a usted para invitarle a tomar parte en la segunda fase del estudio EARCAS "Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios", en el que su centro participa desde que comenzamos el proyecto. Este estudio, promovido por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y realizado en colaboración con la Universidad de Zaragoza, está orientado a mejorar el conocimiento sobre la seguridad del paciente y los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en el entorno sociosanitario de nuestro país.

Cuando hablamos de **SEGURIDAD DEL PACIENTE**, nos estamos refiriendo al conjunto de actuaciones orientadas a evitar y prevenir daños en los pacientes, como resultado de los procesos de cuidados de salud prestados.

Un **INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE** es cualquier hecho o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario, **no intencionado**, a un paciente **relacionado con la asistencia sanitaria y no con la historia natural de la enfermedad del paciente**. Cuando ese hecho o circunstancia produce algún daño para el paciente (enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte) decimos que se ha producido un **EVENTO ADVERSO**. Cuando ese hecho o circunstancia no ha llegado a causar daño, decimos que se ha producido un **INCIDENTE SIN DAÑO o INCIDENTE**.

La encuesta tiene como principal objetivo estimar la **frecuencia y distribución** de los incidentes y eventos adversos más comunes relacionados con la atención sociosanitaria **en el periodo de un año**. Estamos convencidos de que su experiencia y conocimientos constituyen una garantía que nos ayudará a identificar estos eventos adversos, y así en fases posteriores del estudio, poder desarrollar estrategias efectivas y sostenibles de prevención y mejora de la seguridad de los pacientes.

El cuestionario ha sido elaborado en base a las respuestas facilitadas en la primera fase del estudio por los expertos participantes. Su colaboración, **absolutamente voluntaria, anónima y confidencial**, consiste en la cumplimentación de este cuestionario de manera **individual**, para ello le incluimos un glosario de términos relacionadas con la seguridad del paciente, que le facilitarán su comprensión. Estimamos que el tiempo necesario no superará los 5 minutos.

Rogamos que en el plazo máximo de **una semana** desde su recepción, le entregue el sobre cerrado con la hoja de la encuesta cumplimentada, a la persona que se lo distribuyó.

Si tiene alguna pregunta al respecto no dude en ponerse en contacto con nosotros, en la dirección pastora@unizar.es, o teléfono 976-556400 ext 2413.

Le agradecemos de antemano toda su colaboración.

Un saludo.

Carlos Aibar Remón
Pastora Pérez Pérez

TERMINOLOGÍA DE INTERÉS

Incidentes o eventos adversos relacionados con la valoración general del paciente

Son aquellos relacionados con el reconocimiento o valoración del paciente, por parte de un profesional, al ingreso por primera vez en el centro sociosanitario, o al ingresar después de permanecer un periodo de tiempo fuera del centro, ya sea en otro centro, hospitalario o residencia, o en el domicilio familiar.

Incidentes o eventos adversos relacionados con el diagnóstico del paciente

Son aquellos relacionados con el reconocimiento, valoración o control habitual de la enfermedad y/o problemas de salud del paciente, o con la detección de síntomas o signos de nueva aparición o de alerta.

Incidentes o eventos adversos relacionados con el cuidado del paciente

Son aquellos relacionados con los cuidados proporcionados al paciente o con la falta o insuficiencia de ellos.

Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria

Infección que aparece durante la estancia del paciente en el centro como consecuencia de la asistencia sanitaria o de los cuidados recibidos.

Errores de medicación

Son aquellos relacionados con las prácticas profesionales, los productos, los procedimientos o con los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción, dispensación, distribución, administración, preparación, etiquetado, envasado, comunicación, educación, seguimiento y/o utilización de los medicamentos.

Acontecimientos adversos por medicación

Son aquellos daños causados por el uso terapéutico o falta de uso de un medicamento. Según sus posibilidades de prevención pueden ser:

- prevenibles, causados por errores de medicación, suponen daño y error.
- no prevenibles, se producen a pesar del uso apropiado de los medicamentos (daño sin error) y se corresponden con las denominadas reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Descripción de las frecuencias utilizadas:

Diario	Sucede todos los días
Semanal	Sucede una o varias veces a la semana, pero no todos los días
Mensual	Sucede varias veces al mes, pero menos de 1 vez a la semana
Varias veces al año	Sucede varias veces al año, pero menos de 1 vez al mes
1-2 veces al año	Sucede 1 o 2 veces al año
Ninguna vez	No ha sucedido nunca

Anexo 12. Expertos participantes en el Metaplan

CCAA	NOMBRE Y APELLIDOS	NOMBRE CENTRO LOCALIDAD (PROVINCIA)
Andalucía	José Miguel Cruces Jiménez	Centro de salud "Virgen del Loreto" (Sevilla)
Andalucía*	Eugenio Vera Salmerón	Distrito Sanitario Metropolitano de Granada (Granada)
	José Antonio Egea Velázquez	Distrito Sanitario Metropolitano de Granada (Granada)
Aragón	Eduardo Traid García	Servicios Centrales del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (Zaragoza)
	Ernesto García-Arilla Calvo	Hospital Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza)
	Isabel Villar Fernández	Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)
	Jesús Magdalena Belio	Centro de salud de Azuara (Zaragoza)
	Fernando Martínez Cuervo	Centro para personas mayores El Cristo (Oviedo)
Castilla - La Mancha	Aurora M ^a Cruz Santaella	Residencia de Mayores Benquerencia (Toledo)
	Valentín Espinosa Camargo	Residencia Asistida de Mayores Gregorio Marañón (Ciudad Real)
Castilla y León	José Miguel García Vela	Residencia Asistida de la tercera edad de Valladolid (Valladolid)
	Manuel García Salas	Residencia Asistida de la tercera edad de Valladolid (Valladolid)

CCAA	NOMBRE Y APELLIDOS	NOMBRE CENTRO LOCALIDAD (PROVINCIA)
Cataluña	Teresa Gabarró Taulé	Palamos Gent Gran (Palamós, Girona)
Comunidad Valenciana	M ^a Inmaculada Pérez Escoto	Residencia de mayores dependientes Alacant (Alicante)
	M ^a Isabel Bermúdez Bellido	Hospital San Vicente (Alicante)
	Teresa Gea Velázquez de Castro	Hospital San Vicente (Alicante)
Extremadura	Gertrudis Calero Blanco	Centro residencial para demencias "El Valle" (Montijo, Badajoz)
Galicia	Bárbara Rodríguez Pérez	Servicio Gallego de Salud (Santiago de Compostela)
Madrid	Alberto Pardo Hernández	Servicio Madrileño de Salud (Madrid)
	Inés Palanca Sánchez	Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (Madrid)
	Jesús M ^a Casal Gómez	Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (Madrid)
	M ^a Ángeles López Orive	Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (Madrid)
	M ^a del Mar Fernández Maillo	Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (Madrid)
	Silvia Lores Torres	Residencia Parque Coimbra (Madrid)
País Vasco	Kristina Lekube Angulo	Centro de salud de Zorroza (Bilbao)
	Marbella García Urbaneja	Hospital de Santa Marina (Bilbao)
* Expertos que aportaron pero no asistieron a la jornada		

Grupo coordinador y apoyo técnico para la jornada	
Nombre y Apellidos	Función
Carlos Aibar Remón	Coordinación de jornada y coordinador de grupo
Silvia Castán Ruiz	Relatora de grupo
Teresa Giménez Júlvez	Relatora de grupo
Pastora Pérez Pérez	Coordinación de jornada
Jesús M ^a Aranaz Andrés	Coordinador de grupo
José Joaquín Mira Solves	Coordinador de grupo
Alicia Peralta Ortega	Apoyo técnico Metaplan y Educlick
Julián Vitaller urillo	Coordinador de grupo
Carmen Albéniz Lizarraga	Relatora de grupo
José Antonio Lozano Sánchez	Apoyo técnico Agencia de Calidad
Belén Taravilla Cerdán	Relatora de grupo

Anexo 13. Documento de ayuda para la primera pregunta clave del Metaplan

1. Individualmente, anote los factores que, a su juicio, pueden contribuir a la aparición de incidentes o eventos adversos, con mayor frecuencia, gravedad y/o que afecten a un mayor número de pacientes, en los centros sociosanitarios, relacionados con su tema de estudio.

Con el fin de sistematizarlos, agrúpelos según las siguientes categorías recomendadas por la NPSA (National Patient Safety Agency) del Reino Unido. No dude en incluir cualquier otro factor no señalado en las listas facilitadas

Pacientes: Aspectos relativos al paciente que sufre el incidente o el evento adverso (EA)

Posibles factores: Edad, complejidad clínica (comorbilidad, gravedad,..), creencias, lenguaje y comunicación con paciente y familia, problemas familiares, nivel socioeconómico,...

Profesionales: Aspectos únicos y específicos de todos los profesionales involucrado en el incidente o EA

Posibles factores: Problemas personales y familiares, problemas domésticos, salud física y mental, aspectos de la personalidad (actitudes y conductas en relación a los riesgos) discapacidades, relaciones laborales, estrés, precariedad laboral, falta de motivación, carga de trabajo,...

Tareas a desarrollar: Aspectos que facilitan el desarrollo seguro y efectivo de las funciones relacionadas con los procesos sanitarios (políticas, directrices y documentos).

Posibles factores: Guías, procedimientos, normas y protocolos (existencia, accesibilidad y utilización de los mismos, sencillez, actualización, consenso de aplicación, control del cumplimiento), asignación precisa de tareas,...

Comunicación: Aspectos relacionados con la comunicación en todas sus formas: escrita, verbal y no verbal.

Posibles factores: Difusión de la información, ambigüedad, confusión, retrasos, falta de estandarización,.. Comunicación con el paciente, entre el equipo, entre servicios, entre niveles asistenciales, entre centros

Equipo y factores sociales: Aspectos que pueden afectar la cohesión y forma de trabajar de un equipo.

Posibles factores: N° de profesionales, estructura del equipo (consistencia, liderazgo, estilo de gestión, respeto a miembros jóvenes, acatamiento al líder, definición de responsabilidades,...), relaciones y conflictos entre el grupo, relaciones con otros equipos asistenciales, carga de trabajo, apoyo administrativo,...

Formación y entrenamiento: Aspectos relacionados con la disponibilidad y calidad de los programas formativos o de entrenamiento a disposición del personal.

Posibles factores: Competencia profesional, formación, entrenamiento, actualización, desconocimiento de las tareas, existencia de plan de acogida, supervisión de tareas, formación en trabajo en equipo, formación en situaciones de emergencias ...

Equipamiento y recursos: Aspectos relacionados con el equipamiento y su utilización y los recursos tanto humanos como materiales para proporcionar la atención requerida.

Posibles factores: Equipamiento disponible, diseño, usabilidad y mantenimiento de equipos y dispositivos, almacenaje adecuado, instrucciones de manejo (legibilidad, idioma, claridad),...

Condiciones de trabajo: Son todos aquellos factores que afectan a la capacidad de trabajar en condiciones óptimas en el puesto de trabajo.

Posibles factores: Diseño arquitectónico, limpieza insuficiente, falta de espacio, ruido, interrupciones, calor o frío excesivo, iluminación, equipamiento disponible, diseño y mantenimiento de equipos y dispositivos,...

Organizativos y estratégicos: Son factores adquiridos o propios de la organización.

Posibles factores: Limitaciones económicas, estructura organizativa, cultura de seguridad, prioridades, profesionales, recursos económicos disponibles, externalización y subcontratas de servicios, predominio de "lo administrativo" sobre "lo clínico"

Anexo 14. Plantilla para la votación de estrategias en el Metaplan

Votación de estrategias

Individualmente, puntué del 1 al 5 cada uno de los aspectos de las siguientes estrategias

Estrategia	Eficacia (1-5)	Factibilidad (1-5)	Participación (1-5)	Aplicabilidad (1-5)	Consecuencias (1-5)
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					
7.-					
8.-					
9.-					
10.-					

EFICACIA ¿Posee un nivel de evidencia sólido?
 ¿Es factible su implementación?

FACIBILIDAD ¿Tienen oportunidades de participar los pacientes y familiares?

PARTICIPACION ¿Es aplicable a todos los centros sociosanitarios?

APLICABILIDAD ¿Puede tener consecuencias no deseadas la implementación?

CONSECUENCIAS

1 (No existe evidencia) - 5 (Máxima evidencia)
 1 (Poco factible) - 5 (Muy factible)
 1 (No existen oportunidades) - 5 (Múltiples oportunidades)
 1 (No aplicable) - 5 (Aplicable en todos)
 1 (No consecuencias) - 5 (Múltiples consecuencias)

Anexo 15. Abreviaturas utilizadas

AAM	Acontecimiento adverso por medicación
AE	Auxiliar de enfermería
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
APEAS	Estudio de seguridad de los pacientes en atención primaria de salud
CCAA	Comunidades autónomas
CSS	Centro sociosanitario
CT	Condiciones de trabajo
E	Espontaneidad
EA	Evento adverso
EARCAS	Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios
EM	Error de medicación
ENEAS	Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización
ENF	Enfermero/a
FC	Factores de comunicación
FCC	Factores contribuyentes
FER	Factores ligados a equipamientos y recursos
FES	Factores de equipo y sociales
FFE	Factores ligados a la formación y entrenamiento
FI	Factores individuales
FOE	Factores organizativos y estratégicos
FP	Factores de los pacientes
FT	Factores ligados a la tarea
HMLE	Hospital de media-larga estancia
IMSERSO	Instituto de mayores y servicios sociales
IRAS	Infección relacionada con la asistencia sanitaria

IRSP	Incidente relacionado con la seguridad del paciente
ITU	Infecciones de tracto urinario
MDC	Médico/a
MSPSI	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
N	Número
NPSA	National Patient Safety Agency
NS	No significativo
OMS	Organización Mundial de la Salud
P	Nivel de significación estadística ($p < 0,005$)
PeR	Productividad excluyendo repetidos
PR	Productividad
Q1	Intercuartílico 1 (Percentil 25%)
Q3	Intercuartílico 3 (Percentil 75%)
RSS	Residencia sociosanitaria
UPP	Úlceras por presión

Bibliografía

1. Ley 63/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 128 (29 de Mayo de 2003).
2. 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: World Health Organization (WHO); 2009.
3. National Patient Safety Agency. Seven Steps to Patient Safety. London: National Patient Safety Agency; 2004.
4. 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.
5. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991;324:370-6.
6. Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med.* 1991;324:377-84.
7. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006
8. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo. Porcentajes. Instituto de Información Sanitaria, octubre 2004. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. c2011 [acceso 19 Mayo de 2011]. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Consumo_farmacaceutico_por_tramos_edad_ysexo_I.pdf
10. Instituto Nacional de Estadística (INE). Demografía y población [base de datos en internet]. Madrid: INE. C2011 [acceso 19 de Mayo de 2010]. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm
11. Instituto de mayores y servicios sociales (IMSERSO). Libro blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO; 2005.
12. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299 (15 diciembre 2006).

13. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de mayores y servicios sociales (IMSERSO). Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. Situación a 1 de Abril de 2011 [base de datos por internet]. Madrid: Portal de mayores. IMSERSO. c2011 [acceso 19 Mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.imsersodependencia.csic.es/estadisticas/index.html>
14. Instituto de mayores y servicios sociales (IMSERSO). Guía 2009 de servicios de atención residencial para personas mayores. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General de Política Social, IMSERSO; 2009.
15. Instituto de Información Sanitaria. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
16. Instituto de mayores y servicios sociales (IMSERSO). Informe 2008. Las Personas Mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, IMSERSO; 2009.
17. Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés JM, García-Montero JJ, y col. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Med Clin Monog (Barc)*. 2008; 131:12-7.
18. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Patient safety in data-poor health care facilities Identifying priorities for measurable improvement . February 2011. Geneva: WHO; 2011.
19. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Barcelona: Editorial Masson; 1987
20. Peiro S, Portella E. El grupo nominal en el entorno sanitario. *Quaderns de salut pública i administració de serveis de Salut*, 1. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 2003.
21. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Research for Patient Safety. Better knowledge for safer care. Geneva: WHO; 2008. WHO/IER/PSP/2008.02
22. Área de investigación en servicios de salud. Centro superior de investigación en Salud Pública. Sistemas de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia. Notas sobre actualización. Valencia: Servei d'Assistència Sociosanitària de la Direcció General d'Assistència Sanitària. Generalitat Valenciana; 2009.
23. Daniel R. Levinson. A review of nursing facility resource utilization groups. Department of Health and Human Services. Office of Inspector General. February 2006. OEI-02-02-00830.
24. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP). About Medication Errors [internet]. Rockville, MD: NCC MERP; c1998-2011 [acceso febrero 2010]. Disponible en: <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>

25. Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care (SP-SQS). Expert Group on Safe Medication Practices. Glossary of terms related to patient and medication safety. Council of Europe; 2005.
26. Leape LL, Kabacennell A, Berwick DM, et al. Breakthrough series Guide: Reducing adverse drug events. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 1998.
27. Otero López MJ, Codina Jané C, Tamés Alonso MJ, et al; Grupo de Trabajo Ruiz- Jarabo 2000. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. Resultados de la beca Ruíz-Jarabo 2000. *Farm Hosp.* 2003; 27: 137-49.
28. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Catálogo Nacional de Hospitales [base de datos en internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010. Instituto de Información Sanitaria [actualizado a 31 de diciembre de 2009; acceso febrero 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>
29. Portal de mayores: Portal especializado en gerontología y geriatría. Recursos sociales [base de datos en internet]. Madrid: Instituto de mayores y servicios sociales (IMSER-SO) [acceso febrero 2010]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/recursos/index.html>
30. Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
31. Sorra J, Franklin M, Streagle S. Survey User's Guide. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2008. AHRQ Publication No. 08-0060. Contract No. 233-02-0087.
32. Metaplan® Leading Through Understanding [internet]. Quickborn: Metaplan Thomas Schenelle GmdH; c2000-2004. [Acceso noviembre 2010]. Disponible en: <http://www.metaplan.de/>
33. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ.* 1995;311:42-5.
34. Morgan D., Krueger R. Focus group kit. Volumes 1-6. London, Newbury Park: Sage Publications; 1998.
35. The Joint Commission, Joint Commission International. World Health Organization (WHO) Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. The nine Patient Safety Solutions. Geneva: WHO; 2007. Disponible en: <http://www.ccforspatientsafety.org/Patient-Safety-Solutions/>
36. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe, mayo 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

37. Lang A, Edwards N. Safety in Home Care: Broadening the Patient Safety Agenda to Include Home Care Services. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute (CPSI), 2006.
38. Gea-Velázquez de Castro MT, Aranaz-Andrés JM. Eventos adversos asociados a la asistencia del paciente pluripatológico ingresado en hospitales de crónicos. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135(1):17-23.
39. Murray LM, Laditka SB. Care transitions by older adults from nursing homes to hospitals: implications for long-term care practice, geriatrics education, and research. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11(4):231-8.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

www.mpsi.gob.es