



**paliex**  
Programa regional de cuidados paliativos de Extremadura.

# **SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS**

## **USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN DOMICILIO**

*Material informativo y de apoyo para profesionales y cuidadores*

PROGRAMA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE  
EXTREMADURA. GRUPO CALPALEX

**JUNTA DE EXTREMADURA**











**paliex**  
Programa regional de cuidados paliativos de Extremadura

# **SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS**

## **USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN DOMICILIO**

*Material informativo y de apoyo para profesionales y cuidadores*

PROGRAMA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE  
EXTREMADURA. GRUPO CALPALEX

**JUNTA DE EXTREMADURA**

**Edita:**  
JUNTA DE EXTREMADURA  
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales  
Servicio Extremeño de Salud  
Con la colaboración de Fundesalud

**Coordinadora Técnica:**  
Beatriz Rodríguez Pérez

**Diseño, Maquetación e impresión:**  
Artes Gráficas BOYSU, S.L.

**Depósito Legal:**  
BA-000368-2019

**ISBN:**  
978-84-09-07817-2

Mérida, Junio 2019

**Cláusula de género:** En aquellos casos en que el texto de este documento se utilicen sustantivos de género gramatical masculinos para referirse a colectivos mixtos, debe entenderse que se emplean para designar de forma genérica a individuos de ambos sexos, sin que dicho uso comporte intención discriminatoria alguna. Esta opción lingüística tiene como única finalidad facilitar la lectura del documento y lograr una mayor economía en la expresión.



Este manual está sujeto a una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual (CC BY-NC-SA)

Se permite la descarga desde la página web del Programa Regional de Cuidados Paliativos Extremadura (<https://saludextremadura.ses.es/paliex/>). Además se permite entremezclar, ajustar y/o adaptar el contenido para generar una obra derivada a partir de estos materiales, siempre y cuando se cite la autoría del original y al titular de los Derechos, sea con fines no comerciales y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

Este proyecto ha sido financiado a cargo de los fondos para las estrategias 2011 del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social que fueron aprobados en el CISNS, como apoyo a la implementación a la Estrategia de Cuidados Paliativos y Proceso Final de la Vida

# sumario

	pag. 7	PRÓLOGO
1	pag. 9	EL PROGRAMA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE EXTREMADURA: ATENCIÓN AL PACIENTE AL FINAL DE LA VIDA.
2	pag. 19	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS.
3	pag. 29	CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROGRAMA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE EXTREMADURA.
4	pag. 45	PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES Y CUIDADORES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS.
5	pag. 55	USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN CUIDADOS PALIATIVOS.
6	pag. 73	GESTIÓN DEL RIESGO DEL USO DE MEDICAMENTOS EN EL DOMICILIO DE PACIENTES CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS: AMFE Y MAPA DEL RIESGO.
7	pag. 89	METODOLOGÍA DESING THINKING PARA LA IDEACIÓN DE LAS MEJORAS EN EL PROCESO DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL DOMICILIO: INTERVENCIÓN DE LOS CUIDADORES.
8	pag. 99	PROTOCOLOS Y OTRAS MEDIDAS DE SEGURIDAD COMO MEJORAS PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN CUIDADOS PALIATIVOS.
9	pag. 113	MATERIALES PRÁCTICOS Y AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTAS DE APOYO PARA LA CAPACITACIÓN EN EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN CUIDADOS PALIATIVOS.
10	pag. 139	EL PROYECTO USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL DOMICILIO DE PACIENTES CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LAS REDES SOCIALES.
	pag. 151	COORDINACIÓN TÉCNICA, AUTORES Y REVISORES

## **Dedicatoria.**

A todos los pacientes y sus cuidadores, que con su participación activa en este Proyecto han contribuido a que visibilicemos y aprendamos de nuestros errores.

A todos los profesionales que tratan y cuidan a pacientes con necesidades al final de la vida y en especial a mis compañeros y amigos del Grupo de Profesionales Expertos, porque entre todos han hecho posible este Proyecto aportándole calidad y excelencia. Por ellos y para ellos es este libro.

Al Grupo Revisor Externo, sin lugar a dudas sus aportaciones han enriquecido el resultado final.

A María Solano, por su ayuda en gran parte de esta aventura.

A mi inestimable compañera de viaje en el último y más importante tramo de este camino: M<sup>a</sup> José Redondo. Valiosa profesional. Grande como persona.

A mis amigos y creadores de este Proyecto, Leopoldo Elvira y Rafa Mota, por dejar colocada la semilla en el mejor terreno.

A mis jefes y amigos, Beatriz Martín y Nacho Torres, por entender las horas de dedicación.

A la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la Dirección General de Salud Pública del SES, por su apuesta por la cultura de seguridad de los pacientes y por facilitarnos el desarrollo de este Proyecto.

A Fundesalud, por su apoyo técnico y logístico, siempre tan necesario.

A las familias de todos los participantes, por el precioso tiempo que les hemos robado.

A mi marido y mis hijos, por su aliento en los momentos más necesarios y por entender mis ausencias. A mi madre, por estar cuando más la he necesitado.

A todos, mi más sincero agradecimiento.

Beatriz Rodríguez Pérez

Coordinadora Técnica del Proyecto

# PRÓLOGO.

La preocupación por la seguridad en la atención de pacientes ha de ser uno de los aspectos esenciales en cualquier organización sanitaria que quiera ofrecer una atención de calidad. Desde hace mucho tiempo, la seguridad del paciente, como parte fundamental de la calidad asistencial, se ha considerado prioritaria en las políticas y organizaciones sanitarias.

Ya en 2004, la Organización Mundial de la Salud lanza la iniciativa “Alianza por la seguridad del paciente” para promover acciones y recomendaciones para la mejora de la seguridad de los pacientes en diferentes países.

En España, en 2005, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad pone en marcha la Estrategia de Seguridad del Paciente que representa el consenso de los principales implicados en la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de promover la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias, formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente e implementar prácticas seguras.

En el seno de esta Estrategia, en 2011 nace en Extremadura, el I Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud con la misión de implantar una estrategia integral para la gestión de riesgos sanitarios que dé como resultado la mejora de la seguridad de pacientes y un aumento y consolidación de la confianza en el Sistema Sanitario Público de Extremadura. Desde entonces, se han emprendido diferentes acciones y protocolos para ir caminando hacia la mejora de nuestras actuaciones sanitarias.

Por otro lado, desde la implementación del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (PRCPEX) en 2002, se ha puesto en valor la importancia de una atención de calidad de los pacientes que padece una enfermedad en fase avanzada y sus familias, siendo la seguridad del paciente una línea prioritaria.

El grupo de calidad del PRCPEX liderado por la enfermera referente en seguridad del paciente de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES y apoyado desde la Coordinación Regional del PRCPEX, ha desarrollado el Proyecto “Uso seguro del medicamento en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos” dentro de la “Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos”.

A lo largo de los años que ha durado el desarrollo del proyecto, los profesionales implicados han aportado evidencia científica y experiencia. Además, han facilitado la divulgación para la implementación y formación en cultura de seguridad en el ámbito de la atención al final de la vida en Extremadura.

Fruto de todo el trabajo y esfuerzo realizado, presentamos este manual para que sirva de orientación y guía para los profesionales implicados en la atención y acompañamiento de los pacientes con necesidades de cuidados paliativos, sus familias y cuidadores.

Finalmente he de agradecer y felicitar a todos los profesionales que han hecho posible este excelente manual que tanta ayuda va a proporcionar a los familiares y cuidadores de pacientes con necesidades de cuidados paliativos y a los profesionales implicados en su atención.

D. Vicente Alonso Núñez  
Director General de Asistencia Sanitaria  
Servicio Extremeño de Salud





**1**  
CAPÍTULO

# EL PROGRAMA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE EXTREMADURA: ATENCIÓN AL PACIENTE AL FINAL DE LA VIDA.

*M<sup>a</sup> José Redondo Moralo*







# 1. CONTEXTUALIZACIÓN Y CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA.

En nuestro panorama actual, muchas personas superan los 65 años y la muerte se desplaza en una proporción importante de los casos hasta los 80-85 años, especialmente en las mujeres. Este incremento progresivo de la supervivencia ha ocasionado como consecuencia un aumento de las personas con enfermedades crónicas que provocan dependencia, por lo que es frecuente que muchas de ellas necesiten ayuda en esta etapa de la vida.

Por otro lado, a medida que la población envejece, el patrón de las enfermedades también cambia; actualmente, las enfermedades crónicas pueden presentar diferentes trayectorias clínicas. Cada tipo de trayectoria define poblaciones con necesidades y edades distintas y diferente patrón en el uso de recursos. Conocer dichas trayectorias, permite a los profesionales plantearse si las intervenciones que se están realizando son proporcionales a su situación evolutiva. Además, puede ayudar al diálogo con el paciente y la familia, y así facilitar el proceso de información sobre las expectativas de vida y la toma de decisiones.

Otro dato importante a tener en cuenta es que la muerte se produce en los hospitales y en centros sociosanitarios, disminuyendo la proporción de aquellos que fallecen en su propio domicilio. Este factor tiene mucha importancia en el proceso de planificación de los recursos para atender a estas personas.

La integración de los cuidados en las fases finales de la vida es el enfoque necesario para la atención de personas con enfermedades avanzadas y ha demostrado que reduce el sufrimiento, mejora la satisfacción, disminuye costes y facilita la transición entre los diferentes estadios de progresión de la enfermedad. La visión dicotómica del curar-cuidar comporta que los pacientes con enfermedades avanzadas no inicien los tratamientos con objetivos de confort hasta que el pronóstico está muy claro y/o la muerte es inminente<sup>1</sup>.

Por ello, la Atención al Final de la Vida, debe ser entendida como parte del proceso de atención, que abarca todos los niveles asistenciales, y hace que el esfuerzo coordinado de todos los profesionales permita ofrecer una atención integral en cada momento y de la forma adecuada. Los cuidados paliativos deben ser prestados por el sistema en su conjunto, englobando tanto los niveles de atención primaria como hospitalaria y centros sociosanitarios, y sumando a éstos, los equipos específicos que den apoyo y respuesta para el manejo de los casos complejos<sup>2</sup>.

Existen indicadores de calidad del Proceso de Atención al Final de la Vida que se pueden resumir en los siguientes ítems:

- Recibir un adecuado control de síntomas.
- Dar al paciente el control de la situación.
- Mejorar la sobrecarga de los familiares.
- Facilitar las relaciones con los seres queridos.
- Asegurar continuidad en la atención.

## 2. LOS CUIDADOS PALIATIVOS: DEFINICIONES, IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD, RECOMENDACIONES Y ASPECTOS A TENER EN CUENTA.

Según la Organización Mundial de la Salud, los Cuidados Paliativos pueden definirse como el enfoque que mejora la calidad de vida del paciente y sus familias, frente a problemas asociados a situaciones de *enfermedad avanzada y terminal*, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mediante la identificación precoz, la evaluación cuidadosa y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales<sup>3</sup>.

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), la “*Situación de enfermedad avanzada y terminal*” viene definida por<sup>4</sup>:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes con el tiempo y con el desarrollo de la enfermedad y la dependencia progresiva.
- Fuerte impacto emocional a pacientes, familias y equipos terapéuticos.
- Altos niveles de necesidades y demandas de cuidados.
- Evolución con frecuentes crisis de necesidades.
- Pronóstico de vida limitado.

En los últimos años, se ha hecho necesario profundizar qué situaciones y patologías crónicas pueden tener necesidades paliativas.

Según la herramienta NECPAL<sup>5</sup> (Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidad de atención paliativa), el hecho de tener una respuesta negativa a la pregunta sorpresa “¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?” y una respuesta positiva en alguna de las otras 3 cuestiones, referidas a *necesidad/elección de tratamientos paliativos, indicadores clínicos de severidad/progresión, indicadores clínicos específicos de distintas patologías de progresión*, identifica a pacientes que requieren medidas paliativas.

Una vez identificada la necesidad de una atención paliativa, las recomendaciones básicas a seguir son:

- Identificar Necesidades Multidimensionales.
- Practicar un Modelo de Atención Integral.
- Elaborar un Plan Terapéutico Multidimensional y de Cuidados.
- Identificar valores y preferencias del enfermo: Planificación de Decisiones Anticipadas.
- Involucrar a la familia y al cuidador principal.
- Realizar gestión de caso, seguimiento, atención continuada y urgente, coordinación entre niveles asistenciales.

Otro aspecto importante en este tipo de enfoque es la *Atención a la Familia*. La familia tiene un papel fundamental como cuidadora del paciente, y el domicilio como un lugar apropiado

para la atención del enfermo en fase avanzada de enfermedad. Los cuidadores principales de estos enfermos se encargan del acompañamiento de pacientes y de los cuidados de las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria, además de observar la evolución del paciente, identificar los síntomas y las complicaciones que presenta y administrar medicación, la mayoría de ella considerada por la Organización Mundial de la Salud como de alto riesgo. No es infrecuente que, el cuidador principal presente signos de sobrecarga a nivel físico o emocional, así como cuadros de ansiedad o depresión.

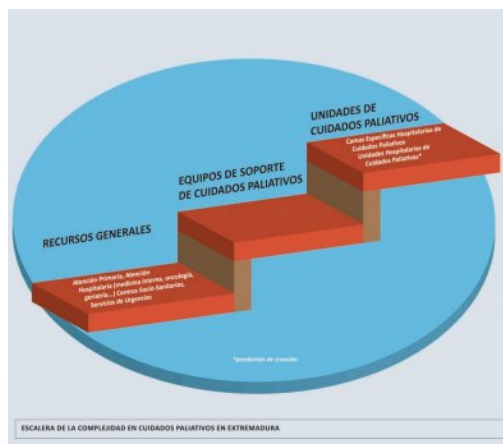
Cabe destacar que, en todo este proceso de atención, hay otros dos elementos fundamentales: *La comunicación y el trabajo en equipo*.

El objetivo de la comunicación es informar, orientar y apoyar al enfermo y la familia para que tengan elementos para participar en la toma de decisiones. Este debe ser un proceso dinámico que se adecúe a los puntos de inflexión de la enfermedad, revisando la información con el paciente y su familia, avanzando de este modo en la comunicación para el proceso evolutivo de su enfermedad.

Respecto al trabajo en equipo, elementos como la sesión interdisciplinar, la documentación clínica compartida y la metodología participativa en la toma de decisiones, facilitan el trabajo colaborativo, interdependiente y complementario.

### 3. EL PROGRAMA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE EXTREMADURA Y SUS EQUIPOS DE SOPORTE.

El Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (PRCPEX) se pone en marcha en el año 2002 con el objetivo de garantizar el derecho de los enfermos en situación de enfermedad avanzada y/o terminal a la asistencia, independientemente del lugar, circunstancia o situación en la que se encuentre. Además de garantizar la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familias; siempre respetando su derecho a la autonomía y a participar en la toma de decisiones acerca de su vida, de forma anticipada, en el seno de una relación terapéutica que facilite una comunicación fluida, en la cual pueda expresar sus deseos y dudas acerca de la enfermedad y las alternativas que vayan surgiendo.



En la Comunidad Autónoma de Extremadura, en la que predomina la dispersión geográfica, se desarrolla un modelo de Atención al Final de la Vida a modo de *red de trabajo*, integrada en los recursos de los distintos niveles asistenciales y acorde con las necesidades de las ocho Áreas de Salud, para poder dar respuesta a todas las necesidades de los pacientes y sus familias.

La atención a pacientes con necesidades de cuidados paliativos en Extremadura, se organiza de la siguiente manera<sup>6</sup>:

**Imagen.** Atención al Final de la Vida. Modelo organizativo de Extremadura. SES. 2011.

Fuente: [https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded\\_files/Libro\\_atencion\\_al\\_final\\_de\\_la\\_vida.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/Libro_atencion_al_final_de_la_vida.pdf)

## Los Recursos Generales en los distintos niveles asistenciales:

**En Atención Primaria:** Los profesionales de los Equipos de Atención Primaria realizan la atención a estos pacientes cuando se encuentran en sus domicilios.

**En Atención Hospitalaria:** Los profesionales de los servicios y especialidades implicados realizan la atención a estos pacientes durante el ingreso hospitalario.

**En Centros sociosanitarios o de media/larga estancia:** Los profesionales que trabajan en estos centros realizan la atención a los pacientes con necesidades de cuidados paliativos que residen en los mismos.

## Los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP):

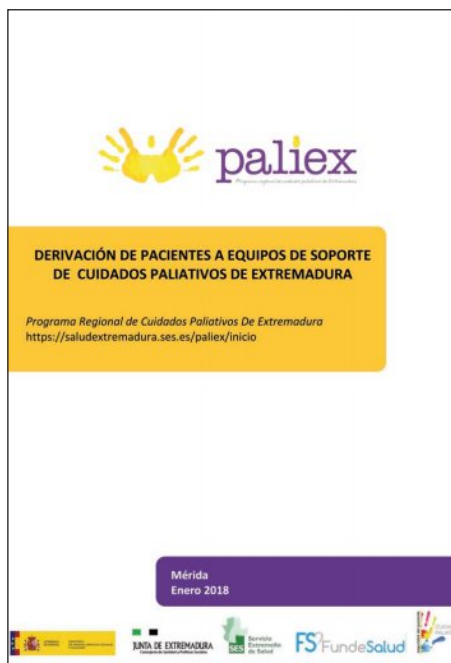
Realizan una Atención Compartida con los profesionales de los diferentes niveles asistenciales siendo su función la de apoyo a los mismos y basando la intensidad de su atención en la complejidad<sup>7</sup> de la situación.

Las intervenciones de los ESCP pueden ser de asesoramiento y/o atención directa de los pacientes, cuando los profesionales de referencia con los que comparten la atención lo soliciten y se cumplan los criterios de inclusión.

En el PRCPEX existe un ESCP en cada Área de Salud integrado por médicos, psicólogos, profesionales de enfermería y trabajadores sociales con formación específica avanzada en cuidados paliativos y desarrollan su trabajo en equipos interdisciplinares.

Su ámbito de actuación puede ser domiciliario, hospitalario o centros sociosanitarios, y todas sus intervenciones están basadas en los estándares de calidad establecidos desde las Sociedades Científicas y la estrategia del Ministerio de Sanidad sobre cuidados paliativos.

Desde el punto de vista organizativo estos ESCP deben comenzar su labor a petición de los profesionales de referencia del paciente, tal y como viene establecido en el *Documento de Criterios de Derivación a Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos*<sup>8</sup>.



**Imagen.** Protocolo de derivación de pacientes a los equipos de cuidados paliativos. SES. 2018.  
Fuente: <https://saludextremadura.ses.es/paliex/protocolo-de-derivacion>

## 4. LOS GRUPOS DE TRABAJO DEL PROGRAMA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE EXTREMADURA: TRABAJO EN RED.

En la estructura del PRCPEX, se configuran 5 grupos de trabajo “transversales” compuestos por miembros de los diferentes ESCP, con el objetivo de establecer y consolidar una Red de Trabajo en Cuidados Paliativos de forma homogénea.



**Imagen.** Grupos de trabajo transversales del PRCPEX.  
Fuente: Elaboración propia.

Los grupos de trabajo transversales existentes son:

- FORPALEx: Grupo de trabajo de Formación en Cuidados Paliativos de Extremadura.
- DOCUMENTACIÓN CLÍNICA: Grupo de trabajo de Registros y Documentación Clínica en Cuidados Paliativos de Extremadura.
- TRAPALEx: Grupo de trabajo de Tratamientos en Cuidados Paliativos de Extremadura.
- PSIPALEx: Grupo de trabajo de Psicólogos de Cuidados Paliativos de Extremadura.
- CALPALEx: Grupo de trabajo de Calidad en Cuidados Paliativos de Extremadura.

### 4.1. CALPALEx: El Grupo de Calidad del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura.

CALPALEx es un grupo de trabajo transversal, multidisciplinar e integrado por profesionales de los ocho ESCP de Extremadura. Son profesionales comprometidos, con vocación e inquietudes en el apasionante mundo de la calidad asistencial, íntimamente ligada a aspectos de su dedicación diaria a la atención de pacientes con enfermedades avanzadas en situación de final de vida y sus familias.

#### a. Misión, visión y valores de CALPALEx.

##### **Misión:**

- Contribuir activamente para que todos los pacientes en situación de enfermedad avanzada reciban una atención paliativa de calidad al final de la vida, tanto si reciben atención específica en el PRCPEX como si están siendo atendidos por otros profesionales sanitarios, independientemente de la edad, patología y del lugar donde se lleve a cabo dicha atención.
- Realizar el diseño y evaluación continua de los indicadores de estructura, proceso y resultados de las distintas actividades en el ámbito de los cuidados paliativos que se llevan a cabo en Extremadura, desde un punto de vista proactivo y con un ánimo de mejora continua de la calidad.



- Contribuir al desarrollo e implantación de la estrategia de seguridad de pacientes en el ámbito de los cuidados paliativos y de un programa específico de uso seguro del medicamento.
- Desarrollar programas de formación e investigación, que contribuyan a crear y extender una cultura de calidad y de seguridad de pacientes en los profesionales involucrados en cuidados paliativos de Extremadura.

**Visión:**

- Contribuir al desarrollo y mejora de los cuidados paliativos en nuestra Comunidad, a través de la calidad, en coordinación con otros centros de referencia en calidad.
- Convertir al PRCPEX en referencia en calidad, dentro de la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad.

**Valores:**

- Excelencia. Mantener una forma especial de cuidar al paciente con enfermedad avanzada en situación de final de vida y su familia, fieles a la filosofía de los cuidados paliativos y basados en criterios de calidad asistencial específicos.
- Solidaridad. Compromiso con las necesidades de la sociedad, en el ámbito de los cuidados paliativos.
- Respeto e integridad. En las relaciones con las personas e instituciones (pacientes, familiares, voluntarios, personal sanitario, SES, ONGs...).

**b. Objetivos de CALPALEX.**

El grupo de calidad tiene como objetivo principal diseñar las estrategias de mejora continua en la actividad de los ESCP del PRCPEX.

Como metodología de trabajo, el grupo está comprometido a actualizar periódicamente los indicadores de calidad y velará por su correcto cumplimiento en todas las Áreas de Salud.

**c. Líneas de trabajo de CALPALEX.**

- Revisar estimaciones del número de pacientes en situación de enfermedad en fase avanzada.
- Revisión de contratos de gestión. Diseño de indicadores de proceso y resultados.
- Inclusión de indicadores en contratos de gestión que evalúen la identificación precoz de pacientes con enfermedad en fase avanzada o terminal.
- Establecer criterios de complejidad para la atención a pacientes con enfermedad en fase avanzada por parte de los recursos específicos de cuidados paliativos.
- Establecer y protocolizar criterios de inclusión en PRCPEX.
- Revisión de escenarios de atención. Estudiar flujo de pacientes entre escenarios.
- Planes de mejora continua en calidad.
- Estudio de costes en el PRCPEX.
- Evaluar indicadores específicos para la actividad de soporte y atención directa.
- Desarrollo de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos.
- Ejecución e implantación del Proyecto Uso seguro de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos.

#### d. Miembros del Grupo CALPALEX.

El grupo de calidad del PRCPEX está constituido por un equipo multidisciplinar de profesionales de los distintos ESCP. A continuación se detallan cada uno de los profesionales que forman parte de este grupo de trabajo transversal.

CALIDAD Y SEGURIDAD DE PACIENTES EN C. PALIATIVOS



## CALPALEX

ÁREAS DE SALUD	PROFESIONALES
<b>Badajoz</b>	Florencia Bonino, enfermera Raquel Cabo, psicóloga clínica
<b>Mérida</b>	M <sup>a</sup> Ángeles Martín, enfermera Maite Alonso, médico
<b>Don Benito- Vva</b>	Marcos López, médico
<b>Llerena -Zafra</b>	Javier Flores, enfermero Catalina Pérez, trabajadora social
<b>Cáceres</b>	Victoria Romero, enfermera
<b>Plasencia</b>	Mercedes Ramos, enfermera
<b>Navalmoral de la Mata</b>	Beatrice Pop, médico
<b>Coria</b>	Antonio Fernández, enfermero

Imagen. Profesionales del Grupo de Calidad del PRCPEX. Fuente: Elaboración propia.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amblás Novella J, Albó Poquí A, Espauella Panicot J, Fabregó Trabal J; Tratado de Geriátria para Residentes. Asistencia al final de la vida. Cap 75. Pg 761-68.

2. Programa Marco de Cuidados Paliativos de Extremadura. SES. 2002. Disponible en [https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded\\_files/CustomContentResources/Programa%20Marco%20CP.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/CustomContentResources/Programa%20Marco%20CP.pdf)

3. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ulrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. World Health Organization. Ginebra. J pain Symptom Manage 2002; 24 (2): 91-6

4. Criterios SECPAL de enfermedad avanzada. Declaración sobre la atención médica al final de la vida (documento). Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Enero 2002.

5. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO. Med Clin (Barc). 2013; 140(6):241-5.

6. Atención al Final de la Vida. Modelo organizativo de Extremadura. SES. 2011. Disponible en [https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded\\_files/Libro\\_atencion\\_al\\_final\\_de\\_la\\_vida.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/Libro_atencion_al_final_de_la_vida.pdf)

7. Martín-Roselló ML, Fernández-López A, Sanz-Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Cíaramos R. IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos) © Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. Fundación Cudeca. Accesible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/IDCPal>

8. Documento de Derivación de Pacientes a los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos de Extremadura. Programa regional de Cuidados Paliativos. SES. Enero 2018. Disponible en <https://saludextremadura.ses.es/paliex/protocolo-de-derivacion>





# 2

CAPÍTULO

## SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS.

*Beatrice Pop Csog*





# 1. INTRODUCCIÓN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La Organización Mundial de la Salud define la Seguridad de Pacientes<sup>1</sup> como la ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria. Este mínimo está en función de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderados frente a los riesgos existentes.

También se conoce como Seguridad del Paciente<sup>1</sup> al conjunto de elementos estructurales, instrumentos, procesos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que tienden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención sanitaria o de mitigar sus consecuencias.

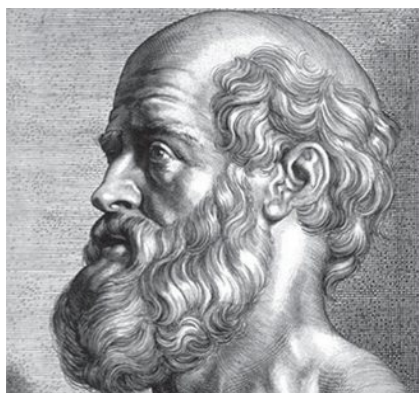
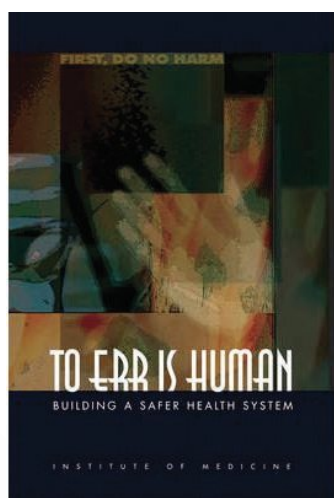


Imagen. Hipócrates y F. Nightingale.

Fuente: <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/h/hipocrates.htm> y <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/n/nightingale.htm>



La preocupación por la seguridad de pacientes ha estado presente a lo largo de la historia sanitaria de la humanidad. Han pasado muchos siglos desde el “*primum non nocere*” (primero no hacer daño) de Hipócrates, complementada con su célebre frase “*Alabaré a los médicos cuyos errores sean pequeños ya que la exactitud perfecta rara vez es vista*”, y la impactante reflexión de la gran Florence Nightingale “... Aunque se admita en gran medida el valor de los avances recientes en las mejoras hospitalarias, una vasta proporción del sufrimiento, y al menos algo de la mortalidad en estos establecimientos es evitable.”

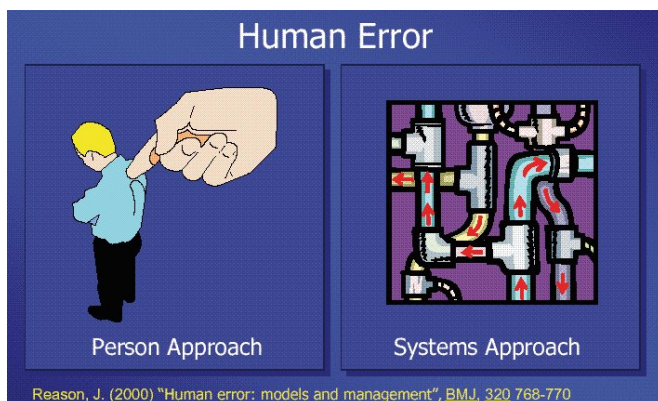
Ha sido en las últimas décadas, tras la publicación en 1999 por el Institute Of Medicine (IOM) de Estados Unidos del informe llamado “*Errar es humano: Construyendo un sistema sanitario más seguro*”, cuando se ha impulsado en varios países el desarrollo de las estrategias que están relacionadas con la seguridad de pacientes<sup>2</sup>.

Imagen. Lucian Leape, National Academy Press, 2000

Fuente: <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/1999/To-Err-is-Human-Building-A-Safer-Health-System.aspx>

## a. Modelos de abordaje de los problemas de seguridad del paciente: los eventos adversos.

La idea de que los errores sanitarios son causados por sistemas inadecuados fue un concepto transformador y marcó un punto de inflexión en el abordaje de los problemas de seguridad: el cambio de un modelo centrado en la persona a un modelo centrado en el sistema<sup>3</sup>.



**Imagen.** Modelo centrado en la persona. Modelo centrado en el Sistema.  
Fuente: Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320:768-770 .

Imagen extraída del material del *Curso de seguridad del paciente y gestión del riesgo sanitario*. Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria. Extremadura.

El modelo centrado en la persona ubica en el origen de los eventos adversos aspectos como la escasa atención, falta de motivación, olvidos y descuidos, falta de cuidado, negligencia e imprudencia de los profesionales. Desde esta perspectiva, reducir la variabilidad no deseada entre seres humanos se lograría a través del miedo, medidas disciplinarias, amenaza de denuncia; en definitiva culpabilizando, señalando y avergonzando a los profesionales implicados.

El modelo centrado en el sistema, como una nueva perspectiva, parte de la premisa básica que considera a los humanos falibles siendo así los errores esperables, incluso en las mejores organizaciones. Los errores se ven como consecuencias y no como causas, teniendo sus orígenes, no en la perversidad de la naturaleza humana, sino en factores sistémicos.

Según la Clasificación Internacional de la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup>, los eventos adversos son incidentes que causan daño al paciente. El mismo documento define los incidentes como los sucesos o circunstancias que podrían haber ocasionado u ocasionaron un daño innecesario a un paciente. En ambas definiciones, el daño se entiende como una consecuencia de la atención sanitaria.

Para el abordaje de los eventos adversos desde el punto de vista del **modelo centrado en el sistema**, podemos tener en cuenta dos metáforas que ilustran dicho modelo de forma muy aclaratoria:

1. Según el Informe "To Err is Human". IOM 1999<sup>2</sup>, en un entorno complejo los eventos adversos son una combinación de los fallos activos de las personas que intervienen en el sistema, (suelen ser de corta duración y, con frecuencia impredecibles) y de las condiciones latentes del sistema, (suelen ser de larga duración, pueden identificarse y eliminarse antes de que ocasionen problemas de seguridad para el paciente).

## Fallos activos

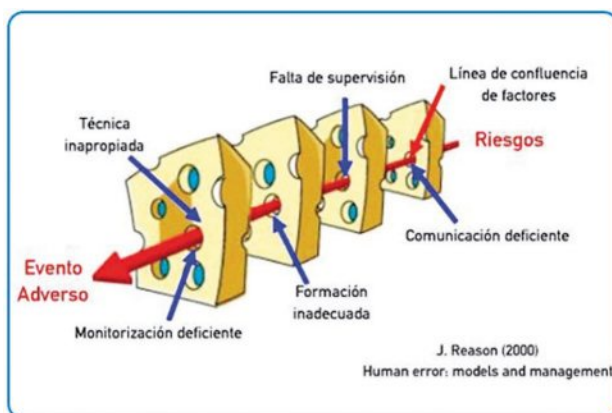


**Imagen.** Los fallos activos y las condiciones latentes del sistema.  
Fuente: Institute of Medicine, "To Err is Human". 1999

Imagen extraída del material del *Curso de seguridad del paciente y gestión del riesgo sanitario*. Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria. Extremadura.

Tal y como nos explica la imagen anterior, el único y más efectivo método para minimizar el riesgo de eventos adversos en los pacientes es trabajar sobre las condiciones latentes del sistema. Como respuesta se dice que, *no se trata de cambiar la condición humana sino de cambiar las condiciones en las que trabajan las personas*<sup>3</sup>.

2. Una idea central es la de las defensas (escudos) del sistema, que queda muy bien ilustrada en el "modelo del queso suizo" de James Reason.



**Imagen.** Modelo del queso suizo.

Fuente: Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000;320:768-770

Imagen extraída del material del *Curso de seguridad del paciente y gestión del riesgo sanitario*. Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria. Extremadura.



Este modelo representa las barreras del sistema sanitario como lonchas de queso que procuran reducir los riesgos de aparición de eventos adversos, mientras que los agujeros del queso representan los fallos en estas barreras. El alineamiento simultáneo de varios fallos en dichas barreras daría como consecuencia el evento adverso<sup>4</sup>.

De este modo, cuando ocurre un evento adverso lo importante no es quién se equivocó, sino cómo y por qué las defensas fallaron.

### **b. Aprendizaje activo: aprender de los errores.**

En la práctica clínica diaria, entendemos el error como un acto incorrecto, por comisión u omisión, que puede contribuir a la aparición de un evento adverso. Como ya se ha comentado errar es humano, pero esto no justifica ocultar el error o mostrar resistencia al análisis de lo ocurrido<sup>4</sup>.

Es por ello que en el caso de que se produjera un error, la mejor estrategia de actuación sería analizarlo y aprender del mismo (*aprender de los errores*): identificando el suceso adverso ocurrido, reparando el daño, buscando las causas profundas en el sistema e incluso rediseñando el sistema en función del análisis. Es lo que en Seguridad Clínica se conoce como *aprendizaje activo*.

El método más utilizado para el aprendizaje activo a partir de los errores producidos, es el análisis y feedback sistemático del resultado, a partir de los sistemas de *notificación*.

### **c. Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad de los pacientes.**

En Extremadura el sistema utilizado para la notificación y registro de incidentes y eventos es el *Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad de Pacientes*, también conocido como SiNASP.

El SiNASP es una herramienta desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con la colaboración del Instituto Universitario Avedis Donabedian, como parte de la Estrategia Nacional en Seguridad de Pacientes del Sistema Nacional de Salud.



Imagen. SiNASP. Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

El objetivo del SiNASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron o podrían haber producido daño a los pacientes. El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora, para ello es preciso que, aunque se respete la voluntariedad de los profesionales para la utilización de este sistema, se lleven a cabo estrategias para aumentar la cultura, disminuir el miedo y la culpabilidad, y fomentar la notificación de los incidentes y eventos ocurridos<sup>5</sup>.

En nuestra Comunidad Autónoma, actualmente, están dados de alta en el SiNASP todos los hospitales y el 96,4% de los centros de salud, así como los dos centros sociosanitarios y el 100% de los centros residenciales de gestión pública de las Áreas de Salud de Plasencia y Coria. Además, se ha iniciado el proceso de adhesión al SiNASP de las Unidades Medicalizadas de Emergencias (112).

## 2. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS: SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO.

En los últimos años ha habido un interés cada vez mayor, también dentro del Sistema Sanitario Público de Extremadura, hacia temas relacionados con la seguridad de pacientes. Ya que los cuidados paliativos son parte esencial en la asistencia sanitaria actual, tenemos la responsabilidad de plantearnos si la seguridad de pacientes es importante en cuidados paliativos, y la respuesta es un sí categórico.

Toda atención sanitaria tiene el potencial de ocasionar daño. Se estima que la incidencia de los eventos adversos ligados a la atención sanitaria en España es del 9,3%<sup>6</sup>, por lo que no podemos asumir que los pacientes de cuidados paliativos sean inmunes a estos eventos.

Actualmente, la atención sanitaria es una actividad compleja en la que intervienen múltiples agentes en distintos ámbitos. Esto se pone de manifiesto en la atención al final de la vida, en la que el paciente recibe atención continuada por su equipo de atención primaria y, en algunos casos por equipos de otras especialidades médicas, además de la intervención de los ESCP cuando se precisa. A esto se le suma los condicionantes asociados al lugar en el que se presta la atención sanitaria, que en el caso de cuidados paliativos puede ser una unidad de hospitalización, un centro residencial o socio-sanitario, o el propio domicilio del paciente.

La mayoría de los estudios en materia de seguridad de pacientes se han desarrollado en el entorno hospitalario. Existe muy poca literatura sobre seguridad de pacientes en programas de cuidados paliativos domiciliarios. Es por ello urgente investigar en este ámbito para poder establecer líneas claras de actuación.

Somos conscientes de que los elementos clave del cuidado en instituciones a menudo no son aplicables en un entorno de cuidados domiciliarios. Aplicar nociones de seguridad de pacientes en el ámbito hospitalario (por ejemplo, detección y análisis de errores y eventos adversos) sería quizás algo limitado e incluso puede resultar poco adecuado para la atención domiciliaria. Cuando la atención se realiza en el domicilio, el paciente es atendido por familiares y cuidadores informales con la supervisión de los profesionales de atención primaria y de los equipos de soporte. Entre todos debe existir una coordinación y comunicación fluida, en un entorno cuya complejidad habitualmente no tiene nada que ver con la conocida en las instituciones y centros sanitarios.

A diferencia de la atención sanitaria prestada en instituciones por profesionales asalariados que trabajan con protocolos, normas y estrategias establecidos por la organización sanitaria, a los cuidadores informales en los domicilios muchas veces se les incorpora un reto añadido, pues no necesariamente están de acuerdo con los procedimientos que se proponen desde una perspectiva sanitaria segura. Los hogares están diseñados para la vida familiar y no para la prestación de atención sanitaria. Es mucho más sencillo adaptar el entorno en hospitales, para proporcionar una atención sanitaria segura tanto para profesionales como para los pacientes, de lo que pueda hacerse en un domicilio.

La seguridad del paciente en domicilio necesita de una definición más amplia que englobe la complejidad de las situaciones de enfermedad y dinámicas familiares así como la naturaleza no reglada y no controlada de la provisión de cuidados sanitarios en dicho entorno.

La seguridad del paciente en el ámbito domiciliario precisa considerar al menos los siguientes elementos:

- Paciente y familia como la unidad a tratar.
- La seguridad del paciente, la familia, los cuidadores y profesionales están íntimamente ligados.
- La multidimensionalidad de la seguridad de pacientes: física, emocional, social y funcional. El incremento del sufrimiento es también un problema de seguridad de pacientes.
- Pacientes que viven solos.
- Cuidadores que prestan cuidados en soledad.
- Comunicación entre pacientes, cuidadores y profesionales de distintos niveles asistenciales.
- Formación, competencias y capacitación para el cuidado.
- Debemos poner el foco en la prevención y minimización del riesgo para pacientes, familiares, cuidadores formales e informales para promover el bienestar físico, emocional, funcional y social de los que reciben atención domiciliaria<sup>7</sup>.

### 3. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROGRAMA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Asumiendo la responsabilidad ante las dificultades generales de la seguridad del paciente fuera del entorno sanitario y los inconvenientes de los cuidados paliativos domiciliarios donde los pacientes y familiares se pueden enfrentar a situaciones de extrema vulnerabilidad, desde el PRCPEX se considera la seguridad de los pacientes una prioridad.

Trabajar por unos cuidados paliativos domiciliarios más seguros se convierte en un elemento esencial en la mejora global de la calidad de nuestro sistema sanitario. Es por ello que desde el Grupo CALPALEX del PRCPEX, utilizando el conocimiento de los avances en seguridad de pacientes para mejorar la atención al final de la vida, se pretende desarrollar la “Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos”.

#### a. La Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos.

La Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos está enmarcada dentro del Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes de Extremadura.

Esta Estrategia se desarrolla con el objetivo de aumentar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales del PRCPEX y fomentar la aplicación de las prácticas clínicas seguras en las intervenciones específicas de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos y demás profesionales implicados en la atención de los pacientes con necesidades paliativas.

En consonancia con el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente de Extremadura, las líneas de intervención de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos más destacadas son:





**Imagen.** Portada del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SES vigente actualmente. Próximamente se publicará el nuevo Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes de Extremadura 2019 - 2023.



**Imagen.** Imagen de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos del PRCPEX.

- Cultura de seguridad de pacientes.
- Participación de los pacientes/cuidadores en seguridad del paciente.
- Uso seguro de los medicamentos.
- Seguridad en la coordinación/comunicación durante el proceso asistencial.
- Seguridad en los cuidados y procedimientos.
- Notificación y gestión del riesgo.

Desde el Grupo CALPALEX del PRCPEX, se considera que la seguridad del paciente es el eje central sobre el que pivota la labor diaria de todos los profesionales que se dedican a los cuidados paliativos, siendo una parte integral de la calidad en la atención al final de la vida.



**Imagen.** Banner de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos del PRCPEX.

## 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. WHO. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)

2. Lucian Leape, National Academy Press, To Err is Human. Building a safer Health System. 2000. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>

3. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000;320:768-770

4. Elvira Peña L, Rodríguez Pérez B. Seguridad del paciente y gestión del riesgo en salud mental. Cáceres. Junta de Extremadura. SES. 2011. Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/smex/bibliografia-relacionada-con-seguridad-del-paciente-en-salud-mental>

5. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad de los Paciente. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://www.sinasp.es/>

6. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Informe. Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/epidemiologicos/2005/>

7. Safety in Homecare: Broadening the patient safety agenda to include home care services: Canadian Patient Safety Institute 2006

8. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del Servicio Extremeño de Salud 2011 – 2016. Servicio Extremeño de Salud. Mayo 2011. Disponible en: [https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded\\_files/Asegurado%20en%20otro%20Estado%20de%20la%20UE/plan\\_estrat%C3%A9gico\\_seguridad\\_pacientes.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Asegurado%20en%20otro%20Estado%20de%20la%20UE/plan_estrat%C3%A9gico_seguridad_pacientes.pdf)



# 3

CAPÍTULO

## **CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROGRAMA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE EXTREMADURA.**

*M<sup>a</sup> Teresa Alonso Ruíz*





# 1. INTRODUCCIÓN.

La primera intervención para mejorar la seguridad del paciente pasa por promover, crear y mantener una cultura de seguridad positiva en las instituciones<sup>1,2</sup>.

Se define la cultura de la seguridad de una organización como el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta de individuos y grupos que determinan el compromiso, así como su estilo y habilidad respecto a la salud de la organización y la gestión de la seguridad<sup>3</sup>.



Imagen. Elementos de una cultura de seguridad positiva.  
Fuente: Elaboración propia.

Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas. En este caso, tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación<sup>4</sup>.

Dicho de otro modo una cultura de seguridad positiva es una cultura no punitiva en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, y por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar<sup>5</sup>.

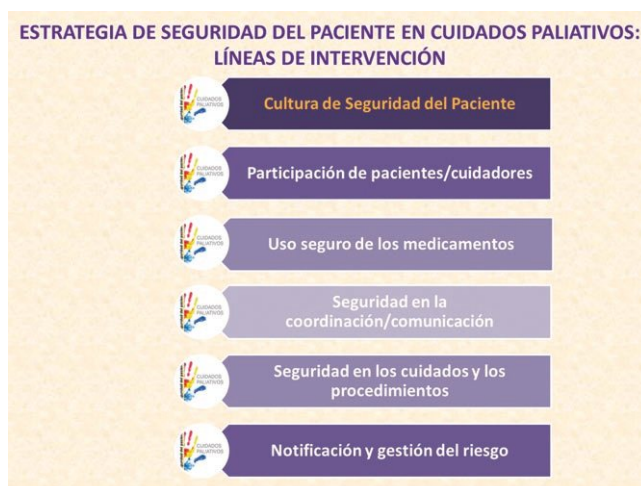
Conocer la cultura de seguridad de una organización es el paso previo para su mejora. Las investigaciones en cultura de seguridad se han orientado fundamentalmente a evaluar el clima de seguridad (actitudes y percepciones sobre seguridad del paciente que tienen los profesionales) y su asociación con diferentes resultados clínicos, así como con la satisfacción de profesionales y pacientes<sup>6</sup>.

La evidencia existente sobre organizaciones con tradición en una cultura de seguridad (aviación, industria química, nuclear, etc.) señalan que ésta es uno de los rasgos críticos de sus logros. También existen estudios que encuentran correlación entre el clima positivo de seguridad y la mejora de la implementación de prácticas seguras y mejores resultados clínicos.<sup>7,8</sup>

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir. En este sentido, la consecución de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado en 2003 por el National Quality Forum de Estados Unidos<sup>10</sup>.

## 2.LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROGRAMA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE EXTREMADURA.

Tal y como se ha comentado en el capítulo anterior, la *Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos* del PRCPEX, se desarrolla en base a seis líneas de intervención. Entre estas líneas de intervención se encuentra en primer lugar la de *Cultura de Seguridad del Paciente*, por ser ésta el sustento de todas las demás.



**Imagen.** Líneas de intervención de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos del PRCPEX. Fuente: Elaboración propia.

Desde el Grupo CALPALEX, se planteó como punto de partida analizar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales del PRCPEX.

### a. Medición de la cultura de seguridad del paciente.

Para conocer la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales del PRCPEX, se utilizó *el cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety*<sup>9</sup>, validado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2005 en colaboración con la Universidad de Murcia. Es una herramienta autoadministrada, válida y fiable, que adapta al contexto español la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos. Puede ser utilizada para medir la cultura de las organizaciones, identificar los aspectos en los que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución<sup>10</sup>. Para la medición de la cultura de seguridad en el PRCPEX, se hicieron unas pequeñas adaptaciones a este cuestionario, no afectando a los ítems principales que definen la estructura central de la herramienta.

Se remitió el cuestionario junto a un documento de consentimiento informado a los profesionales del PRCPEX, dónde se les aseguraba la confidencialidad de los datos y se aportaban algunas aclaraciones de interés para poder cumplimentarlo.



Con este cuestionario, se obtiene información sobre el *clima de seguridad del paciente percibido* por los profesionales, así como de un total de 12 *dimensiones que facilitan la medición de la cultura de seguridad del paciente*.

Las dimensiones están constituidas por la agrupación de 3 o 4 preguntas del cuestionario, que formuladas de forma estratégica, nos ofrecen información sobre el mismo aspecto.

A continuación se muestran las 12 dimensiones con las que se mide la *cultura de seguridad del paciente* de cualquier organización.

#### DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Frecuencia de eventos notificados.
2. Percepción de seguridad.
3. Expectativas y acciones de la dirección y supervisión de la Unidad o Servicio, que favorecen la seguridad.
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua.
5. Trabajo en equipo en la Unidad/ Servicio.
6. Franqueza en la comunicación.
7. Feed-back y comunicación sobre errores.
8. Respuesta no punitiva a los errores.
9. Dotación de personal.
10. Apoyo de la Gerencia del Área de Salud en la seguridad del paciente.
11. Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios.
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre Servicios/ Unidades.

El clima de seguridad del paciente percibido se obtuvo con los resultados de los siguientes ítems del cuestionario:

- Calificación global del clima de seguridad (ítem 81).
- Número de eventos notificados (ítem 87).
- La Dimensión “Frecuencia de eventos notificados” (ítems 40, 41, 42).
- La Dimensión “Percepción de seguridad” (ítems 10, 15, 17, 18).

Desde el siguiente enlace se accede al cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente validado por el Ministerio y la Universidad de Murcia, en el que se describen de forma detallada los ítems y dimensiones con los que hacer la medición. [http://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf)

#### **b. Metodología para el análisis de los resultados de la cultura de seguridad del paciente en el PRCPEX.**

Se realizó un estudio descriptivo de la cultura sobre la seguridad en el PRCPEX en el que se analizaron los factores socio-laborales que se asocian a una actitud y un comportamiento favorables en relación con la seguridad del paciente. Se llevó a cabo un análisis de las *fortalezas* y las *oportunidades de mejora*, con el fin de guiar las actuaciones o intervenciones que pudieran derivarse del estudio, de cara a mejorar la cultura de seguridad entre los profesionales de cuidados paliativos. Para realizar este análisis se utilizaron las herramientas y metodología descritas en el Informe del Ministerio de Sanidad y Política Social sobre análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español<sup>9</sup>.

A continuación se hace un breve resumen:

El cuestionario contiene preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. De forma general, las preguntas/ítems del cuestionario se recodificaron en tres categorías según la naturaleza de su respuesta. Esta recodificación se realizó de acuerdo con el siguiente esquema:

Recodificación de las preguntas según sus respuestas	Negativo		Neutral	Positivo	
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
	Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

El resultado final de cada una de las dimensiones del cuestionario se calculó aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum \text{Número de respuestas positivas o negativas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

De este modo, para clasificar un ítem o una dimensión como **fortaleza** se emplearon los siguientes criterios alternativos:

- 75% de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.
- 75% de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como **oportunidad de mejora** se emplearon los siguientes criterios alternativos:

- 50% de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo.
- 50% de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

El análisis de *fortalezas* y *oportunidades de mejora* se realizó para cada ítem y para las dimensiones en su conjunto, tanto a nivel global como por perfil profesional y agrupación de categorías profesionales. En este capítulo se hace una descripción resumida de los resultados más significativos para el PRCPEX.

### c. Resultados de la cultura de seguridad del paciente en el PRCPEX.

#### • TASA DE RESPUESTA.

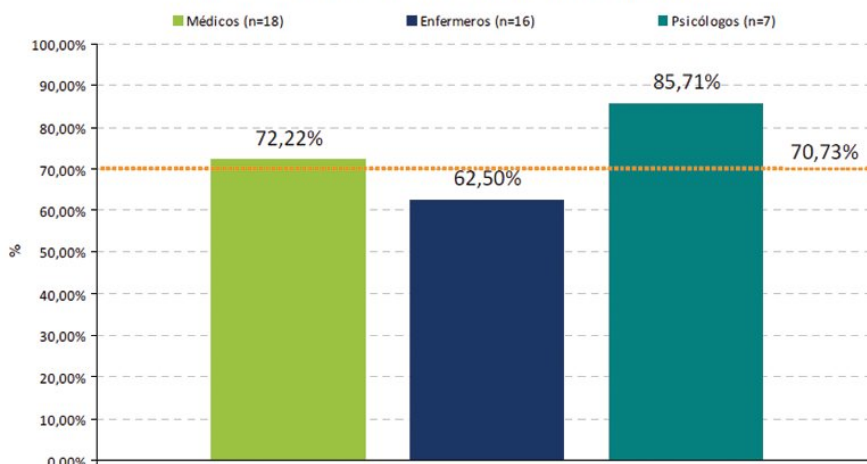
La tasa de respuesta global fue del 70,73%, siendo la del conjunto del perfil sanitario (profesionales de enfermería y medicina) del 67,65% (Tabla 1, Figura 1).



**Tabla 1\_ Tasa de respuesta global y por profesión.**

PROFESIÓN	CONTESTADAS	Tasa de respuesta
Médicos (n=18)	13	72,22%
Enfermeros (n=16)	10	62,50%
Psicólogos (n=7)	6	85,71%
<b>TOTAL (n=41)</b>	<b>29</b>	<b>70,73%</b>

**Figura 1\_ Tasa de respuesta global y por perfil profesional (%)**



• **DATOS SOCIO-PROFESIONALES DE LOS QUE RESPONDEN.**

En relación a la profesión o puesto de trabajo que desempeñaban (Tabla 2), la mayoría de los encuestados fueron personal médico (44,8%), seguido del personal de enfermería (34,5%) y de psicología (20,7%). El conjunto médicos y enfermeros sumaron el 79,3% de las encuestas.

**Tabla 2\_ Nº de profesionales encuestados**

PROFESIÓN	Frecuencia	%
Medicina	13	44,8
Enfermería	10	34,5
Psicología	6	20,7
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

En general, el 96% (n=25) de los encuestados llevaban, en el momento en el que se pasó la encuesta, trabajando más de 6 años en su actual profesión o especialidad, y una quinta parte de éstos, 21 años o más. Esto garantiza de alguna manera el conocimiento y manejo del funcionamiento de su profesión, y por tanto en relación a su cultura de seguridad (tabla 3).

**Tabla 3\_ P.84 ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?**

años	n	%
Menos de 5 años	1	4,0%
Entre 6 y 10 años	11	44,0%
entre 11 a 15 años	5	20,0%
Entre 16 y 20 años	3	12,0%
21 años o más	5	20,0%
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>100,00%</b>

En relación al tiempo de permanencia en el PRCPEX, más del 80% (80,77%; n=26) del personal llevaban más de seis años (Tabla 4), al igual que en el mismo Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) (Tabla 5).

**Tabla 4\_P.85 ¿En qué año empezó a trabajar en el Programa Regional de Cuidados Paliativos?**

Años	n	%
Menos de 5 años	5	19,23%
Entre 6 y 10 años	20	76,92%
Más de 10 años	1	3,85%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 5\_P.86 ¿En qué año empezó a trabajar en este ESCP?**

Años	n	%
Menos de 1 año	5	19,23%
Entre 2 y 5 años	3	11,54%
Entre 6 y 10 años	18	69,23%
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100,00%</b>

Estos dos últimos datos son también considerados una gran fortaleza del equipo de profesionales del PRCPEX, ya que su larga trayectoria en el mismo puesto de trabajo les hace ser buenos conocedores del funcionamiento de su ESCP, así como de los riesgos y posibilidades de error en su práctica diaria. De todos modos esta fortaleza, puede verse eclipsada por la sensación de excesiva confianza en uno mismo, que junto a la presión asistencial y la escasez de recursos humanos en algunos momentos, pueden llegar a producir algún despiste, omisión o repetición que genere un evento adverso en el paciente.

La distribución por sexo de las encuestas corresponde a un 88% de mujeres y un 12% de hombres, sobre un total de 25 encuestas, al existir 4 con sexo desconocido. La edad media era de 40,43 años (sd=6,487; n=23) (figura 2).

**Figura 2\_Distribución de la edad de los encuestados (n=23)**

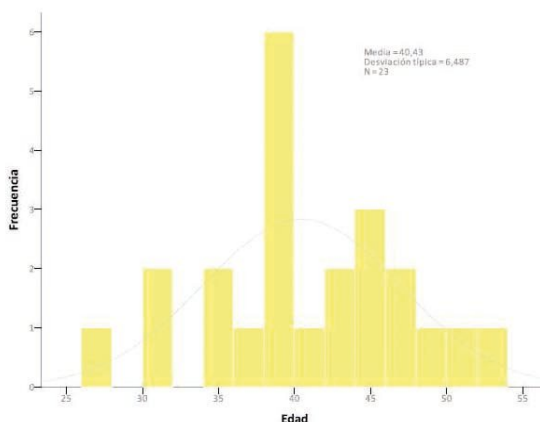
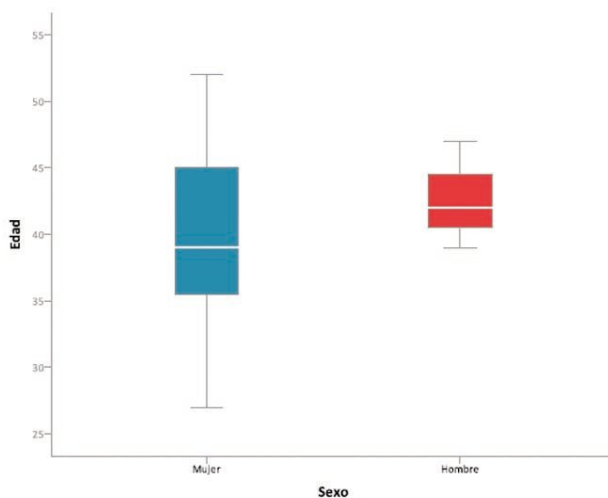


Figura 3\_Distribución de la edad de los encuestados según el sexo



- **CLIMA DE SEGURIDAD.**

Tal y como se describe en el apartado de *Medición de la cultura de seguridad del paciente*, el cuestionario proporciona información sobre la calificación global del clima de seguridad percibido y otras medidas del clima de seguridad.

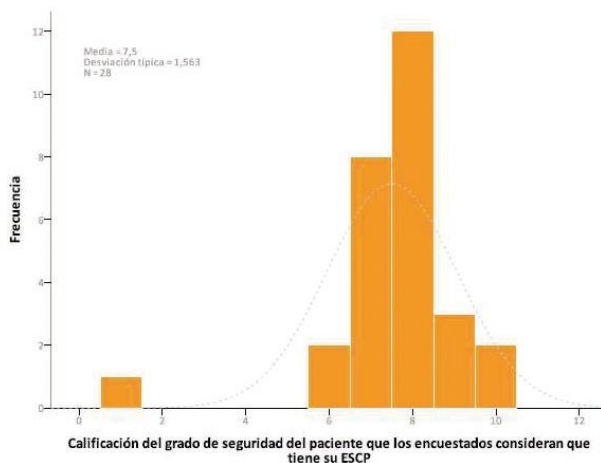
### 1. CALIFICACIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD

En una escala de 0 a 10, la calificación media obtenida fué de 7,50, con un 25 % de los casos que otorgaron una calificación por debajo de 7, y otro 25 % por encima de 8 (Tabla 6, Figura 3).

Tabla 6. Calificación del clima de seguridad del paciente. P. 81 Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente que considera que tiene su ESCP.

n	28
Media	7,50
Desviación estándar	1,563
Mediana (P <sub>50</sub> )	8,00
Percentil 25 (P <sub>25</sub> )	7,00
Percentil 75 (P <sub>75</sub> )	8,00
Rango	1-10

Figura 3\_Calificación del clima de seguridad del paciente en el ESCP.



El 50 % de los profesionales calificaron la seguridad en su ESCP con una nota entre 7 y 8. En las puntuaciones extremas, fueron más frecuentes las puntuaciones positivas (tabla 7).

Tabla 7\_Frecuencia de la calificación del clima de seguridad del paciente. P. 81 Califíque, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente que considera que tiene su ESCP.

Calificación	n	%
Suspense (< 5)	1	3,6%
Aprobado (5-6)	2	7,1%
Notable (7-8)	20	71,4%
Sobresaliente (9-10)	5	17,9%
Total	28	100,00%

## 2. OTRAS MEDIDAS DEL CLIMA DE SEGURIDAD.

Además de la calificación del grado de seguridad, se consideran medidas de resultado del clima de seguridad, el número de eventos notificados y las dimensiones “Frecuencia de eventos notificados” y “Percepción global del clima de seguridad”.

- **NÚMERO DE EVENTOS NOTIFICADOS.**

La gran mayoría de los profesionales que contestaron (76,19 %) no ha notificado ningún evento relacionado con la seguridad del paciente en el último año (Tabla 8). De los eventos notificados en el último año, sólo tres de los encuestados que dicen haber notificado, lo habían hecho por escrito.

Tabla 8\_Número de incidentes notificados. P. 87 Durante el último año ¿Cuántos incidentes o eventos adversos has notificado al ESCP y/o al responsable de calidad /seguridad del paciente del hospital?.

nº eventos	n	%
0	16	76,19%
1-2	3	14,29%
3-5	0	-
6-10	2	9,52%
TOTAL	21	100,00%

- **DIMENSIÓN 1: FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS.**

Esta dimensión incluye tres ítems que hacen referencia a la percepción de la frecuencia de notificación de tres tipos de eventos o errores que no llegan a producir efectos adversos (descubiertos y corregidos antes, que podrían haber causado daño pero no lo hicieron, y que previsiblemente no producirían daño). Los resultados para todos los encuestados se describen en la Tabla 9.

Según los criterios para señalar *fortalezas y oportunidades de mejora*, el primer y tercer ítem aparecen como fortaleza.

La dimensión también se puede considerar como una fortaleza, al alcanzar un 75,6% de respuestas positivas.

Tabla 9. Dimensión «Frecuencia de eventos notificados» (P 40, P 41, P 42)

Ítems	% Muy en desacuerdo / En desacuerdo	% Indiferente	% De acuerdo / Muy de acuerdo
Notifico los sucesos adversos (errores) ocurridos, que son descubiertos y corregidos antes de llegar al paciente (P 40)	3,4 %	20,7	75,9
Notifico los sucesos adversos (errores) ocurridos, que no han tenido consecuencias lesivas en el paciente, aunque previsiblemente le podrían haber dañado (P 41)	3,4	24,1	72,4
Notifico los sucesos adversos (errores) ocurridos, que han producido algún tipo de daño en el paciente (P 42)	0,0 %	21,4	78,6
Total dimensión: % de respuestas positivas: 75,6% % de respuestas neutras: 22,1% % de respuestas negativas: 2,3%			

- **DIMENSIÓN 2: PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD.**

Esta dimensión incluye cuatro ítems, todos ellos dirigidos a medir si se tiene o no la percepción de estar trabajando comprometiendo la seguridad, refiriéndose dos de ellos a causas concretas como son el ritmo de trabajo y la efectividad de los procedimientos existentes para evitar errores en la asistencia.

Según los resultados obtenidos (Tabla 10), tres de los cuatro ítems que la componen, superan el límite de 50% de respuestas negativas, que es el establecido para que sean identificados como oportunidades de mejora. Uno de ellos está relacionado con el ritmo de trabajo que puede llegar a afectar a la seguridad del paciente, y para el cual la proporción de respuestas negativas supera el 50 % (concretamente es el 51,7 %).

La dimensión de manera global no se puede definir como una fortaleza en la percepción de la seguridad.

Tabla 10. Dimensión « Percepción de seguridad » (P 15, P 18, P 10, P 17)

Ítems	% Muy en desacuerdo / En desacuerdo	% Indiferente	% De acuerdo / Muy de acuerdo
Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (Preg. 15).	51,7 %	31,0	17,2
Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (Preg. 18).	6,9	24,1	69,0
No se producen más fallos por casualidad (Preg. 10).	13,8	31,0	55,2
En este ESCP hay problemas relacionados con la «Seguridad del paciente» (Preg. 17).	18,5	25,9	55,6
Total dimensión: % de respuestas positivas: 49,12% % de respuestas neutras: 28,07 % % de respuestas negativas: 22,81%			



- **DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

La estructura del cuestionario nos ha permitido analizar las 12 dimensiones que componen la medición de la cultura de seguridad del paciente. Como la información detallada de cada una de las dimensiones excede de la extensión de este documento, a continuación se expone un resumen de los datos obtenidos, especificando las fortalezas y las oportunidades de mejoras que han resultado.

Siguiendo los criterios de clasificación descritos en el apartado de *Metodología para el análisis de los resultados de la cultura de seguridad del paciente en el PR-CPEX*, en la siguiente tabla se muestran los resultados globales obtenidos.

Tabla 11. Resumen de resultados de las dimensiones del conjunto global.

DIMENSIONES	% de respuestas positivas	% de respuestas negativas
1. Frecuencia de eventos notificados.	75,6	2,3
2. Percepción de seguridad.	49,12	22,81
3. Expectativa y acciones de la coordinación del ESCP que favorecen la seguridad.	75,86	9,48
4. Aprendizaje de la organización / mejora continua.	39,08	35,63
5. Trabajo en equipo en el ESCP.	65,22	11,30
6. Franqueza en la comunicación.	51,72	33,33
7. Feed-back y comunicación sobre errores.	52,94	23,53
8. Respuesta no punitiva a los errores.	49,43	27,59
9. Dotación de personal.	34,48	48,28
10. Apoyo a la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.	26,44	43,68
11. Trabajo en equipo entre unidades / servicios.	52,17	25,22
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios / unidades.	29,57	46,96

### 1. FORTALEZAS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PR-CPEX.

Tal y como se describe en la tabla anterior, **las dimensiones** que según el resultado obtenido, se definen como fortalezas son:

- **Dimensión 1:** Frecuencia de eventos notificados, con un 75,6% de respuestas positivas.
- **Dimensión 3:** Expectativa y acciones de la coordinación del ESCP que favorecen la seguridad, con un 75,86% de respuestas positivas.

En la siguiente figura se representan la situación de las demás dimensiones bajo el criterio de definición de una fortaleza.

Figura 4.- Clasificación de las dimensiones en función del porcentaje de respuestas positivas:  
FORTALEZA



La información obtenida en cuanto a **los ítems** específicos, señala como fortaleza 7 de los 42 ítems del cuestionario, de diferentes dimensiones:

- Dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados.
  - “Notifico los sucesos adversos (errores) ocurridos, que son descubiertos y corregidos antes de llegar al paciente” (**Ítem.40**): 75,9% de respuestas positivas.
  - “Notifico los sucesos adversos (errores) ocurridos, que han producido algún tipo de daño en el paciente” (**Ítem.42**): 78,6% de respuestas positivas.
- Dimensión 3: Expectativas y acciones de la coordinación del ESCP que favorecen la seguridad.
  - “El coordinador de mi ESCP tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente” (**Ítem.20**): 79,3% de respuestas positivas.
  - “Cuando aumenta la presión del trabajo, el coordinador de mi ESCP, pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente” (**Ítem.21**): 82,8% de respuestas positivas.
  - “El coordinador de mi ESCP, pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente” (**Ítem.22**): 82,8% de respuestas positivas.
- Dimensión 5: Trabajo en equipo en el ESCP.
  - “Los miembros del ESCP nos apoyamos mutuamente” (**Ítem.1**): 75,9% de respuestas positivas.
- Dimensión 11: Trabajo en equipo entre unidades/servicios.
  - “Hay una buena cooperación entre el ESCP y las unidades/servicios del hospital que tienen que trabajar conjuntamente en un mismo paciente” (**Ítem.26**): 75,9% de respuestas positivas.

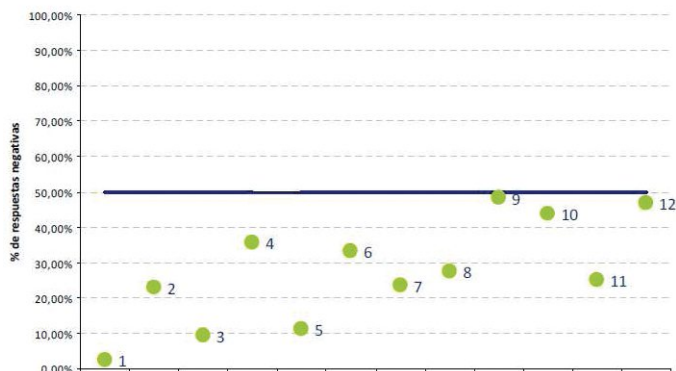
## 2. DEBILIDADES U OPORTUNIDADES DE MEJORAS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PRCPEX.

En relación a las debilidades u oportunidades de mejora percibidas por los encuestados, hay dos **dimensiones** significativamente identificadas como tales, aunque no de manera rotunda al no superar el 50% de respuestas negativas.

- Dimensión 9: Dotación de personal, con un 48,28% de respuestas con carácter negativo.
- Dimensión 12: Problemas en cambio de turno y transiciones entre servicios y/o unidades, con un 46,96% de respuestas con carácter negativo.

En la siguiente figura se representa la situación de las demás dimensiones bajo el criterio de definición de una oportunidad de mejora.

Figura 5.- Clasificación de las dimensiones en función del porcentaje de respuestas negativas:  
OPORTUNIDAD DE MEJORA



En relación a los ítems, son identificados como debilidades u oportunidades de mejora los siguientes:

- Dimensión 2: Percepción de la seguridad.
  - “Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente” (Ítem. 15): con un 51,7% de respuestas con carácter negativo.
- Dimensión 4: Aprendizaje organización/mejora continua.
  - “Tenemos actividades/estrategias dirigidas a mejorar la seguridad del paciente” (Ítem. 6), con un 55,2% de respuestas con carácter negativo.
- Dimensión 9: Dotación de personal.
  - “Somos suficiente número de profesionales en el ESCP para afrontar la carga de trabajo” (Ítem. 2): con un 51,7% de respuestas con carácter negativo.
  - “En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque no se cubren o se tardan en cubrir las libranzas y/o bajas laborales de los profesionales del ESCP” (Ítem. 7): con un 58,6% de respuestas con carácter negativo.
- Dimensión 10: Apoyo de la Gerencia de Área y Dirección del Hospital en la seguridad del paciente.
  - “La Gerencia de Área y Dirección del Hospital en el que se ubica el ESCP sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso (daño o lesión) en un paciente” (Ítem. 31): con un 51,7% de respuestas con carácter negativo.
- Dimensión 12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.
  - “Percibo que se pierde, con frecuencia, información importante sobre la atención que han recibido nuestros pacientes hospitalizados, a consecuencia de los cambios de turnos y/o registros de evolución e incidencias, de los profesionales de las unidades/servicios del Hospital” (Ítem. 27): con un 62,1% de respuestas con carácter negativo.
  - “Surgen problemas en la atención de nuestros pacientes hospitalizados como consecuencia de los cambios de turnos y/o registros de evolución e incidencias,



de los profesionales de las unidades/servicios del Hospital” (ítem. 33): con un 57,1% de respuestas con carácter negativo.

#### d. Conclusiones finales.

- La *antigüedad y permanencia de los profesionales en el puesto de trabajo* son una fortaleza del PRCPEX, ya que les permiten conocer todos los riesgos y posibilidades de eventos adversos en sus pacientes.
- Esta fortaleza puede verse debilitada a su vez, por la autoconfianza de los profesionales y la sensación de ser infalibles en su práctica diaria sobradamente conocida, pero a la vez influenciada por el actual aumento de la presión asistencial, la falta de sustitución de los profesionales, etc. Esta autoconfianza y seguridad en sí mismos, en parte se ve reflejada en el resultado de la calificación global del clima de seguridad que perciben los profesionales, y se confronta con otros ítems que contradicen esa percepción, tales como la notificación de eventos adversos.
- Otra de las fortalezas obtenidas es el *Trabajo en equipo en los ESCP*, conseguida desde la definición del *ESCP* como equipo multidisciplinar, en el que su funcionalidad no se entiende sin el trabajo conjunto y coordinado de todos los profesionales que lo constituyen.
- Otra dimensión considerada fortaleza es la *frecuencia de los eventos notificados*. Como ya se ha comentado antes, este resultado entra en contradicción con el resultado obtenido en el ítem 87, en el que se recoge que el 76% de los profesionales no han notificado ningún evento adverso en el último año.
- Es necesario aclarar que este análisis de la cultura de seguridad del paciente en el PRCPEX se realizó como punto de inicio de la *Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos*, sin que los profesionales hubieran recibido formación ni información sobre seguridad del paciente en ese momento.
- Esta situación, junto a las contradicciones encontradas en los resultados del análisis de cultura, justificaron la necesidad de llevar a cabo una serie de actividades formativas. Entre las actividades formativas llevadas a cabo destacan los talleres sobre cultura de seguridad de pacientes que han organizado los miembros del grupo CALPALEX en sus ESCP dirigidos a todos los profesionales del Programa. Todos los talleres se plantearon con el objetivo de aclarar conceptos y nuevas formas de trabajo e introducir cultura de seguridad de los pacientes y gestión del riesgo sanitario en el PRCPEX.
- Entre las debilidades destaca por su resultado la dotación de personal, haciendo referencia al tiempo que se tarda en cubrir los días de libranza o bajas laborales, llegando incluso a no cubrirse. Esto hace que en muchas ocasiones haya equipos con un número insuficiente de profesionales, soportando una carga excesiva de trabajo que origina riesgos de errores por sí misma.
- Con el objetivo de monitorizar la evolución de la cultura y clima de seguridad del paciente en el PRCPEX, está previsto realizar otra medición de la misma en un periodo breve de tiempo, tras el desarrollo de alguna de las líneas de intervención de la *Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos* del PRCPEX.

### 3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. M. García-Barbero. La Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Monografías Humanitas., 8 (2005), pp. 209-220

2. R. Mir-Abellán. Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente y en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. Gaceta Sanitaria. Vol 31, Mar 2017. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-actitudes-frente-cultura-seguridad-del-articulo-S0213911116301777#bib0080>

3. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. BMJ Qual Saf 2011;20:338-43.

4. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in health care organizations. Qual Saf Health Care. 2003;12 (suppl II):1117-1123.

5. Rocco C. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev. Med. Clin. Condes-2017;28 (5)785-795.

6. Flin R, Mearns K, O'Connor P and Bryden R. Measuring safety climate: identifying the common features. [Internet] Safety Science, Vol 34(1-3), Feb 2000, 177-192.

7. Improving patient and worker safety. Opportunities for synergy, collaboration and innovation. [Internet] Joint Commission, 2012. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/tjc-improvingpatientandworkersafety-monograph.pdf>.

8. El-Jardali F, et al. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. BMC Health Serv Res. 2011; 24;11-45.

9. Saturno, PJ. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Disponible en : [http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf)

10. Cuestionario cultura en ámbito hospitalario [https://www.seguridaddel-paciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](https://www.seguridaddel-paciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf).



# 4

CAPÍTULO

## **PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES Y CUIDADORES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS.**

*M<sup>a</sup> Ángeles Martín Fuentes de la Rosa*





# 1. MARCO CONTEXTUAL Y PLANIFICADOR DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES Y CUIDADORES EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Atendiendo a la participación de los pacientes en el marco de los Principios Bioéticos que se aplican en la medicina clínica, cabe destacar el Principio de Autonomía. Este Principio se basa en el respeto a la capacidad de decisión de los pacientes en aquellas cuestiones de salud relativas a su persona.

En la práctica clínica diaria, la mejor forma de cumplir el Principio de Autonomía es llevar a cabo una *atención centrada en el paciente*. Para ello se requiere reorganizar las prestaciones sanitarias pensando en el paciente, e implicándolo activamente en la toma de decisiones. En este contexto, la comunicación profesional sanitario-paciente toma un protagonismo relevante, suponiendo un reto para todos los profesionales en cuanto a la necesidad de mejorar sus habilidades de comunicación y transmisión de información<sup>1</sup>.

Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud

Período 2015-2020

El primer referente documental acerca de la participación de los pacientes en la Seguridad, es publicado por la National Patient Safety Foundation's (NPSF), en el año 2001, bajo el título *Agenda Nacional Para la Acción de Pacientes y Familiares en la Seguridad del Paciente* e iba apoyado con el lema "Nada para mí sin mí"<sup>2</sup>.

En el año 2004, la Organización Mundial de la Salud lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, siendo una de sus esferas de acción la de *Pacientes en Defensa de su Seguridad*. En esta esfera se pretendió dar voz colectiva a consumidores, ciudadanos, pacientes y cuidadores. La iniciativa "*Pacientes en Defensa de su Seguridad*" puso el acento en el importante papel que pueden desempeñar los pacientes y usuarios en la acción dirigida a mejorar la calidad y seguridad de la atención médica en todo el mundo<sup>3</sup>.

En el seno de la III Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente organizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2007, se hizo pública la *Declaración de los Pacientes por la Seguridad del Paciente*, en la que defienden su derecho a implicarse en las Estrategias de Seguridad para conseguir una mayor calidad de la atención sanitaria. Todo esto se contextualiza en el marco de las políticas sobre Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud.

En la actual Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015 – 2020<sup>4</sup>, aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS en julio de 2015, se recoge



**Imágenes.** Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud y Plan Estratégico de Seguridad del Paciente en Extremadura vigentes actualmente. Próximamente se publicará el nuevo Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes de Extremadura 2019 - 2023.

como uno de sus objetivos principales el *Promover la participación de pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente*. En esta estrategia nacional se invita a promover que el paciente/cuidador reciba información completa y fácilmente comprensible sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva, facilitando una toma de decisiones compartida con el profesional/equipo que le atiende. Además de promover la formación de los pacientes/cuidadores sobre su enfermedad, los cuidados que requiere y los riesgos que conlleva la atención sanitaria y su prevención.

En la Comunidad Autónoma de Extremadura, en su Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del Servicio Extremeño de Salud 2011 – 2016<sup>5</sup>, se recoge la *Participación Ciudadana* como una línea de acción, cuyo objetivo principal es hacer partícipes a los usuarios en cuestiones de seguridad de pacientes, involucrándolos activamente en la identificación precoz de riesgos y problemas durante su asistencia, tratamiento y cuidados, diseñando y llevando a cabo un programa formativo dirigido a pacientes y usuarios en esta materia, entre otras actuaciones. En el nuevo Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2019 - 2023 que se está elaborando, se mantiene el fomento de la participación de los pacientes y de la ciudadanía por su seguridad, convirtiéndola en una línea estratégica.

## 2. LA PARTICIPACIÓN DE PACIENTES Y CUIDADORES COMO LÍNEA DE INTERVENCIÓN EN LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS DE EXTREMADURA.

En consonancia con la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015 - 2020 y las líneas estratégicas del Plan de Seguridad de Pacientes de Extremadura, la *Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos* incluye entre sus líneas de intervención la Participación de Pacientes y Cuidadores.

Los usuarios del sistema sanitario, tanto pacientes como familiares, son una pieza clave en la gestión de la seguridad, al ser testigos y sujetos centrales de las intervenciones sanitarias<sup>1</sup>.



Imagen. Líneas de intervención de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos del PRCPEX. Fuente: Elaboración propia.



Es por ello, que desde el PRCPEX se ha planteado como objetivo implicarlos en la gestión de su seguridad, para convertirlos en una importante fuente de información y aliados en los procesos de mejora.

El PRCPEX engloba la participación de los cuidadores en la misma línea de intervención de los pacientes, ya que en el Proceso de Atención al Final de la Vida el cuidador toma un papel relevante, convirtiéndose en muchos casos en el gestor del tratamiento, cuidados y complicaciones del paciente y el vehículo de comunicación con los profesionales implicados.

### 3. LOS CUIDADORES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE.

Tal y como se ha comentado en el primer capítulo, los *cuidados paliativos o Proceso de Atención al Final de la Vida*, es la atención directa al paciente en la fase final de su enfermedad, cuando no existen posibilidades razonables de tratamientos curativos, y de su familia<sup>6</sup>. Estos se caracterizan por la priorización del control de los síntomas y las medidas de confort.

Dicha atención se le proporciona allí donde el paciente y su familia quieran permanecer, ya sea una unidad de hospitalización, un centro sociosanitario o su domicilio.

En el domicilio, el cuidador principal se convierte en el pilar fundamental del cuidado del paciente en el proceso de morir, pues es quien asume la responsabilidad a la hora de proporcionar los cuidados necesarios, siendo el nexo de unión con el equipo asistencial y dando continuidad a la labor del mismo.

#### a. Labor del cuidador en el domicilio del paciente.

Entre las tareas que el cuidador desempeña en el domicilio del paciente, predomina la atención y ayuda, más o menos intensa, en las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, higiene o movilización), además de la gestión de las actividades instrumentales necesarias para el paciente, como pueden ser consultas médicas y gestión doméstica y de la economía. En muchos casos, este cometido lo realiza sin dejar de atender sus obligaciones laborales o de cuidado de otros miembros vulnerables del entorno familiar (niños, ancianos o personas discapacitadas a su cargo).<sup>7</sup>

Otra de las tareas fundamentales que desempeña el cuidador en el domicilio del paciente es el acompañamiento y escucha que el paciente requiere en esta situación vital única<sup>7</sup>, esencial en el proceso de atención en el que se ve inmerso el paciente.

También asume la detección y evaluación de complicaciones y cambios en la situación de terminalidad del paciente, siempre desde una perspectiva “no sanitaria”. A esta situación hay que sumar la complejidad de la carga emocional que esta situación supone tanto al paciente como al cuidador<sup>8</sup>.

Es por ello que en muchas ocasiones, el cuidador también es receptor del apoyo y los cuidados del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos y demás profesionales sanitarios.

Una de las actividades de las que se ocupa y que merece una reseña aparte, es la



administración de la medicación prescrita en domicilio para el control y alivio sintomático del paciente. Esta labor, en la mayoría de los casos, se lleva a cabo sin una formación específica ni una información o instrucciones claras, teniendo que enfrentarse sólo al momento de administración de fármacos, incluso por vías distintas a la oral, y a menudo, en situaciones de descompensación<sup>9</sup>. Todas estas circunstancias hacen que el cuidador viva con inseguridad, miedo y prejuicio el hecho de usar y administrar determinados fármacos, sin olvidar las demás tareas que realiza en el cuidado del paciente en situación terminal.

## 4. EXPERIENCIA DE PARTICIPACIÓN DE LOS CUIDADORES EN LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS DE EXTREMADURA: GRUPO FOCAL CON CUIDADORES EXPERTOS.

Con el objetivo de conocer la experiencia vivida por los cuidadores de pacientes del PRCPEX durante el Proceso de Atención al Final de la Vida en sus domicilios, así como sus percepciones, miedos e inseguridades, desde el Grupo CALPALEX se realizó un análisis cualitativo de estos, a través de la técnica de Grupo Focal.

Los Grupos Focales son una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador. En este caso la temática elegida fue las funciones que como cuidador desempeñaba en el domicilio del paciente y su relación con el PRCPEX y el equipo de soporte cuidados paliativos de referencia. El propósito principal del grupo focal fue hacer surgir en los participantes actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y analizar sus reacciones acerca de la temática planteada.

### a. El Grupo de Cuidadores Expertos.

Los participantes se seleccionaron de forma específica cuando cumplían los siguientes requisitos:

- Haber sido cuidador de un paciente incluido en el PRCPEX.
- Haber sido cuidador principal del tipo formal, informal o familiar.
- Tener resuelta la fase de duelo por la muerte de su paciente o familiar al que cuidaba.
- Tener varios años de experiencia como cuidador.
- Aceptar y firmar el consentimiento informado de participación.

Además, debían confirmarnos que habían desempeñado dos tipos de tareas:

- Tareas Generales: cuidar y acompañar a persona/familiar enfermo en fase terminal.
- Tareas Específicas: organizar, administrar y controlar medicamentos en domicilio.

Con estas condiciones se constituyó un Grupo de Cuidadores Expertos que presentaban cierta heterogeneidad que resultó ser facilitadora para la profundización del tema propuesto desde distintas perspectivas.

#### **b. Puntos claves durante el desarrollo del grupo focal.**

En el desarrollo del Grupo Focal, se recogió información sobre la experiencia vivida, las percepciones, miedos y prejuicios que ellos habían tenido con respecto al cuidado de pacientes en el domicilio y la asunción de funciones relacionadas con la administración de medicamentos.

Para ello se trataron los siguientes puntos clave:

- Primer contacto con el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de referencia.
- Síntomas y tratamientos del paciente.
- Organización de los fármacos.
- Manejo y administración del tratamiento prescrito.
- Efectos adversos: situaciones vividas.
- Motivos de la finalización o abandono del tratamiento.
- Temores, pensamientos y miedos.

#### **c. Resumen de los resultados obtenidos.**

Los principales resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Esperaban al Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos como “la solución”, aunque también referían gran confianza y apoyo recibido de sus Equipos de Atención Primaria.
- El cuidador tenía como ocupación principal el cuidado del paciente. No les quedaba tiempo para otra actividad.
- Los pacientes presentaban síntomas muy descontrolados y el cuidador tenía miedo a la aparición de nuevos síntomas, o bien, efectos secundarios del tratamiento que los pacientes estaban recibiendo.
- La organización previa del plan terapéutico era aleatoria y diferente en cada caso, en función del profesional de los diferentes ámbitos de actuación (Equipo de Cuidados Paliativos, Equipo de Atención Primaria, Centro Sociosanitario...) que le atendiera.
- La negativa del paciente a tomar el tratamiento prescrito generaba ansiedad, miedo y falta de control del cuidador.
- El cuidador refería sentir pánico ante la posibilidad de cometer errores al administrar las dosificaciones prescritas o confundir los fármacos.
- Durante la labor de cuidador, cuando les surgieron dudas o tuvieron que actuar en situaciones difíciles, cada cuidador expresó haberlas resuelto de forma diferente: contactando con su Equipo de Atención Primaria, 112 o el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. En algún caso consultaron en Internet, llamaron a otro familiar, etc.

- Ante la pregunta de *¿Qué hubieran necesitado en el tiempo que fueron cuidadores de un paciente al final de la vida en su domicilio?*, respondieron que “haber tenido más información sobre cuidados”. También pidieron haber tenido un teléfono de consulta y tener visitas regulares del Equipo de Cuidados Paliativos, Equipo de Atención Primaria o demás profesionales sanitarios de referencia del paciente.

#### d. Conclusiones finales.

Con esta experiencia se fomentó la participación de los cuidadores en los procesos de toma de decisiones sanitarias en cuidados paliativos, tal y como recomiendan las directrices nacionales e internacionales en materia de participación y autonomía de pacientes y cuidadores.

A su vez nos permitió reconocer, a través de un sistema participativo, la experiencia de los cuidadores con los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos, y tenerla en cuenta a la hora de evaluar y mejorar los servicios del PRCPEX.

Estos resultados han sido utilizados para elaborar el mapa de riesgo de los cuidados paliativos de Extremadura y para orientar la adopción de medidas de mejora de los recursos relacionados.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Elvira L, Rodríguez B. Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental. Junta de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud. 2011.

2. Casal JM, Sierra Eduardo. Pacientes por la Seguridad de los Pacientes. En: Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ. La Gestión Sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. 2ªEdc. Fundación Mapfre. 2017.

3. Pacientes en Defensa de su Seguridad. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/es/](https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/es/)

4. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015 – 2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016, Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>

5. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del Servicio Extremeño de Salud. Junta de Extremadura. 2011. Disponible en: [https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded\\_files/Asegurado%20en%20otro%20Estado%20de%20la%20UE/plan\\_estrat%20C3%A9gico\\_seguridad\\_pacientes.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Asegurado%20en%20otro%20Estado%20de%20la%20UE/plan_estrat%20C3%A9gico_seguridad_pacientes.pdf)

6. S.E.C.P.A.L. Guía de Cuidados Paliativos. Disponible en: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>

7. Astudillo W, Mendinueta C, Granja P. "Como apoyar a un cuidador de un enfermo en el final de la vida". Psicooncología. Vol.5, Nº 2-3, 2008, pp 359-381

8. Guerra Arencibia, V. M." Influencia de la formación de los cuidadores principales en la mejora de la asistencia a pacientes terminales en domicilio". Nure Investigación. Nº 15. Mayo 2005

9. Rodríguez Gomes, A.M. "El cuidador y el enfermo en el final de la vida-familia y/o persona significativa. Enfermería global. Febrero 2010





**5**  
CAPÍTULO

# USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN CUIDADOS PALIATIVOS.

*Beatriz Rodríguez Pérez*







# 1. INTRODUCCIÓN A LA SEGURIDAD EN EL USO DE LOS MEDICAMENTOS: ERRORES DE MEDICACIÓN.

La *seguridad en el uso de los medicamentos* se define como “el hecho de estar a salvo de lesiones accidentales durante el uso de medicamentos; actividades para evitar, prevenir o corregir eventos adversos que pueden derivar del uso de los medicamentos”<sup>1,2</sup>.

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) define a los *errores de medicación* como: “cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas.”<sup>3</sup>

MJ Otero, en sus múltiples referencias bibliográficas, clarifica la definición de *errores de medicamentos* en los siguientes términos: “Cualquier incidente prevenible que puede causar o no daño al paciente y que ocurre, por acción u omisión, en cualquiera de los procesos del sistema de utilización de los medicamentos”<sup>4</sup>. En esta definición se recalcan tres aspectos importantes:

- El carácter prevenible de los errores de medicación.
- El hecho de que no todos los errores causan daños.
- Las causas pueden ser tanto por acción como por omisión.

Hace unos años se consideraban sólo como *errores de medicación* a las desviaciones o diferencias entre la orden médica y la medicación que el paciente realmente recibía, y se centraban principalmente en los errores de transcripción, dispensación y administración<sup>5</sup>. Sin embargo, hoy en día en esta definición se incluyen los errores de prescripción y seguimiento, puesto que además estos suponen aproximadamente la mitad de los errores que se detectan y son los responsables de los acontecimientos adversos de mayor gravedad para los pacientes<sup>6,7</sup>.

El sistema de utilización de los medicamentos se caracteriza por su complejidad ya que implica un conjunto de procesos, tales como la selección, prescripción, validación, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, educación, administración, utilización y seguimiento. Esto conlleva un mayor riesgo de que se produzcan errores y de que estos, a su vez, causen efectos adversos a los pacientes. A esta complejidad hay que añadirle las actuaciones, decisiones clínicas e interconexiones asociadas a cada uno de sus componentes, así como los múltiples profesionales sanitarios y no sanitarios que intervienen en los mismos (incluyendo los propios pacientes), su creciente especialización, la variedad de procedimientos, etc.<sup>7</sup>

Además, otro factor que también favorece la producción de errores, es la cultura de seguridad de los profesionales sanitarios, la cual es tan escasa que tiende a dificultar la comunicación abierta y el aprendizaje de los errores asistenciales y sus causas.

Los errores de medicación se deben analizar como errores del sistema. Nunca se deben considerar como errores humanos, pensando que la solución se limita a encontrar al individuo “culpable” del error. No se trata de buscar QUIÉN causó el error, sino de analizar QUÉ circunstancias motivaron el error<sup>8</sup>, para luego buscar e implantar alguna medida de prevención

y mejora. Para ello es necesario la participación y el esfuerzo de todos los implicados en el sistema de utilización de los medicamentos, para lograr evitarlos.

En esta introducción a los errores de medicamentos, es interesante conocer otro concepto que puede llevar a confusión a la hora de detectar y reconocer estos errores. Nos referimos a los *Acontecimientos Adversos por Medicación* (AAM).

Los AAM son cualquier daño causado por el uso terapéutico (o por la falta de uso) de un medicamento<sup>9</sup>. Estos pueden ser:

- Prevenibles; cuando el daño está causado por un error de medicación.
- No prevenibles; cuando el daño se produce sin que exista ningún error. Estas son las conocidas como *Reacciones Adversas a Medicamentos* (RAM).

### a. Frecuencia de los eventos adversos relacionados con medicación.

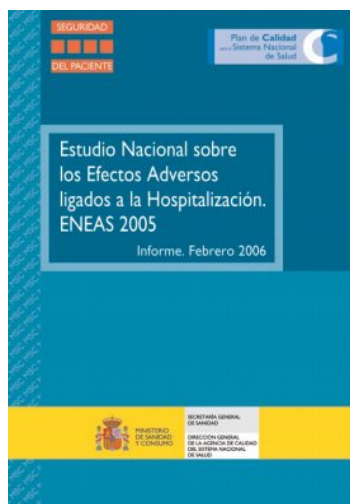
En España, desde el año 2005, se han llevado a cabo varios estudios en distintos entornos asistenciales, para conocer la incidencia de los eventos adversos, sus causas e impacto.

Por todos es bien conocido que actualmente los medicamentos son el recurso más utilizado en la práctica clínica asistencial. Esto justifica que la conclusión de los estudios sobre incidencia de eventos adversos que se han llevado a cabo sea que uno de los tres tipos de eventos adversos más frecuentes en la mayoría de los ámbitos asistenciales esté relacionado con la medicación.

A continuación hacemos un repaso por los principales trabajos de investigación y sus resultados relacionados con el uso de la medicación:

- **Estudio ENEAS (2005). “Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización”<sup>10</sup>.**

Los objetivos de este estudio fueron determinar la incidencia de efectos adversos en los hospitales de España, describir las causas inmediatas, definir la evitabilidad y conocer el impacto en términos de incapacidad, éxitus y/o prolongación de la estancia hospitalaria.



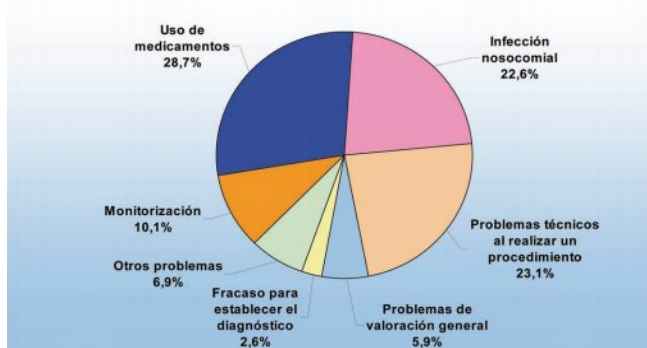
El estudio ENEAS concluyó que la incidencia de efectos adversos en los hospitales españoles estaba en el 9,3% y que casi la mitad de ellos (42,6%) podrían haberse evitado. En cuanto al impacto de estos efectos se concluye que el 55% se consideraron moderados o graves; en un 25% condicionaron el ingreso del paciente y el 31,4% provocaron un incremento de la estancia.

Tal y como se muestra en la siguiente gráfica extraída del Informe ENEAS (2005), las tres causas inmediatas de ocurrencia de un efecto adverso estuvieron relacionadas con la medicación, infecciones nosocomiales o problemas técnicos al realizar un procedimiento.

Imagen. Portada del Estudio ENEAS.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Gráfica 23.- Naturaleza del problema principal del EA



Fuente: JM Aranaz. Informe ENEAS (2005).

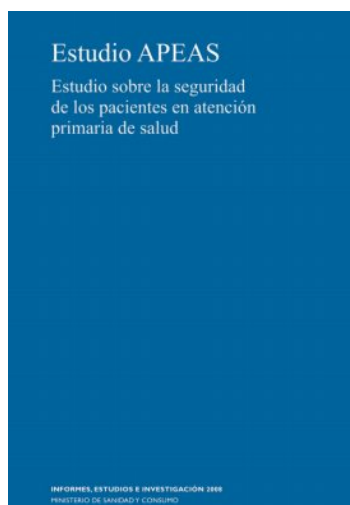


Imagen. Portada del Estudio APEAS  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

• **Estudio APEAS (2007): Estudio sobre la Seguridad del Paciente en Atención Primaria de Salud<sup>11</sup>.**

Los objetivos de este estudio fueron identificar los sucesos adversos (incidentes con daño más incidentes sin daño) que se derivan de la asistencia sanitaria en Atención Primaria, estimando su frecuencia y describir los tipos de eventos adversos (incidentes con daño) analizando los factores que contribuyen a su aparición.

La prevalencia de pacientes con sucesos adversos fue del 18,63‰ y la de eventos adversos fue del 11,18‰.

En el 48,2% de los casos los factores causales de los eventos adversos estaban relacionados con la medicación, en el 25,7% con los cuidados, en el 24,6% con la comunicación y en el 13,1% con el diagnóstico. Además, el estudio APEAS concluye que el 70,2% de los eventos adversos registrados son claramente evitables.

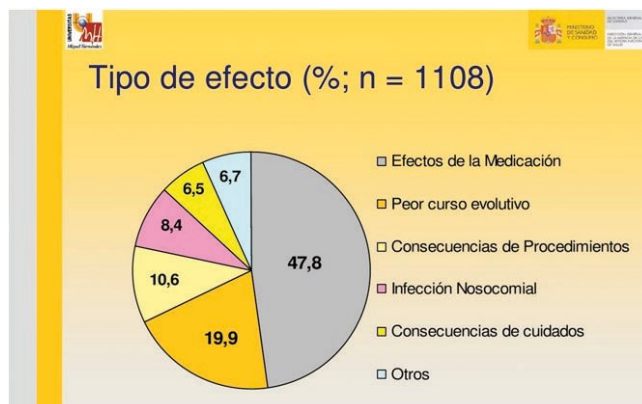
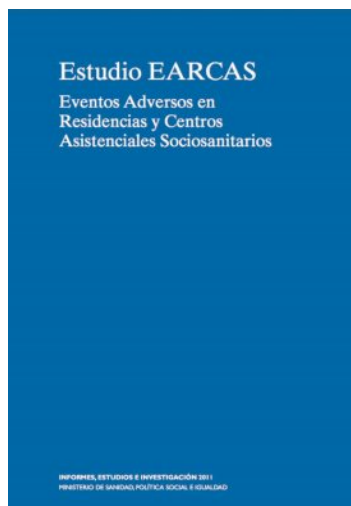


Imagen. Presentación Informe APEAS. Fuente: JM Aranaz (Referencia bibliográfica nº 12)

Si nos fijamos en el tipo de efecto que ocasiona el evento adverso, tal y como muestra la siguiente gráfica extraída de una presentación del Dr. Aranaz sobre el Estudio APEAS<sup>12</sup>, el 47,8% son efectos de la medicación.

- **Estudio EARCAS (2011): Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios<sup>13</sup>.**



**Imagen.** Portada del Estudio EARCAS.  
Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Este estudio, desarrollado con metodología cualitativa, plantea entre sus objetivos determinar los riesgos más relevantes de la asistencia sanitaria en estos centros, estimando cuáles son los incidentes y eventos adversos más comunes, identificando sus factores contribuyentes y detectando las barreras para mejorar la seguridad del paciente.

Entre los resultados obtenidos cabe destacar que los incidentes y eventos adversos que con más frecuencia aparecen en centros residenciales y centros asistenciales sociosanitarios son los relacionados con los cuidados proporcionados a los pacientes, seguidos de los relacionados con la medicación (incluyendo los errores de medicación y los acontecimientos adversos) y las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

Como se puede observar, a pesar de estar desarrollados por distintas metodologías, estos tres estudios presentan resultados muy similares, situando los eventos adversos relacionados con la medicación en el primero o segundo puesto de la lista de eventos adversos más frecuentes. En la siguiente tabla sacada del estudio EARCAS<sup>13</sup> se hace una comparativa de los tres estudios, en el que se detallan los resultados más destacables.

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

**Imagen.** Características de los eventos adversos en los estudios ENEAS, APEAS y EARCAS.  
Fuente: Estudio EARCAS<sup>13</sup>

- **Otros estudios nacionales:**

Además de los estudios descritos anteriormente, disponemos de otros estudios similares que analizan los eventos adversos ocurridos en otros entornos asistenciales, tales como:

- **Estudio SYREC (2007):** Estudio de Incidentes y Eventos Adversos en Medicina Intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico<sup>14</sup>.
- **Estudio EVADUR (2009):** Estudio de Eventos Adversos ligados a la Asistencia en los Servicios de Urgencias de Hospitales Españoles<sup>15</sup>.

### **b. Errores de medicamentos en el domicilio de los pacientes.**

Como ya hemos comentado, el Proceso de Atención al Final de la Vida puede darse tanto en instituciones sanitarias (centros de salud, hospitales, centros residenciales y centros sociosanitarios), como en el domicilio del paciente, siendo este último el entorno más frecuente de asistencia.

Desde el punto de vista de la seguridad del paciente, la seguridad domiciliaria apenas ha sido abordada y desarrollada. De hecho muchos pacientes atendidos en su domicilio han experimentado algún evento adverso<sup>16</sup>.

En varios estudios a nivel internacional<sup>17,18,19</sup>, se ha constatado que entre los eventos adversos más frecuentes que se dan en el domicilio del paciente se encuentran los efectos adversos derivados de los errores de medicación, siendo éstos los más estudiados desde el punto de vista de la seguridad del paciente en su domicilio. Entre los resultados más significativos podemos reseñar que el 5% de los pacientes atendidos en su domicilio habían padecido algún tipo de evento adverso por medicamentos durante la semana anterior<sup>20</sup> y el 25 % en los últimos 3 meses<sup>21</sup>. Entre los factores contribuyentes se encuentra la comunicación deficiente entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales y de distintas especialidades y el paciente, sus familiares y cuidadores<sup>22</sup>.

En la seguridad domiciliaria cabe destacar el rol y responsabilidad de los pacientes, pero también la de sus cuidadores, la mayoría de ellos familiares y no profesionales. Los cuidadores son un grupo especialmente vulnerable con un mayor riesgo de desgaste, fatiga y depresión. En el domicilio, pacientes y cuidadores adoptan cada vez más funciones típicas de los profesionales, lo que conlleva que cometan también errores graves e importantes. Si un familiar o cuidador comete un error, por acción u omisión, sufrirá la misma carga emocional que soporta el profesional, a lo que se suma la terrible experiencia de haber perjudicado a alguien que le es cercano<sup>16</sup>.

En el caso de los pacientes con necesidades de cuidados paliativos que son atendidos en sus domicilios, sus familiares y cuidadores se enfrentan a la preocupación adicional de estar acelerando su muerte como consecuencia de un uso inadecuado de la medicación<sup>23</sup>. En estos casos, se recomienda que además de proporcionar ayuda y formación a los cuidadores, también tendremos que analizar cómo proporcionarles apoyo en el caso de que se cometa un error grave; una cuestión que en la actualidad no se ha abordado en absoluto<sup>16</sup>.

### **c. Errores de medicación de los propios pacientes y cuidadores.**

Cuando hablamos de errores de medicación, normalmente se piensa en errores de los profesionales. Pero como hemos visto en el apartado anterior, los pacientes y cuidadores en el entorno domiciliario, también cometen errores al usar, y en muchos casos administrar, medicación prescrita.



De este modo podemos definir los errores de medicación del propio paciente (atribuible también a los cuidadores), como el fracaso para llevar a cabo la toma de un medicamento de la forma planificada; o bien, el uso equivocado de un medicamento conforme a la prescripción recibida<sup>24</sup>.

El profesor JJ Mira clasifica estos errores de medicación en función del tipo de intervención necesaria por parte del paciente<sup>24</sup>:

- Errores derivados de alguna acción por parte del paciente. Ejemplos; error de cálculo de las dosis, conservarlo en un lugar equivocado, etc.
- Errores derivados de no disponer de la información correcta, confundir instrucciones u olvidos de las indicaciones y prescripciones médicas.

Según la bibliografía consultada, para reducir estos tipos de errores, en muchas ocasiones, informar al paciente o al cuidador no es suficiente para que entiendan y asuman dicha información y sean capaces de seguir las indicaciones prescritas. Es por ello que para minimizar estos errores se recomienda mejorar la calidad de la relación profesionales-pacientes a través una buena comunicación, facilitando una información verbal clara y ofreciendo instrucciones e indicaciones por escrito.

Otra forma de reducir los eventos adversos relacionados con los errores de medicación de los pacientes y cuidadores, es fomentar el papel activo de estos, para que tomen un rol más dinámico, e incrementar su alfabetización en salud y su implicación en su autocuidado o cuidados del paciente, respectivamente.

## 2. USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE EXTREMADURA.

En el contexto de la *Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos* se aborda el uso seguro de los medicamentos como la tercera línea de intervención. En cuidados paliativos, esta línea de intervención cobra importancia por todo los argumentos explicitados en los apartados anteriores.

Para el desarrollo de esta línea de trabajo, desde el PRCPEX se detectó la necesidad de diseñar y desarrollar un proyecto que impulsase prácticas seguras para la prevención de errores de medicación.

Sin salirnos de las directrices marcadas a nivel nacional y regional en materia de seguridad del paciente

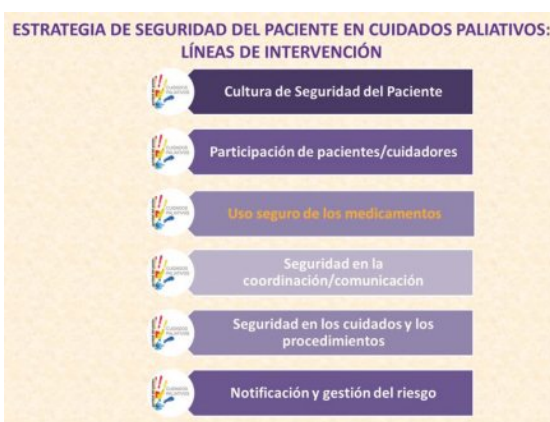


Imagen. Líneas de intervención de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos del PRCPEX.  
Fuente: elaboración propia.

y cuidados paliativos, se planteó el *Proyecto Uso seguro de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos*.

### 3. PROYECTO USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL DOMICILIO DE PACIENTES CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS.

#### a. Contextualización institucional.

Este proyecto nace en el contexto de la *Estrategia de Seguridad del Paciente Cuidados Paliativos* y está respaldado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud y la Fundación para la Formación e Investigación de los Profesionales de la Salud de Extremadura (Fundesalud).

#### b. Grupo de Expertos.

Tanto para el planteamiento como para el desarrollo, el proyecto ha contado con la coordinación de Beatriz Rodríguez, enfermera referente de seguridad del paciente de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES y M<sup>a</sup> José Redondo, Coordinadora del PRCPEX, y la participación de un Grupo de Expertos constituido por algunos profesionales del Grupo de Calidad del PRCPEX, CALPALEX.

#### Grupo de trabajo: Proyecto del Uso Seguro del Medicamento en C. Paliativos



**Imagen.** Miembros del Grupo de Expertos del Proyecto.  
Fuente: Elaboración propia.





**Imágenes.** Momentos de trabajo y formación del Grupo de Expertos durante el desarrollo del Proyecto.  
Fuente: Elaboración propia.

### c. Justificación y diagnóstico de la situación de partida del proyecto.

Dentro de las actuaciones enmarcadas dentro del PRCPEX se encuentra el fomento de la seguridad del paciente, pero también la mejora de la atención a la familia y, en especial, al cuidador principal.

Como queda ampliamente descrito en el capítulo anterior, el cuidador principal es quien atiende y proporciona cuidados a la persona enferma en su domicilio, a la vez que es receptor del apoyo del equipo asistencial. Una de las labores más complicadas de los cuidadores y que implican mayor riesgo es el manejo y la administración de fármacos indicados para el alivio sintomático del paciente.

De los fármacos que el cuidador principal maneja en el domicilio del paciente atendido por los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos, se encuentran algunos de los identificados por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP)<sup>25</sup> como “*Medicamentos de Alto Riesgo*”, como son el Cloruro Mórfico y otros fármacos opioides, Neurolépticos (Haloperidol, Levomepromacina, Clorpromacina...), Benzodiacepinas (Midazolam...), entre otros.

Los “*Medicamentos de Alto Riesgo (MAR)*” son aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una gran probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes<sup>26</sup>.

A esta situación de uso y manejo de los MAR se le añade el riesgo de ser administrados por un cuidador no profesional que solo cuenta con breves instrucciones y recomendaciones, relacionadas con el uso seguro de medicamentos, dadas por los profesionales de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos en la consulta o en la visita domiciliaria y, que luego se enfrenta por sí solo al momento de la administración del medicamento prescrito. Es, en ese momento, cuando afloran las dudas, los miedos, los prejuicios... que hacen que exista una alta probabilidad que ocurran efectos adversos o incidentes relacionados con el mal uso del medicamento.



Imagen: Funciones del cuidador principal del paciente del PRCPEX en el domicilio.  
Fuente. Elaboración propia.



**Imagen:** Ejemplos de Medicamentos de Alto Riesgo utilizados en Cuidados Paliativos.  
Fuente. Elaboración propia.

Siendo conscientes de esta realidad y, actuando en consonancia con el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, la Estrategia de Seguridad del Paciente y la de Cuidados Paliativos del SNS y, con uno de los objetivos del Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura, se planteó este proyecto como un programa de intervención para la formación y capacitación en uso seguro de medicamentos dirigida a cuidadores de pacientes incluidos en el PRCPEX atendidos en su domicilio.

Tomando como punto de partida las escasas nociones que sobre el uso seguro de medicamentos tienen los cuidadores, además de actuar en situaciones límites con los pacientes que generan alto grado de ansiedad, vimos necesario diseñar e implantar un programa de intervención para la formación y capacitación específica de los cuidadores principales en el manejo y administración segura del medicamento en el domicilio.

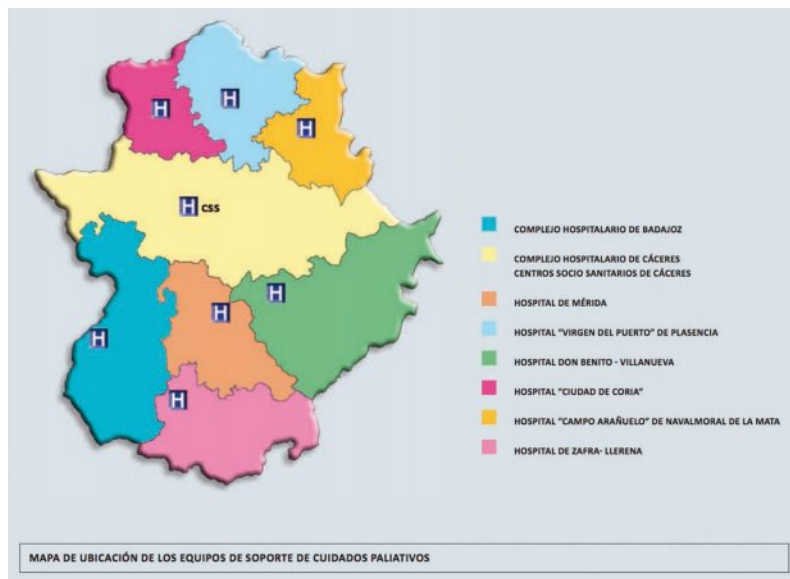
#### d. **Ámbito del proyecto**

El ámbito geográfico del proyecto es la Comunidad Autónoma de Extremadura a través de la estructura en red del PRCPEX.

El ámbito de atención sanitaria son las ocho Áreas de Salud de la Comunidad. En cada Área de Salud se ubica uno de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos que constituyen el PRCPEX. Con esta distribución de los Equipos se da cobertura a pacientes con enfermedades en fase avanzada de toda la Comunidad Autónoma.

Con respecto a la población diana, este planteamiento en red del PRCPEX nos permite llegar a todos los cuidadores principales de pacientes que se encuentran en el domicilio.

Los beneficios de desarrollar e implantar este proyecto van a repercutir, de manera directa, en los destinatarios finales, que van a ser todos los pacientes incluidos en PRCPEX con asistencia en su domicilio.



*Imagen. Localización de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura.*  
Fuente: Atención al Final de la Vida. Modelo organizativo de Extremadura. SES. 2011.<sup>27</sup>

### e. Objetivos del proyecto

El **objetivo general** del proyecto es formar, instruir y capacitar a los cuidadores principales de pacientes en domicilio con enfermedad en fase avanzada incluidos en el PRCPEX, en el uso seguro de medicamentos, a través de los profesionales del propio Programa, tratando de conseguir, además, una mejora del manejo y la técnica de administración, y por lo tanto, de la calidad en la atención prestada al paciente.

Este proyecto también está planteado para formar e informar a aquellos profesionales que atienden a los pacientes al final de la vida y que son de otro nivel asistencial o de nueva incorporación al PRCPEX.

Los **objetivos específicos** que nos planteamos en su diseño son los siguientes:

- Analizar la situación actual de cultura de seguridad del paciente en el PRCPEX y del uso de medicamentos en el domicilio desde la perspectiva de los profesionales y del cuidador principal.
- Identificar las áreas de riesgo en el uso de medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos.
- Elaborar y editar herramientas didácticas útiles para la instrucción y capacitación del cuidador principal y de los profesionales en la administración segura de medicamentos a pacientes en situación de enfermedad avanzada incluidos en el PRCPEX.
- Proporcionar educación para la salud y psicoeducación, relacionada con el uso seguro de medicamentos, a los cuidadores principales, desmitificando miedos y prejuicios que los familiares presentan ante la administración de determinados fármacos en el paciente en situación avanzada.



## f. Fases del proyecto

Para la consecución de los objetivos marcados en el *Proyecto Uso seguro de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos*, se han llevado una serie de intervenciones agrupadas en las siguientes Fases:



**Imagen.** Fases del Proyecto Uso seguro de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos. Fuente: elaboración propia.

### FASE I: ANÁLISIS DE SITUACIÓN ACTUAL.

- Análisis del clima y cultura de seguridad en los profesionales de los Equipos del PRCPEX <sup>4</sup>.
  - Uso de las versiones adaptadas y validadas por el Ministerio de Sanidad y la Universidad de Murcia de los cuestionarios sobre cultura de seguridad del paciente de *Hospital Survey on Patient Safety Culture* de la AHRQ y del cuestionario *Medical Office on Survey patient Safety Culture* (MOSPS). Revisión y estudio de las dimensiones de la cultura de seguridad.
  - Adaptación del cuestionario, con inclusión de otros ítems relacionados con la realidad en cuidados paliativos en el domicilio.
- Análisis cualitativo de las percepciones de inseguridad y miedos de los cuidadores principales en el uso y administración de medicamentos en domicilio, en la atención del paciente en situación terminal <sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Para ver la metodología utilizada y los resultados obtenidos véase el Capítulo 3.

<sup>5</sup> Para ver la metodología utilizada y los resultados obtenidos véase el Capítulo 4.

## **FASE II: IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS DEL PRCPEX.**

- Formación en cultura de seguridad del paciente y metodología AMFE de los miembros del Grupo de Expertos del proyecto.
- Análisis Modal de Fallos y Efectos en el proceso del uso de medicamentos en el domicilio de pacientes con enfermedad en fases avanzadas, desde la perspectiva del profesional y del cuidador principal.
- Elaboración del Mapa de los Riesgos <sup>6</sup>.

## **FASE III: PROTOCOLOS, LISTADOS DE VERIFICACIÓN, MATERIALES AUDIOVISUALES Y OTRAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

- Diseño y edición de material didáctico, ilustrativo y audiovisual sobre el uso seguro de medicamentos en domicilio, dirigidos a cuidadores principales de pacientes con enfermedad en fases avanzadas y a profesionales. Este material se elabora basándose en recomendaciones avaladas por la evidencia disponible, las aportaciones del Grupo de Cuidadores Expertos y utilizando un lenguaje comprensible para el cuidador principal. El objetivo es que estos materiales sirvan como herramientas de apoyo para la instrucción y capacitación del cuidador principal en la administración segura de medicamentos a pacientes incluidos en el PRCPEX <sup>7</sup>.
- Elaboración e implantación de otros tipos de medidas que incrementan la seguridad de los pacientes: protocolos, listas de verificación, etc.

## **FASE IV: FORMACIÓN, INSTRUCCIÓN Y CAPACITACIÓN DE CUIDADORES PRINCIPALES.**

- Instrucción, educación para la salud y psicoeducación, relacionada con el uso seguro de medicamentos, a los cuidadores principales de pacientes en situación terminal incluidos en el PRCPEX. Ésta se proporciona in situ en la consulta o visita domiciliaria y se adaptan a las necesidades y capacidades de los cuidadores principales. Este entrenamiento se reforzará en las visitas sucesivas del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos en el domicilio y por los demás profesionales que atienden al paciente, ya que disponen de materiales didácticos con información clara y detallada sobre aspectos específicos del uso de medicamentos de alto riesgo en cuidados paliativos.

## **FASE V: EVALUACIÓN, DETECCIÓN DE OTROS RIESGOS E IMPLANTACIÓN DE NUEVAS MEJORAS.**

- Evaluación de las acciones de mejoras relacionadas con el uso seguro de los medicamentos en el domicilio que han sido implantadas desde el PRCPEX.
- Evaluación de nuevos riesgos e implantación de nuevas oportunidades de mejoras.

<sup>6</sup> Para ver la metodología utilizada y los resultados obtenidos véase el Capítulo 6.

<sup>7</sup> Para ver la metodología utilizada y los resultados obtenidos véanse los Capítulos 7,8 y 9.

## 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Villafaina Barroso A, Rodríguez Pérez B, Ortiz Rodríguez O. Seguridad del paciente con el uso del medicamento; evidencias y estrategias prácticas. Laboratorio de Prácticas innovadoras en Polomedicación y Salud. 2015

2. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. 2009. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)

3. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCCMERP Taxonomy of medication errors, 1998. Disponible en: <http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>.

4. Otero Lopez MJ, Castaño Rodríguez B. Uso seguro del medicamento. Buenas prácticas. En Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ. Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Fundación Mapfre. 2008.

5. Allan EL, Barker KN. Fundamentals of medication error research. Am J Hosp Pharm 1990; 47:555-71.

6. Leape LL, Kabacoff A, Berwick DM, et al. Breakthrough Series Guide: Reducing adverse drug events. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 1998.

7. Otero MJ, Martín R, Robles M.D., Codina C. Errores de medicación.. Cap 2.14 pag 713 -749. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria disponible en <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap214.pdf>

8. Errores de medicación. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Delegación Española del ISMP. Disponible en <http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/19>

9. Otero-López MJ, et al. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. Med Clin (Barc). 2006; 126(3):81-7. Disponible en: [http://www.noble-arp.com/src/img\\_up/02032009.3.pdf](http://www.noble-arp.com/src/img_up/02032009.3.pdf)

10. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp2.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf)



11. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>

15. Tomás S, Chánovas M, Roquetas F, et al. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de los hospitales españoles. Rev. Emergencias 2010; 22: 415-428. Disponible en: <http://fidisp.org/wp-content/uploads/2017/05/EVADUR.pdf>

12. Aranaz JM. Presentación del Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: [https://es.slideshare.net/sanidadyconsumo/estudios-epidemiologicos-en-seguridad-del-paciente-eneas-ii-ibeas-apeas?qid=402c83b9-6dbf-4a13-8592-083379f6a043&v=&b=&from\\_search=1](https://es.slideshare.net/sanidadyconsumo/estudios-epidemiologicos-en-seguridad-del-paciente-eneas-ii-ibeas-apeas?qid=402c83b9-6dbf-4a13-8592-083379f6a043&v=&b=&from_search=1)

16. Vicent C, Amalbeti R. Seguridad del paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. Ed. Modus Laborandi. 2015. Disponible en: [https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad\\_del\\_paciente.pdf](https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf)

13. Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/earcas.pdf>

17. Madigan EA (2007) A description of adverse events in home healthcare. Home Healthc Nurse 25(3):191-197

18. Sears N, Baker GR, Barnsley J, Shortt S (2013) The incidence of adverse events among home care patients. International J Qual Health Care 25(1): 16-28

14. 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. Disponible en: [http://www.semicyuc.org/sites/default/files/syrec\\_0.pdf](http://www.semicyuc.org/sites/default/files/syrec_0.pdf)

19. Blais R, Sears NA, Doran D, Baker GR, Macdonald M, Mitchell L, Thales S (2013) Assessing adverse events among home care clients in three Canadian provinces using chart review. BMJ Qual Saf.

20. Ellenbecker CH, Frazier SC, Verney S (2004) Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatr Nurs* 25(3): 164-170

24. Mira Solves JJ. Los errores de medicación de los pacientes en casa. En: Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ. *La Gestión Sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes*. 2ª Edc. Fundación Mapfre. 2017.

21. Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM, Woodward M, Roberts MS (2005) Medication management at home: medication-related risk factors associated with poor health outcomes. *Age Ageing* 34(6):626-632

25. Relación de Medicamentos de Alto Riesgo. Actualización 2012. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. ISMP. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Medicamentos%20alto%20riesgo%202012.pdf>

22. Ellenbecker CH, Frazier SC, Verney S (2004) Nurses' observations and experiences of problems and adverse effects of medication management in home care. *Geriatr Nurs* 25(3): 164-170

26. Cohen MR, Smetzer JL, Tuohy NR, Kilo CM. High-alert medications: safeguarding against errors. En: Cohen MR

23. Payne S, Turner M, Seemark D, Thomas C, Brearley S, Wang X, Blake S, Milligan C (2014) Managing end of life medications at home-accounts of bereaved family carers: a qualitative interview study. *BMJ Support Palliat Care* 5(2):181-188.

27. Atención al Final de la Vida. Modelo organizativo de Extremadura. SES. 2011. Disponible en [https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded\\_files/Libro\\_atencion\\_al\\_final\\_de\\_la\\_vida.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/Libro_atencion_al_final_de_la_vida.pdf)



**6**  
CAPÍTULO

**GESTIÓN DEL RIESGO DEL USO  
DE MEDICAMENTOS  
EN EL DOMICILIO DE PACIENTES  
CON NECESIDADES DE  
CUIDADOS PALIATIVOS:  
AMFE Y MAPA DEL RIESGO.**

*Beatriz Rodríguez Pérez*





# 1. EL AMFE PARA UN USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL DOMICILIO DE PACIENTES CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Tal y como se detalla en el capítulo anterior, tras la fase de análisis de situación, el desarrollo del *Proyecto Uso seguro de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos* del PRCPEX continúa con la fase de identificación de los riesgos potenciales durante el uso de medicamentos en el domicilio de un paciente en fase avanzada.

Para la identificación de estos riesgos potenciales se ha utilizado una de las herramientas metodológicas de la gestión del riesgo sanitario conocida como Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE).

El AMFE, también conocido como Failure Mode and Effects Analysis (FMEA), es un instrumento analítico recomendado por el Institute Of Medicina (IOM) y la Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), como un procedimiento idóneo para lograr la seguridad en los procesos sanitarios<sup>1</sup>.

Sus antecedentes se remontan a los años 60, cuando se utilizó por primera vez en la industria aeroespacial militar norteamericana. En la década siguiente este método se aplicó a la industria automovilística, de la cual Ford fue la primera marca en utilizarlo, y se extendió al resto de la industria del automóvil<sup>2</sup>. Actualmente, se emplean también en otras muchas industrias de alto riesgo.

En sanidad se adaptó por primera vez por el National Centar for Patient Safety de EEUU en 1998. Su aplicación en España es muy reciente. Se empezó a utilizar en áreas concretas de urgencias, quirófanos, etc. Ahora se está extendiendo de manera progresiva al resto de áreas, departamentos y especialidades.

El AMFE es una herramienta que permite identificar las variables significativas de un proceso para poder determinar y establecer las acciones correctoras dirigidas a prevenir el fallo, o a la detección precoz del mismo si este se produce, evitando que llegue al paciente. Es un método sistemático, basado en el trabajo en equipo, que contribuye a identificar y prevenir los distintos modos de fallos que se pueden dar en un proceso, calculando la prioridad del riesgo de que se produzcan. También ayuda a identificar las causas de esos fallos, permitiendo actuar antes de que el fallo tenga algún efecto en el paciente<sup>3</sup>. Es decir, es un método sistemático y proactivo para la identificación de problemas.

Realmente el AMFE se debe aplicar cuando se diseñen nuevos procesos asistenciales, o estos sufran alguna modificación; pero también se puede aplicar una vez que están implantados, si se sospecha de la existencia de posibles causas de errores sobre las que podemos intervenir<sup>4</sup>, como es el caso del proceso de uso de medicamentos en el domicilio de paciente en cuidados paliativos que marca el objetivo del Proyecto desarrollado por el PRCPEX.

## 2. METODOLOGÍA AMFE: GESTIÓN DEL RIESGO DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL DOMICILIO DE PACIENTES CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PRCPEX.

A continuación explicamos brevemente las distintas fases de este tipo de análisis. El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social dispone de una serie de tutoriales formativos en los que se explica de forma detallada la metodología de esta herramienta.

Se recomienda su visualización a través del siguiente enlace, ya que el contenido detallado de cada fase excede de los límites de este capítulo. <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/formacion-gestion-riesgos-herramientas-asociadas-mejora-seguridad-del-paciente/>

### A. Fases del AMFE

El AMFE consta de una serie de etapas<sup>4,5</sup> que le dan el carácter sistemático que antes hemos descrito.

Existen dos fases previas que son fundamentales a la hora de llevar a cabo este análisis.

#### a. Selección del proceso a analizar

Es importante limitar el proceso a analizar, definiendo perfectamente el inicio y fin del mismo y teniendo en cuenta la probabilidad de los fallos y el número de personas que pueden verse afectadas por estos fallos. Con estos criterios se identifican el proceso a analizar, así como sus subprocesos, procedimientos y actividades que entrañan especial riesgo en la producción de eventos adversos en el paciente.

En nuestro caso, el proceso a analizar ha sido el *Uso de los medicamentos en el domicilio del paciente con necesidades de cuidados paliativos*, teniendo en cuenta el papel desempeñado por el cuidador.

#### b. Selección del equipo multidisciplinar

El grupo que realice el análisis debe ser un equipo multidisciplinar en el que se incluyan profesionales involucrados y conocedores del tema a analizar, con distintos niveles de conocimientos y perspectivas del proceso.

Se ha comprobado la utilidad de que en el grupo existan dos roles determinados:

- **Agente Neutral:** es la persona que no está relacionada con el proceso, pero que ayuda a hacer una revisión crítica de los estándares y pautas aceptadas e identifica vulnerabilidades que pueden pasar desapercibidas por los demás.
- **Facilitador:** Persona formada en metodología AMFE y que tiene experiencia en su aplicación práctica.

En nuestro caso el equipo multidisciplinar está formado por algunos miembros del Grupo de Calidad del PRCPEX, que además de tener conocimientos y experiencias en calidad y seguridad del paciente, son profesionales expertos en el proceso del Uso de los *medicamentos en el domicilio del paciente con necesidades de cuidados paliativos*.

El rol de agente neutral y facilitador lo ejerció Beatriz Rodríguez, enfermera externa al PRCPEX, con amplia formación en calidad, seguridad del paciente y metodologías de la gestión del riesgo y con experiencia en liderar análisis similares en otros contextos.

### c. Análisis de Modos de Fallos y Efectos.

Tras la constitución del equipo multidisciplinar se realiza el análisis propiamente dicho, el cual consta también de una serie de fases, que se ilustran en la siguiente imagen.



Imagen. Fases del AMFE. Fuente: elaboración propia.

### I. Identificación de las fases del proceso: subprocesos, procedimientos y actividades.

En esta etapa se esquematizan gráficamente las fases del proceso. Utilizando un diagrama de flujo se establece el principio y final del proceso, para después mediante lluvia de ideas del equipo multidisciplinar se van definiendo cada uno de los procedimientos y actividades que conllevan las fases intermedias.

Es esencial que todos los miembros del equipo sean conocedores y estén de acuerdo con el diagrama definido, ya que va a ser la base sobre la que se sustente todo el proceso de análisis.

En nuestro caso el esquema del proceso que resultó del consenso del grupo de expertos multidisciplinar es el siguiente:



**FASE I: Definición del proceso de uso de medicamentos en el domicilio de pacientes al final de la vida**

**PROCESO DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL DOMICILIO DE PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA**



Imagen. Proceso de uso de los medicamentos en el domicilio de paciente con necesidades de cuidados paliativos. Fuente: elaboración propia.



**NOTA ACLARATORIA:** Hª: historia, ttmtto: tratamiento, pacte: paciente, admón: administración, ESCP: equipo soporte de cuidados paliativos, EAP: equipo de atención primaria, SNG: sonda nasogástrica, PEG: gastrostomía endoscópica percutánea

Imagen. Procedimientos y actividades de las fases intermedias del Proceso de uso de los medicamentos en el domicilio de paciente con necesidades de cuidados paliativos. Fuente: elaboración propia.

## II. Elaboración del Catálogo de Modos de Fallos, Causas y Efectos.

El objetivo de esta fase es el AMFE propiamente dicho, es decir, analizar cada una de las etapas del proceso, identificando los potenciales fallos que pueden ocurrir, las posibles causas de los mismos y sus efectos en el paciente, también conocidos como eventos adversos.

El AMFE consiste en coger cada actividad o procedimiento del proceso y mediante la técnica de “*tormenta de ideas*” el grupo debe identificar los modos hipotéticos de fallo. A continuación se añaden los efectos que estos fallos producen en el paciente (siempre desde la perspectiva de seguridad del paciente). Después se deben definir las causas de cada uno de los modos de fallos, teniendo en cuenta el factor multicausal de un fallo. Por ello es necesario describir varias causas para cada modo de fallo.

En nuestro caso, una de las dificultades que surgió a la hora de realizar el AMFE fue diferenciar entre un fallo, su causa y su efecto. A veces se consideró fallo lo que realmente era la causa y viceversa. Para ello se elaboraron una serie de preguntas claves que ayudaron al grupo de experto a identificar tales conceptos:

- **Para identificar el MODO DE FALLO:** el fallo es el acontecimiento último que provoca el daño o evento adverso en el paciente.

*PREGUNTA CLAVE:* ¿Qué puede fallar en esta etapa? ¿Qué produce el daño en el paciente?

- **Para identificar los EFECTOS:** El efecto es el EVENTO ADVERSO, DAÑO O LESIÓN que se produce en el paciente a consecuencia del fallo.

*PREGUNTA CLAVE:* ¿Cuál es el daño o consecuencia negativa que puede tener el paciente si el fallo ocurriese?.

- **Para identificar las CAUSAS:** Las causas son las que originan el fallo.

*PREGUNTA CLAVE:* ¿qué tiene que ocurrir para que el fallo se produzca? ¿Puedo intervenir sobre la causa para evitar que se produzca el fallo?.

Realmente la causa es sobre lo que actúa la acción de mejora para prevenir el fallo. El fallo es invariable. La causa es lo modificable por las distintas estrategias de seguridad del paciente y las prácticas clínicas seguras.

La metodología utilizada en la elaboración del catálogo final de modos de fallos, causas y efectos se dividió en tres pasos<sup>6</sup>:

1. **Generación de ideas** mediante la técnica del Brainstorming a partir de la experiencia propia, eventos que han sucedido en otros Equipos de Cuidados Paliativos, revisión bibliográfica, etc.
2. **Aclaración de ideas** mediante rondas en la que cada participante expuso los posibles eventos adversos que ha identificado, los fallos y sus causas, aclarando las dudas que le surgieron a los demás profesionales.
3. **Evaluación y agrupación de ideas.** Se intentó mejorar la redacción de cada idea y se agruparon aquellas que eran similares, sin llegar a perder propuestas que eran significativas a la hora de mejorar la seguridad de los pacientes.

### III. Elaboración del Mapa de Riesgo a partir del Catálogo de Modos de Fallos, Causas y Efectos.

A partir del catálogo de modos de fallos, causas y efectos resultante se elaboró el *Mapa de los Riesgos del Uso de los Medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos del PRCPEX*.

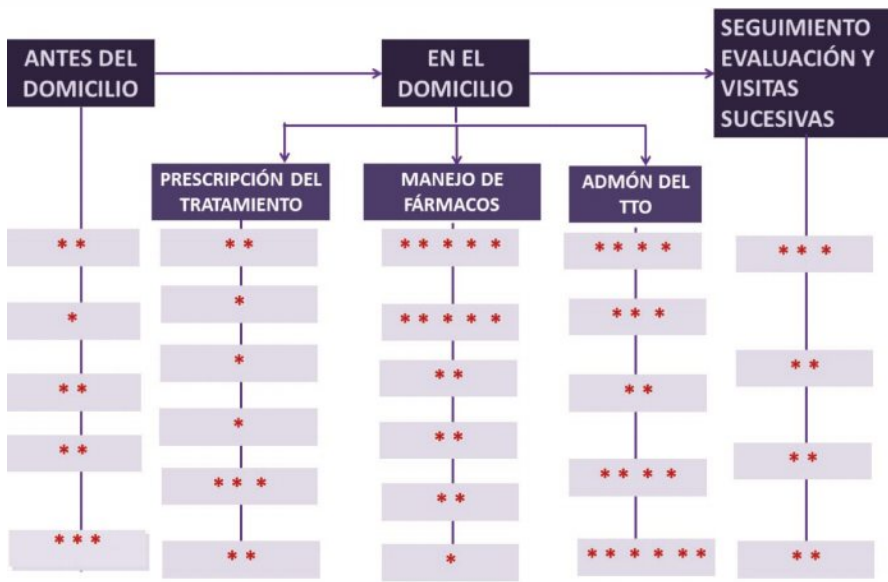


**Imagen.** Elaboración del Mapa de Riesgo a partir del Catálogo de modos de fallos, causas y efectos.  
Fuente: elaboración propia.

Para la elaboración del mapa de riesgo se siguió el diagrama de flujo del proceso que se dibujó en la primera fase, identificando en qué etapa del proceso podía darse cada modo de fallo (F) y cada causa (C) identificada. Para ver una representación gráfica del resultado obsérvense las siguientes imágenes.

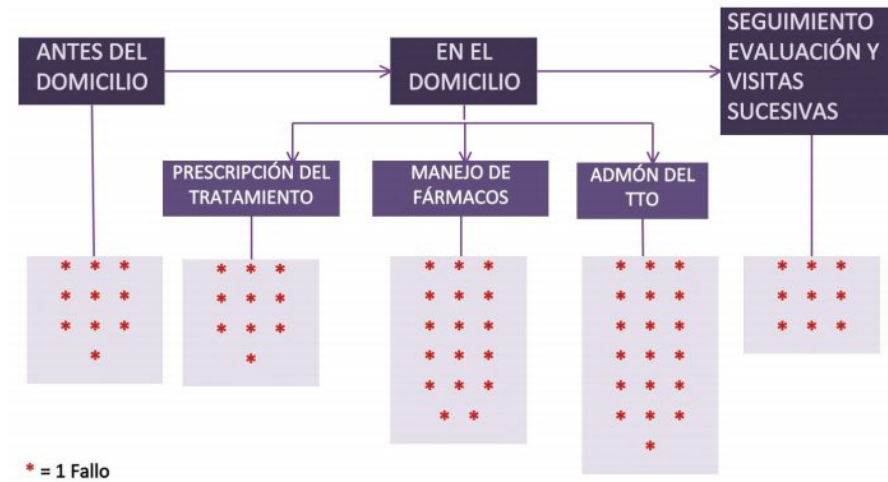


**Imagen.** Distribución de los fallos potenciales y las posibles causas del Proceso de uso de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos.  
Fuente: elaboración propia.



**Imagen:** Representación de la distribución de los fallos potenciales en cada fase del Proceso de uso de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos.  
Fuente: elaboración propia.

**MAPA DE RIESGO DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL DOMICILIO DE PACIENTES CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS**

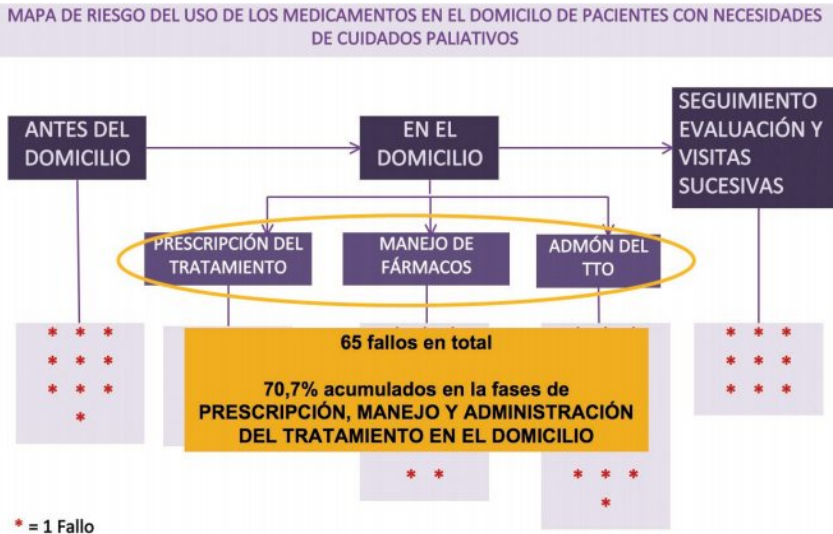


\* = 1 Fallo

**Imagen.** Representación gráfica de la distribución de los fallos potenciales acumulados en cada fase del Proceso de uso de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos.  
Fuente: elaboración propia.

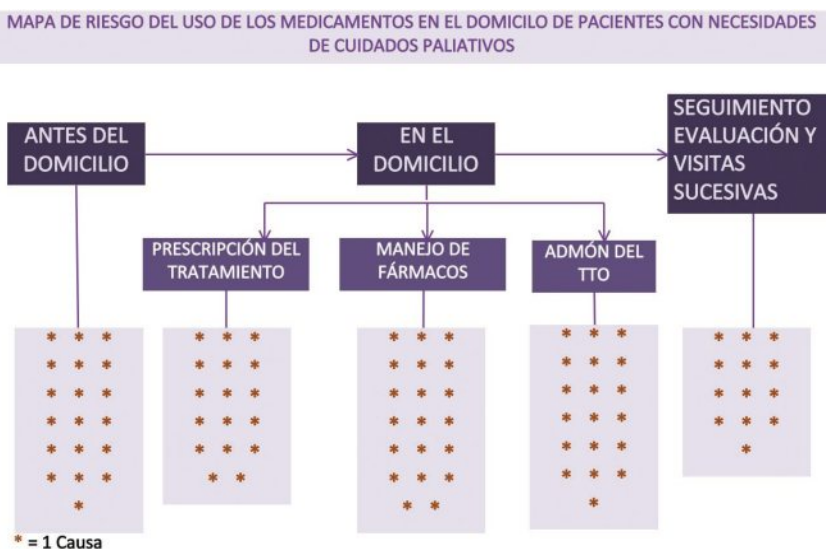


Como resultado significativo podemos destacar que de los 65 modos de fallos identificados en todo el proceso, más del 70% están acumulados en las fases de prescripción y manejo de fármacos y administración de tratamiento en el domicilio del paciente.



**Imagen.** Resultado de los modos de fallos en el Proceso de uso de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos.  
Fuente: elaboración propia.

Atendiendo a las causas que producen esos fallos y, por lo tanto, los eventos adversos en los pacientes, se presenta la siguiente distribución gráfica.



**Imagen.** Representación gráfica de la distribución de las posibles causas acumuladas en cada fase del Proceso de uso de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos.  
Fuente: elaboración propia.

De las 88 causas originarias de los fallos que se han identificado, el 63,6% se acumulan en las fases de prescripción, manejo de fármacos y administración de tratamiento en el domicilio del paciente, destacando el 21,5% que están localizadas antes del domicilio del paciente. Es decir, en los procedimientos relacionados con:

- La derivación del paciente al Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos.
- Los registros y otros contenidos en la historia clínica del paciente.
- El primer contacto que se tiene con el paciente y/o cuidador (generalmente por vía telefónica).
- La primera visita en la consulta del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos.

En resumen, el 85,2% de las causas sobre las que podemos intervenir para mejorar la seguridad de los pacientes al final de la vida que permanecen en sus domicilios se localizan en los procedimientos que se llevan a cabo antes del domicilio y en el propio domicilio. Esta información hay que tenerla en cuenta a la hora de planificar acciones de mejora y de prevención de eventos adversos.



**Imagen.** Resultado de las posibles causas de los modos de fallos del Proceso de uso de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos.  
Fuente: elaboración propia.

### 3. METODOLOGÍA AMFE: ÍNDICE DE PRIORIDAD DE RIESGOS. PRIORIZACIÓN DE LOS MODOS DE FALLOS.

FASES DEL AMFE



#### ANÁLISIS DE MODOS DE FALLOS Y EFECTOS



Imagen. AMFE. Proceso priorización de los modos de fallos.  
Fuente: elaboración propia.

Continuando con el AMFE, una vez que hemos elaborado el catálogo de modos de fallos, causas y efectos, pasamos a calcular el *Índice de Prioridad de Riesgo* (IPR).

El IPR es un valor que nos permite ordenar los modos de fallos en función de su nivel de riesgo, y de este modo priorizar los esfuerzos sobre aquellas acciones correctoras o preventivas que nos posibilita conseguir una mejor seguridad en el paciente. Este valor también se conoce como *Número de Prioridad de Riesgo* (NPR).

Para el cálculo del IPR hay que valorar y cuantificar tres criterios de priorización:

1. **La GRAVEDAD del efecto** de cada modo de fallo identificado. Mide el daño físico o psíquico esperado que provoca el evento adverso en cuestión. Para valorarlo no hay que tener en cuenta la frecuencia con la que se produce, sino la gravedad o consecuencia del daño. Se puntúa en una escala del 1 al 10, siendo el 10 el valor para un efecto más grave.
2. **La FRECUENCIA o ÍNDICE DE APARICIÓN de la causa** que origina el modo de fallo. Pondera la repetitividad u ocurrencia de un determinado evento adverso. Por tanto, es la probabilidad de que una causa se produzca y de lugar al modo de fallo. Para cuantificar esta probabilidad, además de tener en cuenta la propia experiencia,



hay que conocer otras experiencias, consultar bibliografías, publicaciones, etc. Este criterio se puntúa del mismo modo que el anterior, en una escala de 1 al 10, asignando el valor 10 a la causa más frecuente.

3. **La DETECTABILIDAD del fallo** si éste se produce. Cuanto más difícil sea detectar el fallo y más se tarde en hacerlo, más significativas y/o graves pueden ser las consecuencias del mismo y el daño en el paciente. Por tanto, este valor indica la probabilidad de que la causa y/o modo de fallo supuestamente ocurrido sea detectado con antelación suficiente para evitar daños. Es decir, se valora la capacidad de detectar el fallo antes de que se produzca el evento adverso al paciente. En este caso, al contrario que en los otros índices, cuanto menor sea la capacidad de detección mayor será el valor del índice de detectabilidad y mayor el consiguiente Índice de Prioridad de Riesgo. Se puntúa en una escala del 1 al 10, siendo el 10 el valor dado cuando es improbable detectar el fallo y casi seguro el evento adverso llegará al paciente.

Finalmente, una vez valorado cada criterio de priorización de forma individual, se computa el IPR definido como el producto de dichos criterios.

$$\text{IPR} = \text{Gravedad} \times \text{Frecuencia} \times \text{Detectabilidad}$$

En nuestro análisis, el cálculo del IPR nos llevó a priorizar los modos de fallos, obteniendo el Top 10 de los modos de fallos que presentaban la mayor prioridad de riesgo.



**Imagen.** Modos de fallos que presentan mayor Índice de Priorización del Riesgo.  
Fuente: elaboración propia.

## 4. METODOLOGÍA AMFE: PLAN DE ACCIONES PREVENTIVAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

### FASES DEL AMFE



#### ANÁLISIS DE MODOS DE FALLOS Y EFECTOS



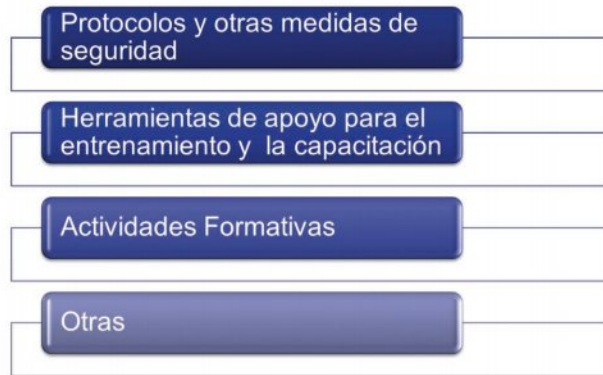
**Imagen.** AMFE. Elaboración del Plan de Acciones Preventivas para la mejora de la seguridad del paciente. Fuente: elaboración propia.

Una vez que tenemos identificados cuáles son los puntos de mayor riesgo en el proceso de uso de los medicamentos en el domicilio de pacientes incluidos con necesidades de cuidados paliativos, pasamos a elaborar el *Plan de Acciones Preventivas* para conseguir una mejora de la seguridad de estos pacientes.

En nuestro caso, el *Plan de Acciones Preventivas para la mejora del uso de los medicamentos* se divide en cuatro grandes bloques que contienen las mejoras que el grupo de expertos propuso, en forma de acciones y medidas de seguridad, y priorizó en función de la viabilidad de su implantación, para conseguir una reducción de la probabilidad de errores que pudiesen tener un efecto adverso en los pacientes.

En los próximos capítulos se expone el contenido de cada bloque, explicando detenidamente las mejoras propuestas y el objetivo de cada una de ellas. En resumen podemos decir que de las 34 mejoras agrupadas en total, actualmente el 73,5% se han desarrollado e implantado en el Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, estando en proceso de implantación el resto.

Después de la implantación de las mejoras propuestas, en forma de acciones preventivas y medidas de seguridad, se pasará a la reevaluación de las mismas y sus resultados. Esta última fase consistirá en evaluar las mejoras implantadas y analizar de nuevo los modos de fallo, calculando sus IPR. El análisis AMFE se da por finalizado cuando se llega a unos valores de IPR aceptables.



**Imagen.** AMFE. Bloques del *Plan de Acciones Preventivas* para la mejora de la seguridad del paciente. Fuente: elaboración propia.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Govindarajan R, et al. El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) ayuda a aumentar la seguridad en radioterapia. *Rev. Calidad Asistencial*. 2007;22(6):299-309.

2. Ruiz-Lopez P, González Rodríguez-Salinas C. El análisis modal de fallos y efectos. Una herramienta muy útil para la seguridad del paciente. *JASNO*. 2008;1702.

3. Tomás Vecina S., et al. Análisis de la seguridad clínica y herramientas de evaluación proactivas. Concepto, método y experiencias en urgencias. En: *Monografía de emergencia. Seguridad clínica en los servicios de urgencias: de la estrategia a la práctica clínica segura*. 2009; 6:21-29.

4. Rodríguez Pérez B, Gutiérrez Medina M. Modelos de Gestión del Riesgo Sanitario: notificación, farmacovigilancia y análisis de eventos adversos. En: Villafaina Barroso A et al. *Seguridad del paciente con el uso del medicamento: evidencias y estrategias prácticas*. Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedición y Salud. 2015.

5. Bilbao Aguirregomezorta J, Floristán Imízcox C. Gestión del Riesgo. En: Campino Villegas A, et al. *Seguridad del Paciente. Estrategia para el uso del medicamento*. Astella Pharma. S.A.; 2012.

6. Tejedor Fernández M. Seguridad del paciente: una prioridad clínica. Sesión en IV Curso de Gestión de los Servicios de Urgencias. San Sebastián. 2011.



# 7

CAPÍTULO

## **METODOLOGÍA DESING THINKING PARA LA IDEACIÓN DE LAS MEJORAS EN EL PROCESO DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL DOMICILIO: INTERVENCIÓN DE LOS CUIDADORES.**

*M<sup>a</sup> Ángeles Martín Fuentes de la Rosa*







# 1. IDEACIÓN Y DISEÑO DE LAS MEJORAS EN EL USO DEL MEDICAMENTO EN EL DOMICILIO DE PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA. PARTICIPACIÓN DE LOS CUIDADORES.

El Proyecto *Uso seguro de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos*, desarrollado en el contexto del PRCPEX, se caracteriza por su tendencia y extensión transversal. Esto ha permitido que durante su desarrollo, no solo se haya trabajado en la línea del uso seguro de los medicamentos, sino que de forma paralela se ha desarrollado y enlazado ésta con las demás líneas de intervención de la *Estrategia de Seguridad del Paciente de Cuidados Paliativos de Extremadura*, dando prioridad a la participación de los pacientes y cuidadores.

PROYECTO USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS



**Imagen.** Líneas de intervención de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos que están activas en el Proyecto Uso seguro de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos

Fuente: elaboración propia.

Como ya se comentó en el capítulo cuarto, para fomentar esta participación de los pacientes y de los cuidadores, desde el PRCPEX se llevó a cabo un análisis cualitativo sobre la experiencia vivida por los cuidadores durante el Proceso del Final de la Vida de pacientes en sus domicilios <sup>8</sup>.

Otra forma de promover la participación e intervención de los cuidadores, ya más focalizada en el *Plan de Acciones Preventivas para la mejora del uso de los medicamentos* planteado, fue

<sup>8</sup> Para conocer metodología y resultados, véase el capítulo 4.

dar protagonismo a las opiniones, propuestas y necesidades de los cuidadores relacionadas con el uso, manejo y administración de medicamentos en el domicilio del paciente. Todo esto se llevó a cabo durante las sesiones de trabajo para la ideación y diseño de las mejoras, en forma de acciones y medidas de seguridad, incluidas en el propio *Plan de Acciones Preventivas*.

## 2. IDEACIÓN Y DISEÑO DE LAS MEJORAS EN EL USO DEL MEDICAMENTO EN EL DOMICILIO DE PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA. METODOLOGÍA DESIGN THINKING.

### a. La metodología Design Thinking.

El Design Thinking es una metodología orientada a la generación de soluciones dentro de un marco propuesto<sup>1</sup>. Una de las características más importantes de esta herramienta es que está plenamente orientada al usuario final, en nuestro caso los pacientes, cuidadores y profesionales.

Esta metodología ofrece una lupa a través de la cual se pueden localizar necesidades de los usuarios finales y estudiar sus dificultades y amenazas, para proponer y diseñar soluciones prácticas y viables, acorde con la realidad del contexto<sup>2</sup>.

El Design Thinking se centra en el proceso de diseño del producto final (acciones de mejoras en el uso de los medicamentos), integrando diferentes perspectivas y enfoques multidisciplinares, mediante distintos modos de participación de profesionales de cuidados paliativos, otros profesionales, cuidadores y pacientes.

### b. Ideación y diseño de las acciones y medidas de seguridad en el proceso del uso del medicamento en el domicilio de pacientes al final de la vida.

Para el diseño de las distintas acciones y medidas de seguridad incluidas en el *Plan de Acciones Preventivas*, se realizó una sesión de trabajo en la que, con metodología Design Thinking, se ideó el formato y el contenido de las mismas.

En esta sesión se trabajó en las distintas fases en las que se compone la metodología Design Thinking:

#### 1. Fase de Empatía

En esta fase se persigue una profunda comprensión de cuáles son las necesidades y el entorno de los usuarios finales (cuidadores, pacientes y profesionales) del producto que vamos a desarrollar (acciones y medidas de seguridad). En esta fase de la sesión se ha utilizado la herramienta "Mapa de Empatía".

El Mapa de Empatía es una herramienta que permite transformar segmentos de usuarios en personas. Con ella conseguimos una mejor comprensión de quiénes son realmente los usuarios finales de nuestro producto y cómo se relacionan con el mismo.

Como ya hemos comentado, cuando hablamos de usuarios finales de nuestros productos, nos referimos a cuidadores, pacientes y profesionales (tanto de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos como profesionales externos al PRCPEX, pero implicados en la atención del mismo paciente). Aunque por la necesidad de dar protagonismo y prioridad a los cuidadores, en nuestra sesión de trabajo, los mapas de empatía los orientamos preferentemente, en conocer de forma detallada cuál es la problemática de los cuidadores de enfermos en fase avanzada y cómo les afecta esta situación en su día a día.

Para ello se desarrolló el proceso de transformación de segmentos de cuidadores en personas, y lo primero que hicimos fue agrupar los tipos de cuidadores en función de los atributos comunes que presentan. Y luego pasamos a “dar vida” a una persona de cada grupo o segmento respondiendo a una serie de preguntas sobre ellos<sup>3</sup>. Con esto conseguimos la humanización de los usuarios finales y nos ayudó a una mejor comprensión de quiénes son realmente, cuáles son sus necesidades y cómo se relacionarán con el producto final.

A continuación se muestra el resultado del proceso de segmentación de los cuidadores en personas de nuestra sesión de trabajo.

**PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE SEGMENTOS DE CUIDADORES EN PERSONAS:**  
*¿Cómo se llama?, ¿edad?, ¿relación con el paciente?, ¿nacionalidad?*

- Manuel. 75 años. Marido.
- Amalia. 80 años. Mujer.
- Verónica. 45 años. Mujer
- María. 24 años. Hija.
- Dafne. 56 años. Empleada. (Extranjera)
- Fátima. 32 años. Hija. (Extranjera)

**Imagen.** Fase de empatía. Proceso de humanización de los segmentos de cuidadores. Batería de preguntas.  
Fuente: Sesión de trabajo. Consombrero.

Después se inició el proceso de humanización de estas “personas”, elaborando posibles respuestas a una batería de preguntas en base a las opiniones, propuestas y necesidades que nos transmitieron el Grupo de Cuidadores Expertos que participaron en la fase análisis de situación.

Con esta batería de preguntas conseguimos comprender mejor a los cuidadores y conocer sus actitudes, preocupaciones, aspiraciones, cómo es su entorno y cómo se relacionan en él, a quién escuchan y cómo escuchan, así como sus dolencias, esfuerzos, miedos, deseos, necesidades y expectativas.



**Imagen.** Momentos de la sesión de trabajo con el grupo de profesionales. Fase de empatía. Proceso de humanización de los segmentos de cuidadores. Fuente: sesión de trabajo. Consombrero.

## 2. Fase de Definición.

A continuación pasamos a la fase de definición, en la que se mostró información y ejemplos que estaban relacionados con nuestras acciones y medidas de seguridad a implantar, seleccionando aquellas que realmente podían aportar un valor añadido a nuestro Proyecto.

Como complemento a esta fase, se presentó una panorámica de los principales recursos disponibles en el entorno digital para nuestros usuarios finales. La clasificación de los ejemplos mostrados se realizó en función del formato de cada uno de los recursos encontrados para ayudar al grupo a expandir su mente y conocer diferentes opciones como paso previo a la ideación.

De este modo se presentaron diferentes guías clínicas, protocolos de actuación, portales, web, foros web, páginas web, blogs especializados, canales de vídeo, podcast, APP..., que sirvieron para definir los formatos más adecuados para nuestro objetivo.

## 3. Fase de Ideación.

Una vez filtrada la información de la fase anterior, la siguiente etapa que desarrollamos fue la fase de ideación, con la que se buscó la generación de múltiples opciones para cada mejora a implantar. En esta fase se favoreció el pensamiento expansivo y se intentó eliminar los juicios de valor del grupo.



Para abordarla, se utilizaron las herramientas “*Journey Map*” y “*Gamestorming 3-12-3*”.

### 3.a. Journey Map o Mapa de Experiencias

El Journey Map es una herramienta de la metodología Design Thinking que nos permitió reflexionar sobre la relación de los usuarios finales con los profesionales del PRCPEx. También se estudió cada uno de los momentos e interacciones por los que atraviesan nuestros usuarios finales durante el Proceso de Atención al Final de la Vida. La clave de este mapa es que el foco está puesto en cómo se siente el usuario final en dicho proceso.

En primer lugar, se dibujó un gráfico en el que el Eje X mostraba las fases por las que pasan los usuarios finales a lo largo del Proceso de Atención al Final de la Vida (antes de entrar en el PRCPEx, primera visita de los profesionales de paliativos, visitas sucesivas, atención en domicilio, atención en urgencias, ingresos hospitalarios) y en el Eje Y se definió cómo los usuarios finales sienten las experiencias vividas en esas fases<sup>4</sup> (positivas, neutras o negativas).

A continuación, se analizó cómo se podían mejorar las experiencias negativas a través de las acciones preventivas y medidas de seguridad propuestas, para que el usuario final pueda elevar el valor de sus experiencias<sup>5</sup>.

En nuestra sesión, con el Journey Map trabajamos de forma detenida con cada uno de los posibles usuarios finales de nuestras mejoras. Por un lado nos permitió identificar los puntos clave de la relación que se establece entre los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos y los cuidadores de pacientes incluidos en el PRCPEx, y por el otro se analizó la relación entre los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos y el resto de profesionales sanitarios implicados en la atención de estos pacientes.

La clave a la hora de trabajar con esta herramienta estuvo en el punto de vista utilizado, ya que no se analizó cómo se relacionan los profesionales de cuidados paliativos con los cuidadores u otros profesionales, sino cómo se relacionan estos últimos con los profesionales del PRCPEx. Y, sobre todo se analizó cómo se sienten en los diferentes contextos en los que se desarrolla la relación.



**Imagen.** Momentos de la sesión de trabajo con el grupo de profesionales. Fase de ideación. Journey Maps.  
Fuente: sesión de trabajo. Consombrero.

### **3.b. Gamestorming 3-12-3**

La segunda herramienta utilizada en esta fase de ideación fue un juego de generación de ideas llamado Gamestorming 3-12-3. Los números 3-12-3 hacen referencia al tiempo que se da a cada una de las 3 actividades que compone la propuesta: tres minutos para generar un conjunto de observaciones, doce para combinarlas y convertirlas en conceptos amplios, y de nuevo tres, para presentarlos al resto del grupo.

Esta herramienta resultó ser muy valiosa para generar y organizar los contenidos y el formato de cada acción y medida de seguridad planteada en los cuatros bloques del *Plan de Acciones Preventivas para la mejora del uso de los medicamentos en el domicilio*.

### **c. Conclusiones de la sesión de trabajo para la ideación de las mejoras en el uso del medicamento en el domicilio de pacientes al final de la vida.**

Disfrutamos de una sesión con una alta tasa de participación del grupo de expertos constituido por profesionales familiarizados con el trabajo en equipo y abiertos a explorar nuevas propuestas.

En cuanto al análisis de la relación de los cuidadores y otros profesionales con los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos, en los Journey Maps, encontramos multitud de puntos de contacto en la fase previa a que el paciente se incluya en el PRCPEX pero, una vez se hace la primera visita, los canales de comunicación y las oportunidades de contacto y coordinación con los profesionales de paliativos se reducen significativamente.

También observamos que las experiencias más positivas para los cuidadores son las que están relacionadas con los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos, bien sea a partir de un contacto directo o telefónico.

Ambos aspectos nos llevaron a pensar en la necesidad de ampliar ese contacto por otras vías alternativas, y que la tecnología actual (internet, tecnología móvil...) pone a nuestro alcance herramientas para hacerlo posible de una forma eficaz.

### **d. Propuestas finales para la ideación de las mejoras en el uso del medicamento en el domicilio de pacientes al final de la vida.**

Tras las primeras fases de la metodología Desing Thinking para la ideación de las mejoras en el proceso del uso del medicamento en cuidados paliativos domiciliarios, el grupo de expertos presentó las siguientes propuestas:

- Elaboración de protocolos y otras medidas de seguridad para unificar la intervención de los múltiples profesionales que atienden a los pacientes con necesidades de cuidados paliativos.
- Establecer medidas de seguridad, tipo listas de verificación, que mejoren la coordinación y comunicación entre profesionales de distintos ámbitos y especialidades.
- Diseñar un soporte para que los cuidadores anoten dudas y preguntas dirigidas a los profesionales de una visita a otra.
- Elaboración de infografías con contenidos relevantes en el uso seguro de los medicamentos, tanto para profesionales como para cuidadores.



- Diseño de contenidos audiovisuales que den respuesta a situaciones concretas y explicación de técnicas de manejo y administración de ciertos fármacos.
- Aprovechamiento de todos los canales de difusión disponibles para hacer llegar cualquiera de estos materiales a los cuidadores y profesionales externos al PRCPEX. Para ello somos conscientes de las siguientes necesidades:
  - Necesidad de disponer de materiales audiovisuales de apoyo para la capacitación de los cuidadores y profesionales no experimentados en cuidados paliativos y que puedan consultarlos en las situaciones que los necesiten.
  - Necesidad de utilización de las nuevas tecnologías para hacer accesibles dichos materiales, dada la dispersión geográfica de Extremadura.
  - Necesidad también de mantener el formato papel, dada la ruralidad y el envejecimiento de gran parte de nuestros cuidadores.

#### **e. Sigüientes fases de la metodología Design Thinking.**

Esta metodología de trabajo cuenta con dos fases más a desarrollar tras la ideación del formato y contenido de las medidas de mejoras para el uso seguro de los medicamentos: **el prototipado y el testeo.**

En la fase de prototipado se trabaja para hacer realidad las ideas planteadas. Y durante la fase de testeo, se prueban los prototipos con los usuarios finales del material, con el objetivo de madurar y evolucionar nuestra idea hasta convertirla en la solución que estamos buscando.

Llegados a este punto procedimos a realizar un prototipo de una infografía, de un vídeo explicativo, de un protocolo y de una lista de verificación, se la mostramos a diferentes cuidadores y profesionales de cuidados paliativos y profesionales externos al PRCPEX, recogimos sus impresiones y propuestas de mejoras y con ellas desarrollamos el resto de acciones y medidas de seguridad que se muestran en los siguientes capítulos.

### 3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Design Thinking. Descubre la metodología más potente de innovación. Design Thinking España. Disponible en: <http://xn--designthinkingespaa-d4b.com/>

2. ¿Qué es el Design Thinking?. Innovation Factory Institute. Disponible en : <https://www.innovationfactoryinstitute.com/blog/que-es-el-design-thinking/>

3. Herramientas: el mapa de empatía (entendiendo al cliente). Javier Megias. Disponible en: <https://javiermegias.com/blog/2012/01/herramientas-el-mapa-de-empata-entendiendo-al-cliente/>

4. Customer Journey Map: Qué es y cómo crear uno. Gabriela Campos Torre. Disponible en: <https://blog.fromdoppler.com/customer-journey-map-como-crear-uno/>

5. Qué es el Customer Journey Map. Pol Balestra Monclús. Disponible en: <https://comunidad.iebschool.com/customer-journeymap/2016/05/10/que-es-el-customer-journey-map/>



**8**  
CAPÍTULO

**PROTOCOLOS Y OTRAS  
MEDIDAS DE SEGURIDAD  
COMO MEJORAS PARA  
EL USO SEGURO DE LOS  
MEDICAMENTOS EN CUIDADOS  
PALIATIVOS.**

*Victoria Romero Gabino*



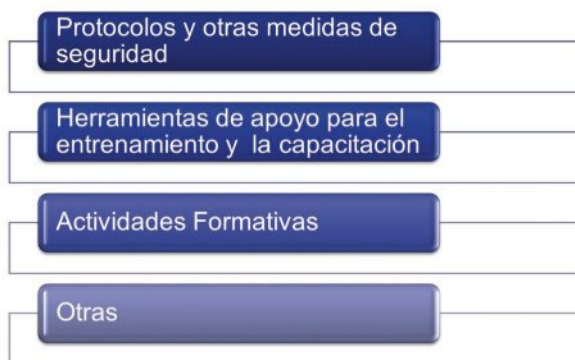


# 1. EL PLAN DE ACCIONES PREVENTIVAS PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL DOMICILIO DE PACIENTES CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS: BLOQUE DE PROTOCOLOS Y OTRAS MEDIDAS DE SEGURIDAD.

La fase final del *Proyecto Uso seguro de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos* consistió en la propuesta e implantación de un Plan de Acciones Preventivas para la reducción de los riesgos potenciales asociados al tratamiento prescrito.

Uno de los bloques de este Plan de Acciones Preventivas agrupa aquellas acciones y medidas de seguridad que se caracterizan por ser protocolos u otro tipo de documentos que faciliten a los profesionales la ejecución homogeneizada de determinadas técnicas e intervenciones relacionadas con el proceso de uso de los medicamentos en el domicilio del paciente con necesidades de cuidados paliativos.

## PLAN DE ACCIONES PREVENTIVAS



**Imagen.** AMFE. Bloques del Plan de Acciones Preventivas para la mejora de la seguridad del paciente.  
Fuente: elaboración propia.

En la sesión de trabajo para la ideación de las mejoras en el proceso del uso del medicamento en el domicilio de pacientes al final de la vida, se concluyó que para este bloque los formatos idóneos serían los protocolos y los documentos en formato de check list o listas de verificación.

Teniendo en cuenta los resultados del Mapa de Riesgo, recordamos que de las 88 causas originarias de los fallos que se identificaron, el 21,5% están localizadas antes del domicilio del paciente, abarcando procedimientos relacionados con la derivación del paciente al Equipo de

Soporte de Cuidados Paliativos, con los registros y otros contenidos en la historia clínica del paciente, y el 19,3% están relacionadas con los procedimientos asociados a la prescripción del tratamiento, es decir, con la orden del tratamiento, la hoja de tratamiento que se queda en el domicilio, la coordinación con otros profesionales que atienden al paciente y retroalimentación con el paciente y cuidadores para confirmar que han entendido el tratamiento prescrito y las recomendaciones dadas.

Según los resultados del Journey Map de la relación de los profesionales de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos con otros profesionales que atienden al paciente en su domicilio, que se realizó en la sesión de ideación, uno de los puntos de mayor riesgo y probabilidad de error en el proceso de uso de los medicamentos era la comunicación y coordinación entre los distintos profesionales, y la escasez de contactos entre ambos una vez que el paciente se incluye en el PRCPEX.

Por todo ello, en este bloque del Plan de Acciones Preventivas se incluyen las siguientes acciones y medidas de seguridad:

1. Protocolo de derivación de pacientes al Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos.

2. Medidas de seguridad en la prescripción y reajuste del tratamiento:

- Lista de verificación en el primer contacto con paciente/familiar/cuidador previo a la valoración inicial, valoración inicial del paciente.
- Lista de Verificación en el seguimiento con el paciente/familiar/cuidador posterior a la valoración y/o reajuste del tratamiento.
- Lista de verificación en el contacto con los profesionales del Equipos de Atención Primaria o Equipo de referencia tras la valoración y/o reajuste del tratamiento.
- Decálogo para la cumplimentación de la hoja de tratamiento en el domicilio.
- Tratamiento por vía subcutánea: verificaciones en el entrenamiento y capacitación de la persona cuidadora.

3. Recomendaciones para el control y revisión de caducidades de los medicamentos almacenados en los ESCP (actualmente en elaboración).

4. Dotación de los Equipos de Atención Primaria y Puntos de Atención Continuada de medicación específica para la atención al final de la vida (en elaboración).

Con todas estas mejoras, desde el PRCPEX perseguimos:

- Unificar la forma de trabajar de todos los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos.
- Disponer de herramientas que minimicen la posibilidad de errores de medicación.
- Mejorar la comunicación con los pacientes, cuidadores, familiares y con otros profesionales de referencia para el paciente.

## 2. EL PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A LOS EQUIPOS DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Con el objetivo de dar a conocer el PRCPEX y el funcionamiento de sus Equipos de Soporte haciendo especial énfasis en el proceso de petición de consulta, se elaboró este protocolo en el que se detalla la siguiente información:

### PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES A LOS ESCP



- Definición de cuidados paliativos y enfermedad avanzada.
- Población subsidiaria de recibir atención paliativa.
- Organización de la atención al final de la vida en Extremadura.
- **Cómo derivar pacientes a cuidados paliativos: contacto con los ESCP, información imprescindible a incluir en el informe de petición de consulta de cuidados paliativos.**
- Cómo actuar en caso de urgencias.

ESCP = Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos

**Imagen.** Contenidos del Protocolo de derivación de pacientes a los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos.  
Fuente: elaboración propia.

Este protocolo se ha difundido a los profesionales de Atención Primaria a través de los Directores Médicos de las Áreas de Salud y los Coordinadores de los Equipos de Atención Primaria. Además, está disponible en el siguiente enlace de la página web del PRCPEX: <https://saludextremadura.ses.es/paliex/protocolo-de-derivacion>



### **3. MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN Y REAJUSTE DE TRATAMIENTO: CONTACTOS TELEFÓNICOS CON EL PACIENTE Y/O CUIDADOR Y CON LOS PROFESIONALES DE REFERENCIA.**

Las dos áreas de mayor riesgo que se detectaron en el Mapa de Riesgo fueron la valoración inicial y seguimiento de los pacientes por parte de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos y la coordinación de los profesionales implicados en la atención de estos pacientes.

Pensando en el modo en el que se puede conseguir una reducción del riesgo en estas dos áreas, en las que principalmente se trabaja mediante contactos telefónicos, tanto con los pacientes/cuidadores como con otros profesionales de referencia para los pacientes, se elaboraron una serie de listas de verificación dirigidas a los profesionales de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos, en las que se recogen los puntos principales a recordar en cada uno de los tres momentos que consideraron claves para un uso seguro del medicamento:

- Primer contacto con el paciente/familiar/cuidador previo a la valoración inicial del paciente.
- Contacto con el paciente/familiar/cuidador posterior a la valoración y/o reajuste del tratamiento.
- Contacto con los profesionales de referencia del paciente tras valoración inicial, seguimiento y/o reajuste de tratamiento del paciente.

Los objetivos propuestos para estas medidas de seguridad son los siguientes:

- Conocer todos los fármacos que el paciente toma en el momento de la primera valoración.
- Notificar y consensuar con el Equipo de Atención Primaria o Equipo de referencia el reajuste del tratamiento habitual del paciente, una vez valorado por los profesionales del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos.
- Valorar el cumplimiento terapéutico así como la consecución de los efectos terapéuticos perseguidos con los ajustes de tratamiento y los posibles efectos adversos del mismo.
- Facilitar un método sencillo para guiar a los profesionales en los contactos con pacientes, familiares y otros profesionales sanitarios en lo referente al tratamiento farmacológico y todo lo relacionado con dificultades y riesgos potenciales.
- Facilitar una referencia de actuación para los profesionales de nueva incorporación en los Equipos de Soportes de Cuidados Paliativos.

Para ello se ha elaborado una serie de check list o listas de verificación, que los profesionales de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos seguirán a modo de guión al contactar con pacientes, familiares, cuidadores u otros profesionales sanitarios involucrados en el tratamiento del paciente en su domicilio.

Los listados de verificación contienen distintos ítems que varían según el receptor de la llamada (paciente/familiar o profesional sanitario) y el momento de la misma (antes o después de la primera valoración).

Se elige el formato de lista de verificación por ser una herramienta reconocida para mejorar la seguridad de los pacientes, ya que minimiza la posibilidad de errores y eventos adversos.

Estas medidas de seguridad se dieron a conocer a los profesionales de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos a través de sesiones informativas de presentación de los resultados del Proyecto. Además se ha facilitado la disponibilidad de los distintos listados de verificación, en un material plastificado, para colocarlos en un lugar visible y accesible en los distintos puntos de trabajo de los profesionales.

A continuación se muestran los listados de verificación relacionados con el contacto con paciente/cuidadores y con otros profesionales de referencia para el paciente.

También están disponibles en la página web del PRCPEX, en el apartado de seguridad del paciente/uso seguro de los medicamentos, a la que se accede a través del siguiente enlace: <https://saludextremadura.ses.es/paliex/uso-seguro-de-los-medicamentos>



## PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE/FAMILIAR/CUIDADOR PREVIO A LA VALORACIÓN INICIAL

- PRESENTACIÓN** del profesional que realiza la llamada.
- IDENTIFICACIÓN DEL INTERLOCUTOR.**
- RECOGIDA DE INFORMACIÓN.**
  - Identificación del cuidador principal del paciente.
  - Existencia de otros cuidadores.
  - Situación física del paciente.
- REQUERIMIENTOS PARA LA PRIMERA VALORACIÓN DEL PACIENTE:**
  - Concretar la cita para la valoración: Fecha, hora y lugar (domicilio o consulta externa).
  - Demandar la presencia del cuidador principal en la misma.
  - Informar sobre la necesidad e importancia de disponer del **TRATAMIENTO ACTUAL COMPLETO**: fármacos y posología.
  - Proponerles que preparen un **LISTADO DE DUDAS** relacionadas con el tratamiento.
  - Refuerzo positivo sobre la labor cuidadora, si procede.



**Imagen.** Material de seguridad relacionado con los contactos telefónicos con el paciente/cuidador previo a la valoración/reajuste de tratamiento.  
Fuente: elaboración propia.



## SEGUIMIENTO CON PACIENTE/FAMILIAR/CUIDADOR TRAS LA VALORACIÓN Y/O REAJUSTE DEL TRATAMIENTO

- PRESENTACIÓN** del profesional que realiza la llamada.
- IDENTIFICACIÓN DEL INTERLOCUTOR.**
- RECOGIDA DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**
  - Cambios en la situación física del paciente.
  - Dificultades en la **obtención** de fármacos.
  - Dificultades en el **cumplimiento** terapéutico.
  - Efectividad de la medicación pautada.
  - Efectos secundarios experimentados.
  - Dudas del paciente y/o cuidador.
- INFORMACIÓN A OFRECER:**
  - Refuerzo positivo al paciente y cuidador, si procede
  - Resolver problemas en la **obtención** de fármacos, si existen
  - Reforzar el **cumplimiento** terapéutico
  - Abordar los efectos secundarios experimentados
  - Resolver dudas del paciente y cuidador
- Fecha próximo contacto / valoración**



**Imagen.** Material de seguridad relacionado con los contactos telefónicos con el paciente/cuidador tras la valoración/reajuste de tratamiento.  
Fuente: elaboración propia.



## CONTACTO CON EL E.A.P. O EQUIPO DE REFERENCIA TRAS LA VALORACIÓN Y/O REAJUSTE DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE

- PRESENTACIÓN** del profesional que realiza la llamada.
- IDENTIFICACIÓN DEL INTERLOCUTOR.**
- IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE.**
- INFORMACIÓN A OFRECER ACERCA DE LA VALORACIÓN Y/O REAJUSTE DEL TRATAMIENTO REALIZADO:**
  - Fecha en la que se ha realizado la valoración/reajuste del tratamiento.
  - Domicilio en el que se encuentra el paciente.
  - Presencia o no del cuidador principal durante la valoración
  - Con el/la médico:** AJUSTES DE TRATAMIENTO ACTUAL: fármacos y posología.
  - Con enfermería:** Coordinación sobre la educación sanitaria del paciente y cuidador para optimizar la adherencia al tratamiento.
  - Coordinación entre EAP/Equipo de referencia y ESCP en el seguimiento del paciente.
  - Otras observaciones.



**Imagen.** Material de seguridad relacionado con la comunicación y coordinación con los profesionales de referencia del paciente.  
Fuente: elaboración propia.



## 4. MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN Y REAJUSTE DE TRATAMIENTO: HOJA DE TRATAMIENTO Y CAPACITACIÓN DE LAS PERSONAS CUIDADORAS.

En el Mapa de Riesgo se consideraron como áreas de riesgo la prescripción y reajuste del tratamiento y la capacitación de los cuidadores para el manejo del tratamiento, ya que en esos puntos del proceso asistencial se identificaron varios modos de fallos que pueden ocasionar efectos adversos graves en los pacientes.

Entre los momentos concretos en los que puede ocurrir algún modo de fallo, podemos destacar:

- La elaboración de la hoja de tratamiento que se le deja por escrito al paciente/cuidador en el domicilio.
- La confirmación de la comprensión de las indicaciones del tratamiento por parte del paciente/cuidador.
- El entrenamiento y capacitación de los cuidadores para el manejo y administración del tratamiento, sobre todo en la utilización de la vía subcutánea.

Todo esto sin olvidar el ajuste del tratamiento a la situación actual del paciente que desde la perspectiva de la conciliación y la desprescripción deben realizar los profesionales.

Por ese motivo se elaboró las siguientes medidas de seguridad:

1. El decálogo para la cumplimentación de la hoja de tratamiento en el domicilio del paciente.
2. El listado de verificación del entrenamiento y capacitación de la persona cuidadora para la administración de tratamiento por vía subcutánea.

Los objetivos propuestos para estas medidas de seguridad son los siguientes:

- Minimizar las posibilidades de errores en el momento de la prescripción y reajuste del tratamiento en el domicilio del paciente con necesidades de cuidados paliativos.
- Reseñar las recomendaciones a seguir por los profesionales al cumplimentar la hoja de tratamiento que se le deja por escrito al paciente/cuidador en su domicilio.
- Disponer de una herramienta para evaluar el entrenamiento y capacitación realizado a las personas cuidadoras para el manejo del tratamiento prescrito y su administración por vía subcutánea.

A continuación se muestran los materiales elaborados para esta medida de seguridad, teniéndolos disponibles en el siguiente enlace de la página web del PRCPEX.

<https://saludextremadura.ses.es/paliex/uso-seguro-de-los-medicamentos>



## **Decálogo para la cumplimentación de la hoja de tratamiento en el domicilio**

- 1. Identificación inequívoca del paciente.**
- 2. Confirmación de la fecha del inicio y fin (si procede) del tratamiento.**
- 3. Utilizar letra legible.**
- 4. Anotar el motivo de la prescripción con lenguaje comprensible para paciente/cuidador.**
- 5. Escribir la dosis, vía de administración y nombre de cada medicamento de forma clara.**
- 6. Anotar de forma destacada la medicación con pauta de más de 24h.**
- 7. Anotar la medicación de rescate reflejando MOTIVO/INDICACIÓN, DOSIS, FRECUENCIA.**
- 8. Hacer un doble chequeo de la orden del tratamiento entre dos profesionales del equipo.**
- 9. Verificar que el cuidador comprende las órdenes de tratamiento tras su lectura.**
- 10. Asegurarnos que el paciente dispone de toda la medicación o tiene acceso a ella.**

**Imagen.** Material de seguridad relacionado con la cumplimentación de la hoja de tratamiento.  
Fuente: elaboración propia.

## **Tratamiento por vía subcutánea: Verificaciones del profesional en el entrenamiento y capacitación de la persona cuidadora**

- La **persona cuidadora** identifica correctamente todos los medicamentos, incluidos los fármacos con isoapariencia.
- La **persona cuidadora** reconoce la indicación, dosis, frecuencia y modo de conservación de cada fármaco prescrito.
- La **persona cuidadora** distingue los fármacos que pueden administrarse de forma conjunta y cuáles no.
- La **persona cuidadora** comprende la indicación, dosis y frecuencia de la medicación de rescate.
- La **persona cuidadora** está capacitada para el manejo de la técnica y los cuidados específicos de la vía de administración.
- La **persona cuidadora** está entrenada para el manejo y/o comprobación del correcto funcionamiento del infusor.
- La **persona cuidadora** conoce y tiene acceso a los materiales de entrenamiento y apoyo que puede necesitar.
- La **persona cuidadora** recuerda la posibilidad de acudir al equipo de referencia para resolver cualquier duda que le surja.
- La **persona cuidadora** tiene posibilidad de ser sustituida por otra que está también capacitada en el manejo de los medicamentos.

**Imagen.** Material de seguridad relacionado con la capacitación de la persona cuidadora para el manejo y la administración del tratamiento.  
Fuente: elaboración propia.





# 9

CAPÍTULO

# MATERIALES PRÁCTICOS Y AUDIOVISUALES COMO HERRAMIENTAS DE APOYO PARA LA CAPACITACIÓN EN EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN CUIDADOS PALIATIVOS.

*Mercedes Ramos González  
Beatriz Rodríguez Pérez*





# 1. INTRODUCCIÓN.

Un elemento determinante en el ámbito asistencial, para la disminución de incidencia de eventos adversos en la utilización de fármacos, es la uniformidad de actuación por parte de profesionales y de cuidadores.

En el caso de los profesionales se dispone de protocolos de actuación, guías clínicas y otras medidas de seguridad que establecen las pautas a seguir, lo que garantiza una intervención con alto nivel de estandarización.

En el caso de los cuidadores principales, podemos encontrar más posibilidades de actuaciones diferentes en función de la información recibida, el método empleado para transmitirles dicha información, el profesional que explica cómo realizar la técnica, etc.

Evitar esta variabilidad práctica constituye uno de los objetivos esenciales del *Proyecto uso seguro de los medicamentos en el domicilio del paciente con necesidades de cuidados paliativos*, para asegurar una actuación adecuada, segura y con mínimo riesgo de eventos adversos.

## 2. EL PLAN DE ACCIONES PREVENTIVAS PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL DOMICILIO DE PACIENTES CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS: BLOQUE DE MATERIALES PRÁCTICOS Y AUDIOVISUALES.

Uno de los bloques del *Plan de Acciones Preventivas para el uso seguro de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos*, agrupa aquellas propuestas que se caracterizan por ser herramientas de apoyo para la información, entrenamiento y capacitación de los profesionales, pacientes y cuidadores en la prescripción, uso, manejo y administración de ciertos medicamentos en domicilio.

En la sesión de ideación descrita en el capítulo siete, se decidió de forma consensuada el diseño, contenido y formato de estos materiales, teniendo en cuenta las características y necesidades de los usuarios finales y las particularidades geográficas de nuestra región en cuanto a la dispersión y densidad poblacional, sin olvidar las condiciones latentes en los territorios rurales.

Por todo ello se han diseñado dos series de materiales:

- Materiales dirigidos a profesionales.
- Materiales dirigidos a cuidadores.

Ambas series están disponibles en dos formatos distintos:

- Formato audiovisual tipo vídeo de corta duración (videoclips).
- Formato ilustrado tipo infografía en soporte papel y soporte digital.





**Imagen.** Distintivos para cada serie de materiales de uso seguro de los medicamentos en cuidados paliativos.  
Fuente: elaboración propia

### 3. VIDEOCLIPS PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS.

#### a. ¿Por qué se decide la utilización de videoclips como método de formación/divulgación?

Una vez fijado el objetivo de asegurar una homogeneidad y fijar las pautas para la realización de las diferentes actuaciones relacionadas con el uso, manejo y administración de medicamentos por parte de los cuidadores, nos encontramos con la necesidad de determinar cuál sería el formato adecuado para la transmisión de la información. Para ello se tuvo en cuenta que las actuaciones formativas planteadas podrían considerarse como “educación terapéutica” encuadrada dentro de las intervenciones en *educación sanitaria*<sup>1</sup>. En la sesión de ideación se analizaron las diferentes posibilidades de transmisión de la información a los cuidadores y su posible efectividad, y se decidió que, una de las posibilidades más factibles y avalada por experiencias previas en otros campos dentro del ámbito sanitario que han demostrado ser efectivas<sup>2,3</sup> es la realización de material audiovisual dirigido a cuidadores que les permita visualizar a través de una plataforma digital on-line unos videoclips en los que se refleje la realización de la actuación concreta, así como la explicación de las posibles dificultades que pueden encontrar y qué hacer en cada caso.

Además de los vídeos dirigidos a cuidadores no profesionales, se planteó la realización de vídeos dirigidos a profesionales sanitarios, con el mismo formato pero centrados exclusivamente en la realización de técnicas que se utilizan en cuidados paliativos como son la inserción de los catéteres subcutáneos de vialón (palomillas) o la carga de las bombas elastoméricas de infusión continua (infusores).

Asimismo, estos vídeos son útiles para el aprendizaje y entrenamiento de los profesionales sanitarios en formación o de nueva incorporación en los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos.

El proceso de realización de los vídeos, requirió la elaboración de guiones previos en los que se consensuó la información esencial a transmitir, el tipo de imágenes y la exposición final. En la literatura científica, encontramos recomendaciones sobre cómo implantar modelos de e-learning y e-salud, básicamente dirigidos a educación para la salud, en los que el objetivo es la modificación de hábitos o adquisición de hábitos saludables por parte de la población<sup>4,5,6,7</sup>. Aunque en nuestro caso, como ya se ha comentado anteriormente, se trata de educación terapéutica, en la que se pretende la adquisición de habilidades en el cuidado y manejo de dispositivos y/o medicación por parte de los cuidadores, con el fin de lograr seguridad para el paciente a la vez que se le proporciona la mayor calidad de vida posible, nos ha sido útil alguna recomendación, como la de reforzar los mensajes principales mediante subtítulos.

La mayoría de los cuidadores de pacientes con necesidades de cuidados paliativos presentan edad avanzada, por lo que el apoyo con subtítulos favorece la fijación de conceptos básicos ante una eventual disminución de la capacidad auditiva. Del mismo modo la transmisión de información a través del vídeo también es una ventaja frente a las dificultades socioeducativas que puede presentar la población rural existente. Es muy importante destacar que la información transmitida es sencilla, directa y clara. Esto permite que el receptor del mensaje pueda retener esa información fácilmente. Hemos intentado que la misma quede reflejada tanto visualmente con la realización de los diferentes pasos de forma lenta, pausada y secuencial, como gráficamente mediante la inserción de subtítulos en cada paso, de forma que la duplicidad permita una mejor retención/fijación del mensaje esencial.

#### **b. Objetivos de los videoclips.**

Los videoclips están dirigidos principalmente a los pacientes, familiares y/o cuidadores y los objetivos a conseguir son:

- Mostrarles la forma correcta de realizar procedimientos relacionados con el uso de medicamentos de nuestro ámbito en el domicilio.
- Proporcionarles una herramienta de uso fácil que les dé confianza y seguridad a la hora de manejar medicación por las vías más habituales en cuidados paliativos.
- Facilitarles la administración de medicación de forma correcta, reduciendo al mínimo las situaciones en las que pudiesen ocurrir efectos adversos relacionados con el manejo de medicación.

Algunos videoclips están dirigidos a profesionales, en cuyo caso el objetivo es:

- Proporcionarles una herramienta de fácil acceso que les permita ver en forma de tutorial on-line el material, el procedimiento y los consejos de utilización de técnicas de uso frecuente en cuidados paliativos.

#### **c. Metodología empleada, desarrollo y elaboración de los videoclips.**

Inicialmente se realizó un proceso de “tormenta de ideas” en el grupo de trabajo con el fin de determinar la temática de los videoclips, su duración y los aspectos a considerar en cada uno. Una vez sometido a consideración de todos los miembros, se llegó al consenso de que los contenidos de los videoclips serían los siguientes:

- Administración por sonda nasogástrica.
- Administración por sonda de gastrostomía percutánea (sonda PEG).
- Administración de medicamentos por vía subcutánea en infusión continua.

- Administración de medicamentos por vía subcutánea en bolo.
- Inserción de catéter subcutáneo tipo palomilla. Administración de fármacos e hipodermocclisis.
- Carga del infusor o bomba elastomérica.

Establecidas las temáticas de los videoclips, el siguiente paso consistió en la elaboración, también de forma consensuada por el grupo de trabajo multidisciplinar, de los guiones necesarios para la filmación de los vídeos.

Uno de los aspectos más importantes fue determinar la duración de los vídeos. Por un lado, era importante que tuviese cabida tanto la explicación del procedimiento como el resumen de posibles dificultades y forma de actuar ante ellas. Por otro lado, un tiempo excesivamente largo dificultaría la comprensión y facilitaría la pérdida de atención o interés por parte del espectador. Finalmente, se acordó una duración máxima de seis minutos. En función de la temática se realizarían clips con una duración que oscilaría entre tres y cinco minutos.

Para la fase de elaboración técnica, se contó con una empresa externa que fue la encargada de realizar el rodaje de los clips, filmando los procedimientos desde diferentes ángulos y procediendo a la maquetación con la incorporación de subtítulos, cabecera, música de fondo... Cabe destacar en esta fase la importancia de la motivación de los miembros del grupo de trabajo, ya que han sido algunos de ellos los “actores y narradores” que aparecen en los vídeos.

Finalmente, se procedió a la fase de divulgación de los clips en redes sociales, tal y como se desarrolla en el siguiente capítulo.

#### **d. Breve descripción de cada videoclip.**

Vamos a empezar por los vídeos referidos al manejo y administración de medicamentos cuya presentación farmacéutica está indicada para utilizar por vía oral. Se describen dos situaciones en la que esta vía puede estar comprometida.

##### **1. Videoclips sobre la administración por sonda nasogástrica**

Este vídeo comienza con una de las recomendaciones esenciales en seguridad del paciente, de obligado cumplimiento ante cualquier actuación o intervención con el paciente, como es el lavado de manos.

El contenido se divide en cuatro bloques; la administración de alimentación enteral, la administración de medicación teniendo en cuenta distintas formas farmacéuticas de administración oral (líquidos, comprimidos, cápsulas, etc), los cuidados del paciente y los cuidados de la sonda. También describe de forma concisa las posibles complicaciones que pueden aparecer y cómo actuar ante ellas, así como las situaciones en las que es preciso que los pacientes, familiares o cuidadores avisen al equipo sanitario de referencia.



**Imagen.** Contenido del vídeo de administración por sonda nasogástrica.  
Fuente: canal youtube Paliativos Extremadura.

## 2. Videoclips sobre la administración por sonda de gastrostomía percutánea (sonda PEG).

En este vídeo, dirigido fundamentalmente a cuidadores no profesionales, además de explicar de forma clara cómo administrar correctamente la nutrición enteral y la medicación por una sonda PEG, se describe cómo mantener unas sencillas normas de higiene, se repasan los cuidados de la sonda y del estoma del paciente. Por último, se hace referencia a las posibles dificultades que pueden aparecer y cómo actuar ante ellas.



**Imagen.** Contenido del vídeo de administración por sonda de gastrostomía percutánea.  
Fuente: canal youtube Paliativos Extremadura.

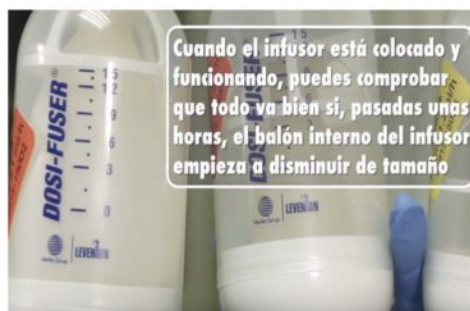
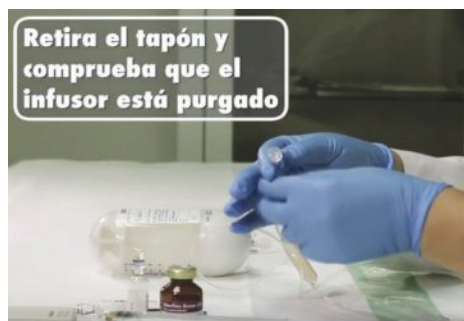
En los siguientes videoclips se presentan el manejo y la administración de medicamentos de uso parenteral, principalmente por vía subcutánea, que es la más habitual en cuidados paliativos.

## 3. Vídeo sobre la administración de medicamentos por vía subcutánea en infusión continua.

A partir de un infusor cargado y preparado, se exponen las características del mismo, su funcionamiento y el modo de conectarlo al catéter que porta el paciente. Además, se explica la forma de comprobar su correcta puesta en marcha. Como los demás vídeos, acaba con una reseña a las situaciones y dudas que se pueden dar y cómo actuar ante ellas.

Este vídeo dirigido principalmente a profesionales, supone también una gran ayuda para los cuidadores informales a la hora de familiarizarse con el uso y los cuidados de las bombas elastoméricas (infusor), de uso habitual en cuidados paliativos.





**Imagen.** Secuencia de imágenes del vídeo de administración de medicamentos por vía subcutánea en infusión continua.  
Fuente: Canal Youtube Paliativos Extremadura.

#### 4. Vídeo sobre la administración de medicamentos por vía subcutánea en bolo.

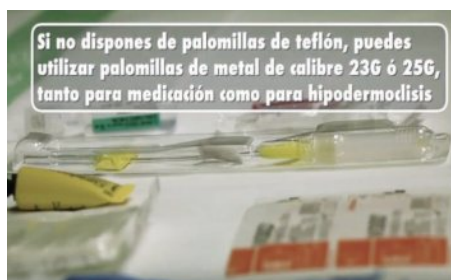
Dada la alta frecuencia con la que se utilizan medicamentos por vía subcutánea en bolo en pacientes de cuidados paliativos, este vídeo es especialmente interesante para los cuidadores informales. Se expone de forma útil y concisa cómo se prepara el medicamento que se ha de administrar, qué precauciones se han de tener en cuenta y la administración propiamente dicha. Este vídeo también contiene unas concisas recomendaciones para facilitar la resolución de los problemas que puedan surgir.



**Imagen.** Secuencia de imágenes del vídeo de administración de medicamentos por vía subcutánea en bolo.  
Fuente: canal youtube Paliativos Extremadura.

## 5. Videoclips sobre la inserción de catéter subcutáneo tipo palomilla. Administración de fármacos e hipodermocclisis.

En este caso se expone el procedimiento completo de inserción del catéter, el material necesario, y el uso para administrar medicación y/o realizar una hipodermocclisis. Finalizamos el vídeo con unas breves sugerencias en caso de aparecer dificultades. Este vídeo está dirigido fundamentalmente a profesionales.

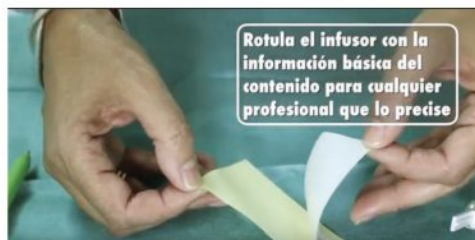
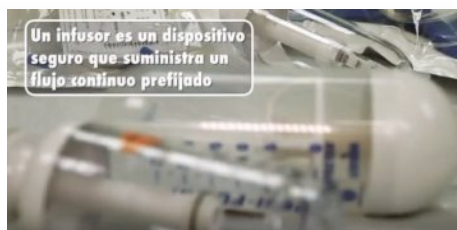


**Imagen.** Secuencia de imágenes del vídeo de inserción de catéter subcutáneo tipo palomilla. Administración de fármacos e hipodermocclisis. Fuente: canal youtube Paliativos Extremadura.

## 6. Videoclips sobre la carga del infusor o bomba elastomérica.

Este vídeo también está dirigido a profesionales ya que se centra en la técnica de llenado del infusor en base al volumen total a administrar en perfusión continua durante un tiempo prefijado. Se describen las partes del infusor y las recomendaciones a seguir para un uso seguro del mismo. Contiene las consideraciones generales para garantizar el buen funcionamiento. Y como los demás vídeos termina con una recopilación de las situaciones en las que, en caso de dudas, el profesional que esté realizando la técnica, debe avisar o consultar con el equipo de cuidados paliativos de referencia.





**Imagen.** Secuencia de imágenes del vídeo de carga del infusor o bomba elastomérica.  
Fuente: canal youtube Paliativos Extremadura.

## 4. INFOGRAFÍAS PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS.

### a. ¿Por qué se decide la utilización de infografías como método de formación/divulgación?

Las infografías son herramientas de comunicación de procesamiento rápido, ya que por su carácter gráfico y visual, respaldan una información facilitando su entendimiento a simple vista. Es un recurso fácil de compartir por redes sociales, correos, etc. por lo que nos facilita su difusión posterior.

Las infografías son útiles y esenciales para representar la información que es complicada de entender a través de texto puro. Son más fáciles de asimilar y recordar. Por ello, la infografía es una combinación de imágenes sintéticas, explicativas y fáciles de entender, y textos con el fin de comunicar información de manera visual para facilitar su transmisión.

Además las infografías presentan otra serie de características:

- Se usa un lenguaje comprensible por el paciente y/o cuidador.
- Son útiles y manejables en ausencia del profesional.

### b. Series de infografías para el uso seguro de los medicamentos en el domicilio del paciente.

En el formato de infografía se han elaborado dos series en función de a quién van dirigidas.

**b.1. Infografías dirigidas a los cuidadores:**

- **Decálogo para el uso seguro de los medicamentos en el domicilio.**

Contiene las recomendaciones básicas para el manejo y la conservación de los medicamentos. Además, se insiste en la necesidad de registrar dudas, efectos, dosis de rescate, etc.

- **Errores por medicamentos de apariencia similar.**

Una de las causas de mayores errores de medicación está en la similitud de varios medicamentos entre sí. Esta infografía recoge recomendaciones generales y específicas, según la vía de administración, para evitar este tipo de errores.

- **Morfina y sus derivados o similares: efectos secundarios de los opiáceos.**

Se especifican las indicaciones de qué hacer y qué tomar cuando aparezcan los efectos secundarios más frecuentes asociados a los opiáceos.

- **Medicación de rescate: definición, usos, miedos y prejuicios asociados.**

En esta infografía se explicita qué es la medicación de rescate, cómo y cuándo usarla. El objetivo a conseguir es aliviar el miedo y disminuir los prejuicios asociados a esta medicación.

- **Cuidados generales de la boca.**

Para conseguir el bienestar del paciente con necesidades de cuidados paliativos es esencial mantener unos cuidados generales de la boca, es por ello que se han elaborado las recomendaciones para mantener una buena higiene bucal, humedecer la boca y aumentar la salivación.

The image displays three infographics. The top one is a 'Decálogo para el uso seguro de los medicamentos en el domicilio' (Decalogue for the safe use of medicines at home), featuring a circular logo 'MATERIAL PARA CUIDADORES' and ten numbered steps: 1. Compruebe que es el medicamento indicado por su médico; 2. Prepare la dosis indicada; 3. Guarde en el frigorífico los medicamentos que se almacenan así; 4. Anote el día, hora, dosis extra/rescate que le recetaron y su efecto; 5. Compruebe la fecha de caducidad (desembalaje el fármaco en su envase); 6. Administre por la vía y horas indicadas; 7. Use el medicamento correctamente; 8. Consulte con el farmacéutico; 9. No deje de tomar los medicamentos; 10. Anote cualquier efecto secundario. The middle infographic is 'Morfina y sus derivados o similares: efectos secundarios de los opiáceos', listing symptoms like constipation, dry mouth, nausea/vomiting, drowsiness, and dizziness, with corresponding '¿QUÉ HACER?' and '¿QUÉ TOMAR?' instructions. The bottom infographic is 'Cuidados generales de la boca', showing tips for maintaining oral hygiene, increasing saliva, and moistening the mouth.



### MEDICACIÓN DE RESCATE

DEFINICIÓN, USO, MIEDOS Y PREJUICIOS ASOCIADOS

**¿QUÉ ES UNA MEDICACIÓN DE RESCATE?**  
MEDICACIÓN EXTRA QUE SE TOMA EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS POR SÍNTOMAS MAL CONTROLADOS.

**¿CÓMO SE UTILIZA?**  
Se tomará como está indicado en el tratamiento médico.  
Se repetirá con la frecuencia que esté indicada.  
Se puede administrar por diferentes vías: vía oral, subcutánea, intravenosa o sublingual.

**¿CÓMO SE UTILIZA?**  
Cuando haya un síntoma mal controlado (por ejemplo, cuando el dolor o falta de sueño no mejoran), a veces puede estar tomada la medicación habitual de forma correcta.

**¿CÓMO SE UTILIZA?**  
Puede estar indicado un solo medicamento para controlar varios síntomas.  
Pueden estar indicados varios medicamentos para controlar un solo síntoma.

**5 DÍAS**

Ante la duda de si usar un rescate o no, ES PREFERIBLE USARLO.  
Si después de una o dos administraciones el síntoma no mejora, se llamará al equipo sanitario correspondiente.  
La administración de un rescate, NO CAMBIA LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD, sólo controla el síntoma.

### ¡Muchas veces es difícil distinguir los medicamentos entre sí!

Para evitar errores por MEDICAMENTOS DE APARIENCIA SIMILAR:

**SI SON MEDICAMENTOS PARA TOMAR POR BOCA (PASTILLAS, SORBOS O ZARABES), POR LA NARIZ (APLICADORES NASALES) O A TRAVÉS DE LA PIEL (PARCHES):**  
 1. Manténgalos siempre en su envase original.  
**SI SON MEDICAMENTOS PARA ADMINISTRAR POR VÍA SUBCUTÁNEA (AMPOLLAS):**  
 1. Manténgalos siempre en su envase original, si lo hubiera.  
 2. En caso contrario, manténgalos cada medicamento en un recipiente distinto.

**Para distinguir cada medicamento, preste atención al símbolo para el que se lo prescriben, en su envase o recipiente en el que lo ha guardado.**

**A veces las presentaciones de un mismo medicamento se diferencian únicamente por el color.**

**ANTES DE ADMINISTRAR CUALQUIER FÁRMACO:**  
 1. Lea atentamente la MARCA y/o PRINCIPIO ACTIVO del medicamento.  
 2. Compruebe que su MODO DE TRATAMIENTO, que está indicado con el SÍNTOMA que se presenta.  
 3. Compruebe que su MODO DE TRATAMIENTO que la DOSIS del medicamento coincide con la dosis que le han prescrito.

**Respete la PRUTA de administración prescrita (intervalo de tiempo entre dosis).**  
**Para hacer estas comprobaciones use una lupa, si fuera preciso. ¡A veces las ampollas son muy pequeñas!**

¡Tenga siempre a mano siempre su FOLIO DE TRATAMIENTO!

**Imagen.** Serie de infografías como herramientas de apoyo para el entrenamiento y la capacitación del paciente y cuidador en el uso seguro de los medicamentos.  
Fuente: elaboración propia.

## b.2. Infografías dirigidas a los profesionales:

- **Efectos secundarios por el uso de opioides.**

Contiene información sobre los efectos secundarios que se dan siempre, al inicio u ocasionalmente cuando hay un tratamiento con opioides. Se especifican las medidas de soporte, el tratamiento farmacológico y otras consideraciones para cada caso.

- **Otros efectos secundarios: toxicidad por opioides.**

Recoge información detallada de la actuación a llevar a cabo en el caso de toxicidad visceral o neurotoxicidad.

- **Riesgos relacionados con la vía de administración.**

Agrupar las recomendaciones para la administración de determinados fármacos por vía oral, sondas entéricas, vía transdérmica, transmucosa y subcutánea. Además contiene una serie de alertas para el uso seguro de los medicamentos.

- **Cuidados de la boca para pacientes con necesidades de cuidados paliativos.**

Describe el plan de actuación en el caso de que el paciente presente xerostomía, boca dolorosa o candidiasis.

Las dos series de infografías están disponibles en la página web del PRCPEX mediante el siguiente enlace: <https://saludextremadura.ses.es/palix/uso-seguro-de-los-medicamentos>.





## CUIDADOS DE LA BOCA PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

### HIGIENE BUCAL\*

Iniciar en la limpieza de dientes y/o prótesis dentales, lengua y resto de la boca.

Recomendar enjuagues con betel y jengibre.

Hidratación de labios con crema de cacao.

### BOCA DOLOROSA

Enjuagues sin ingerir de:

- 11 manzanilla
- 1 amp de Metaxolol
- 1 amp de Scandicain al 1-2%

Fórmula magistral de 30cc en vial con 1-8%.

Cebollinos cocidos con ácido hialurónico.

## RIESGOS RELACIONADOS VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

VÍA	FÁRMACOS	RECOMENDACIONES DE ADMINISTRACIÓN
<b>ORAL</b>	Fármacos de liberación prolongada (Morfin, Oxycodona, etc.)	Dejar desde "suficiente tiempo" de antes de ingerir. Tragar en seco.
	Omeprazol cápsulas	Si diluye. Abrir la capsula. Beber con 100 ml de agua o zumo de frutas. Agitar y tomar inmediatamente. No administrar agua caliente por riesgo estomacal.
<b>BUCALES</b>	Esomeprazol comprimidos	No tragar. Beber con 20-30 ml de agua, agitar hasta completa absorción y administrar inmediatamente.
	Ondansetrón Comp/Ampolla	Beber con 20-30 ml de agua. Si se agita el contenido (sulfato de sodio) y administrar inmediatamente.

### CANDIDIASIS ORAL

Descartar siempre:

- Morfina oral
- 6 veces al día.
- Fluconazol 150 mg, días lunes

Sumergir prótesis en solución de ácido con agua.

Si persiste valor Fluconazol 100 mg, 2x1, 7 días.

## OTROS EFECTOS SECUNDARIOS TOXICIDAD POR OPIOIDES

FRECUENCIA TIPO DE EFECTO	SEÑAL SINTOMA	MEDIDAS DE SOPORTE	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	OTRAS CONSIDERACIONES
<b>TOXICIDAD VISUAL</b>	Resorción	Hidratación y soporte	No precisa	Revalorar dosis, siempre que se observe alteración pupilar.
	Aguda de Orla			Revalorar dosis, siempre que se observe alteración pupilar.
				Revalorar dosis, siempre que se observe alteración pupilar.
				Revalorar dosis, siempre que se observe alteración pupilar.

## EFECTOS SECUNDARIOS POR EL USO DE OPIOIDES

FRECUENCIA TIPO DE EFECTO	SEÑAL SINTOMA	MEDIDAS DE SOPORTE	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	OTRAS CONSIDERACIONES
<b>SIEMPRE</b>	Escofofrenia	Hidratación	Leve dosis de antiemético durante todo el tiempo que se observe náusea.	Revalorar dosis de antiemético si persiste.
	Keratoma	Cuidado de la boca	No precisa	Revalorar dosis de antiemético si persiste.
<b>AL INICIO</b>	Intusiva y vómito	Dato farmacológico	Revalorar dosis de antiemético durante todo el tiempo que se observe náusea.	Revalorar dosis de antiemético si persiste.
	Los síntomas de la triada	Sorveglianza	Hidratación para evitar toxicidad	Revalorar dosis de antiemético si persiste.
<b>OCCASIONALES</b>	Puñal	Hidratación de la piel	Hidratación	Revalorar dosis de antiemético si persiste.
	Hiperhidrosis	Medidas higiénicas	Revalorar dosis de antiemético durante todo el tiempo que se observe náusea.	Revalorar dosis de antiemético si persiste.

Imagen. Serie de infografías para el uso seguro de los medicamentos dirigidas a profesionales. Fuente: elaboración propia.

### c. Infografías para el uso seguro de los medicamentos en el domicilio del paciente.

A continuación se muestran las infografías que componen las dos series anteriormente descritas.



**MATERIAL PARA  
CUIDADORES**

# DECÁLOGO PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL DOMICILIO



**COMPRUEBE**  
que es el medicamento  
indicado por su médico



**COMPRUEBE**  
la fecha de caducidad  
(Mantenga el fármaco en su envase)



**PREPARE**  
la dosis indicada



**ADMINISTRE**  
por la vía y horas indicadas



**GUARDE EN  
EL FRIGORÍFICO**  
los medicamentos con símbolo \*



**USE UN  
ESQUEMA HORARIO**  
si toma más de un fármaco



**ANOTE**  
en qué dosis extra/resacas  
que ha necesitado y su efecto



**OBSERVE Y REGISTRE**  
cualquier problema tras la toma  
de los medicamentos



**LLEVE EL LISTADO DE  
LOS FÁRMACOS QUE TOMA**  
cuando vaya a la consulta



**ACUDA AL CENTRO  
DE SALUD**  
en caso de duda





# ¡Muchas veces es difícil distinguir los medicamentos entre sí! Para evitar errores por MEDICAMENTOS DE APARIENCIA SIMILAR:



SI SON MEDICAMENTOS PARA TOMAR POR BOCA (PASTILLAS, SOLUCIONES O JELATINA) POR LA VÍZIZ (AMPOLLAS INYECTABLES O A TRAVÉS DE LA PIEL (DIALISIS).

• Mandéngalos siempre en su envase original.

SI SON MEDICAMENTOS PARA ADMINISTRAR POR VÍA SUBCUTÁNEA (AMPOLLAS).

• Mandéngalos siempre en su envase original, si lo hubiera.

• En caso contrario, manténgalo cada medicamento en un recipiente distinto.

Para diferenciar cada fármaco, puede anotar el síntoma para el que se lo prescribieron, en su envase o recipiente en el que lo ha guardado.

⚠ A veces las presentaciones de un mismo medicamento se diferencian únicamente por el color.

ANTES DE ADMINISTRAR CUALQUIERA FARMACIA,

1. Lea atentamente la MARCA, Y/O PRINCIPIO ACTIVO del medicamento.
2. Comparelo con su HOJA DE TRATAMIENTO que este colgado con el prescrito por su médico y que está incluido con el SIMTOMA que se prescribió.
3. Comparelo con su HOJA DE TRATAMIENTO que la DOSSÍ del medicamento, colgado con la dosis que le han prescrito.

⚠ Desperte la PAURA de administración prescriba (intervalo de tiempo entre dosis)  
Para hacer estas comprobaciones use una lupa, si fuese preciso. ¡A veces las ampollas son muy pequeñas!



¡El buen doctores, su profesionalidad, están de hacer un medicamento mejorando a una dosis, seguridad!  
Tenga siempre su HOJA DE TRATAMIENTO.

ES

la

palabra

de

la

vida

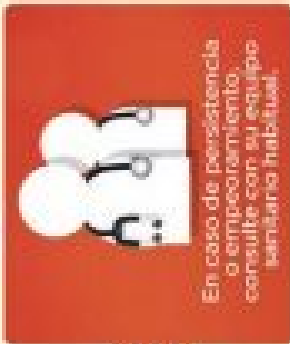
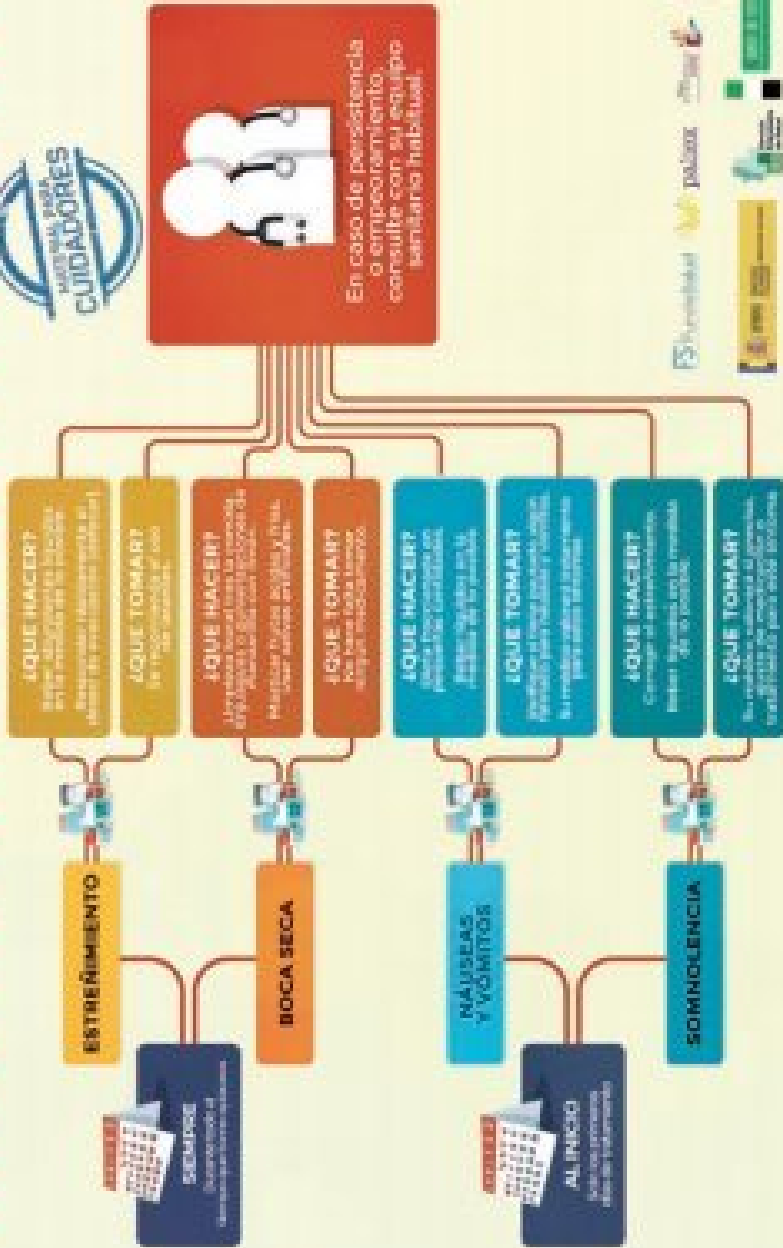
de

la

vida

de

# MORFINA Y SUS DERIVADOS O SIMILARES EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIACEOS



# MEDICACIÓN DE RESCATE

## DEFINICIÓN, USO, MIEDOS Y PREJUICIOS ASOCIADOS

¿QUÉ ES UNA MEDICACIÓN DE RESCATE?

Medicación estrova que se toma en situaciones de rescate POR SÍNTOMAS MAL CONTROLADOS.

¿CÓMO SE UTILIZA?

Se toma así como está indicado en el tratamiento médico.

Se necesita con la frecuencia que este paciente.

Se puede administrar por diferentes vías: vía oral, subcutánea, intranasal, o sublingual.

UNICES

¿CUÁNDO SE UTILIZA?

Cuando haya un síntoma mal controlado (por ejemplo, cuando el dolor o falta de aire sean intensos), a pesar de estar tomando la medicación habitual de forma correcta.

Puede estar indicada un solo medicamento para controlar varios síntomas.

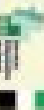
Pueden estar indicados varios medicamentos para controlar un solo síntoma.



⚠️ **¡Saber la dosis de si usar un rescate o no, ES FUNDAMENTAL!**  
 • Si después de una o dos administraciones el sistema no mejora, se deberá al seguir con una conversación con el médico. **NO CAMBIAR LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD, SINO CONTROLAR EL SISTEMA.**



PSICOLOGÍA DEL PACIENTE



# CUIDADOS GENERALES DE LA BOCA





**MATERIAL PARA  
PROFESIONALES**

# EFECTOS SECUNDARIOS POR EL USO DE OPIOIDES

FRECUENCIA, TIPO DE EFECTO	SIGNO SINTOMA	MEIDAS DE SOPORTE	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	OTRAS CONSIDERACIONES
 <p><b>SIEMPRE</b></p> <p>Durante todo el tiempo del tratamiento con opioides</p>	Estreñimiento	Hidratación	Laxantes suaves durante todo el tiempo que utilicen opioides	Informar de su aparición Insistir en la forma de laxantes
	Keratoma	Cuidados de la boca	No precisa	Informar de su aparición
 <p><b>AL INICIO</b></p> <p>Los primeros días del tratamiento</p>	Húscas y vómitos	Dieta fraccionada	<p>SEDANTES: morfina, codeína, buprenorfina</p> <p>NEUROLÉPTICOS: haloperidol</p> <p>ANTI SÍNT: Ondansetrón</p>	Advertir su posible aparición Desaparecen en pocos días
	Somnolencia	Hidratación para evitar toxicidad	No precisa Si persiste, valor Metilfenidato	Advertir su posible aparición Desaparece en pocos días
 <p><b>OCASIONALES</b></p> <p>No se presentan siempre, pero cuando lo hacen pueden ser similares</p>	Prurito	Hidratación de la piel Solución de Calamina	<p>Hidroxicina</p> <p>Prometazina</p> <p>Ondansetrón</p>	Valorar cambio de opioide a uno de menor densificación equianaléptica
	Hipersudoración	Medidas Higiénicas	<p>Corticoides</p> <p>Antihistamínicos</p>	Evitar cambios bruscos de temperatura ambiental y corrientes de aire

FS Farmaceutica

paliex










# OTROS EFECTOS SECUNDARIOS TOXICIDAD POR OPIOIDES

 <b>FRECUENCIA TIPO DE EFECTO</b>	 <b>SEÑO SINTOMA</b>	 <b>MEDIDAS DE SOPORTE</b>	 <b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>	 <b>OTRAS CONSIDERACIONES</b>
<b>TOXICIDAD VISCERAL</b> Por acumulo de metabolitos, casi siempre relacionado con ancianos y/o escasa ingesta de líquidos	 Retención Aguda de Orina	 Hidratación y soporte	 No pruebas	 Reducir dosis, siempre que se consiga adecuada analgesia.
	 Eso parético	 Hidratación Enemas	Metoclopramida Eritromicina Laxantes	Hacer diagnóstico diferencial antes. Uso parético (ausencia ruidos hidroacústicos) y Oclusión Intestinal (peristaltismo de bariol).
<b>NEUROTOXICIDAD</b> Por acumulo de metabolitos, casi siempre relacionado con ancianos y/o escasa ingesta de líquidos	 Delirium Alucinaciones Mioclonías Hiperalgesia Alodinia Paradoxias	 Hidratación Vigilar si existe sobreestimulo	 Neurolepticos Picoestimulantes Benzodiazepinas	 Reducción de dosis y/o rotación de opioides <b>¡IMPORTANTE!</b> Reevaluar al paciente cada 24h



# RIESGOS RELACIONADOS VIAS DE ADMINISTRACIÓN

 VÍA	 FÁRMACOS	 RECOMENDACIONES DE ADMINISTRACIÓN
 <b>ORAL</b>	<b>Fármacos de liberación prolongada</b> (Morfina, Oxycodona, etc.)	Pelear suavemente (cada 12h de reloj). No partir. No triturar. Tragar sin masticar.
	<b>Omeprazol cápsulas</b>	Si <b>disfagia</b> : Abrir la cápsula. Mezclar (sin tritura) gránulos con agua o zumo de frutas. Agitar y tomar inmediatamente. No administrar esta mezcla por sondas entéricas.
 <b>SONDAS ENTÉRICAS</b>	<b>Esomeprazol comprimidos</b>	No triturar. Mezclar con 20-30 ml de agua, agitar hasta completa dilución y administrar inmediatamente.
	<b>Ondansetrón Comp/Ampolla</b>	Diluir en 20-30 ml de agua, la ampolla o el comprimido pulverizado, y administrar inmediatamente.
	<b>Metoclopramida Comp/Jarabe</b>	Diluir en 20-30 ml de agua, el jarabe (más recomendado) o el comprimido pulverizado.
 <b>TRANSDÉRMICA</b>	<b>Fentanilo parche</b>	Si necesita cortarlos, hacerlo en diagonal. Vigilar la adherencia del parche a la piel. Retirar el parche previo, antes de la nueva dosis. Consultar las instrucciones de uso de cada tipo de parche.
 <b>TRANSMUCOSA</b>	<b>Fentanilos de acción inmediata</b>	Humedecer la lesión. No masticar. No succionar. Consultar las instrucciones de uso de cada presentación.
 <b>SUBCUTÁNEA</b>	<b>Dexametasona</b>	No mezclar con otros fármacos. Administrar por una vía subc de uso exclusivo. Administrar de forma lenta.
	<b>Ketorolaco</b>	No mezclar con otros fármacos. Administrar por una vía subc de uso exclusivo. Administrar de forma lenta.
	<b>Lorazepamina</b>	No mezclar con otros fármacos. Administrar por una vía subc de uso exclusivo. Rotar frecuentemente el punto de punción. Administrar diluido y de forma lenta.
	<b>Midazolam</b>	Intentar usar la concentración 5mg/ml, para administrar el menor volumen posible.

## RECOMENDACIONES GENERALES:

El **big** siempre de la **caja**, usar la tabla de equivalencia entre cajas.

En caso de **cajas entéricas**, administrar otros 10-15ml de agua, para facilitar más de fármacos.

El **big** **no** **debe** **ser** **administrado** **oralmente**, **administrarlo** **en** **una** **vía** **subc** **de** **uso** **exclusivo**.  
de la administración de medicamentos.

Los **líquidos** **excipientes** (Dextrosa, Hexometil, Fosfato, Dexametasona, etc.)  
debe administrarse por vía subcutánea.

La **electrolitos**, **evitar** **en** **la** **medida** **de** **la** **posible**.



# CUIDADOS DE LA BOCA

PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

## HIGIENE BUCAL\*

Incidir en la limpieza de dientes y/o prótesis dentales, lengua y resto de la boca.

Recomendar enjuagues con bebidas gaseosas.

Hidratación de labios con crema de cacao.



## BOCA DOLOROSA

Enjuagues sin ingerir de:

1 l manzanilla  
1 frasco Nistatina  
1 amp de Scandicain al 1-2%

Fórmula magistral de lidocaína viscosa 1-5%.

Colutorios o geles con ácido hialurónico.



## XEROSTOMÍA\*

Aumentar ingesta de líquidos.

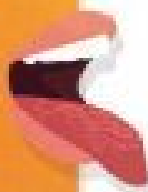
Pulverización con agua y/o manzanilla.

Enjuagues con manzanilla fría y limón.

Chupar trozos de cubitos de hielo, papa u otra fruta ácida.

Spray o comprimidos de saliva artificial.

Bastoncillos de glicerina con limón.



## CANDIDIASIS ORAL

Descartar siempre

Nistatina sol.  
6 veces al día.

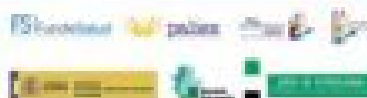
Fluconazol 150 mg.  
dosis única

Sumergir prótesis en Nistatina diluida con agua

Si persiste valorar Fluconazol 100 mg 24h 7 días.



\* Véase la infografía del cuidado general de la boca dirigida a cuidadores.



## 5. CÓMO UTILIZAR ESTAS HERRAMIENTAS DE APOYO PARA EL ENTRENAMIENTO Y LA CAPACITACIÓN EN EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN CUIDADOS PALIATIVOS.

Tanto los profesionales de los Equipos de Cuidados Paliativos como los de los Equipos de Atención Primaria y otros Equipos de referencia para el paciente, deben mostrar, explicar y si es posible, dejar en formato papel, las infografías que consideren necesarias para que el cuidador principal pueda realizar sus tareas relacionadas con la medicación en el domicilio del paciente en ausencia de un profesional. Del mismo modo se debe mostrar la ubicación exacta en la página web del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, de las infografías y de los videoclips que les puedan ser útiles, acompañado de una breve explicación de su contenido y de la confirmación de que lo han entendido bien.

No hay que olvidar que tanto las infografías como los vídeos y las demás medidas de seguridad implantadas para la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes con necesidades de cuidados paliativos son complementarias a la labor de la educación sanitaria que los profesionales deben dar en el domicilio de los pacientes. En ningún caso fueron pensadas para sustituir esta tarea.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Marques Molías F, Sáez Cárdenas S, Guayta R. Métodos y medios en promoción y educación para la salud. Ed: Universitat Oberta de Catalunya. 2004. (27-33) ISBN: 84-9788-013-7

2. Sobre O Autoexame Ocular Para Apoio À Prática Do Autocuidado Para Pessoas Com HIV/AIDS. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014 Apr [cited 2018 Nov 18]; 48( 2 ): 285-291. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000200285&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200285&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000013>.

3. Ferguson M, Leighton P, Brandreth M, Wharrad H. Development of a multimedia educational programme for first-time hearing aid users: a participatory design.

4. Int J Audiol. 2018 Aug;57(8):600-609. doi: 10.1080/14992027.2018.1457803. Epub 2018 May 2. PubMed PMID: 29718733.

5. Hsieh MC, Lin YH. [VR and AR Applications in Medical Practice and Education]. Hu Li Za Zhi. 2017 Dec;64(6):12-18. doi: 10.6224/JN.000078. Chinese. PubMed PMID:29164542.

6. Agama Sarabia A, Trejo Niño G, de la Peña León B, Islas Ortega M, Crespo Knofler S, Martínez Felipe L, González Velázquez M. Recursos audiovisuales en la educación en enfermería: revisión de la literatura. eglobal [Internet]. 28jun.2017 [citado 18nov.2018];16(3):512-38. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/260621>

7. Gabarrón E, Fernández-Luque L. eSalud y vídeos online para la promoción de la Salud. Gaceta Sanitaria. 2012 May;26(3):197-200.

8. Keser H, Özcan D. Current trends in educational technologies studies presented in World Conferences on Educational Sciences. Soc Behav Sci. 2011;15:3989-98

# 10

CAPÍTULO

## EL PROYECTO USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL DOMICILIO DE PACIENTES CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LAS REDES SOCIALES.

*Javier Flores Belmonte*







# 1. INTRODUCCIÓN.

En el contexto del Proyecto *Uso seguro de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos*, tan importante ha sido la elaboración del mapa del riesgo y las distintas acciones y medidas de seguridad para la prevención de eventos adversos (protocolos, listas de verificaciones, materiales audiovisuales, etc.), como que estos sean accesibles a todos los profesionales y cuidadores que en cualquier momento del proceso de atención a un paciente puedan necesitar. Es por ello que no solo es necesario que estén disponibles en los centros sanitarios y sociosanitarios, sino que sean accesibles en plataformas digitales (páginas web y diferentes redes sociales), para ser consultadas en cualquier momento con los dispositivos a nuestro alcance, incluso desde un teléfono móvil.

## 2. ACCESIBILIDAD EN LA WEB Y EN LAS REDES SOCIALES.

La aparición de las redes sociales en nuestra sociedad ha supuesto un importante cambio en nuestra vida, tanto a nivel personal como a nivel profesional. Las redes sociales son herramientas virtuales que logran poner en contacto a las personas, es decir, ayudan a comunicar a personas o grupos de personas entre sí y a buscar información relevante, siempre en tiempo real.

Las redes sociales también se han convertido en una útil herramienta para poder encontrar aquella información que necesitamos, bien sea haciendo preguntas de cualquier tema o siguiendo las nuevas novedades que se publican en los medios de comunicación.

Saber utilizar las redes sociales, y más importante aún, saber darle un uso correcto, puede ayudar a sacar un gran partido a estas herramientas en todos los ámbitos.

Uno de los objetivos del Proyecto *Uso seguro de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos* es mejorar la accesibilidad de los materiales que han resultado del desarrollo del Proyecto, ya sea a pacientes, cuidadores o profesionales que lo precisen en cualquier momento. Para ello, a continuación se muestran los diferentes **puntos de acceso en la página web y en canal de youtube** donde está disponible toda esta información.

## 3. PÁGINA WEB SALUDEXTREMADURA/PALIEX.

En Extremadura contamos con la página web "*Salud Extremadura*" creada por la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, con la colaboración del Servicio Extremeño de Salud. Esta página contiene información de todos los centros y servicios sanitarios, centros residenciales y centros sociosanitarios de nuestra Comunidad Autónoma, así como noticias, enlaces y actualizaciones de interés para profesionales y usuarios de nuestro sistema sanitario público. Es de muy fácil acceso desde cualquier dispositivo electrónico con conexión a internet.

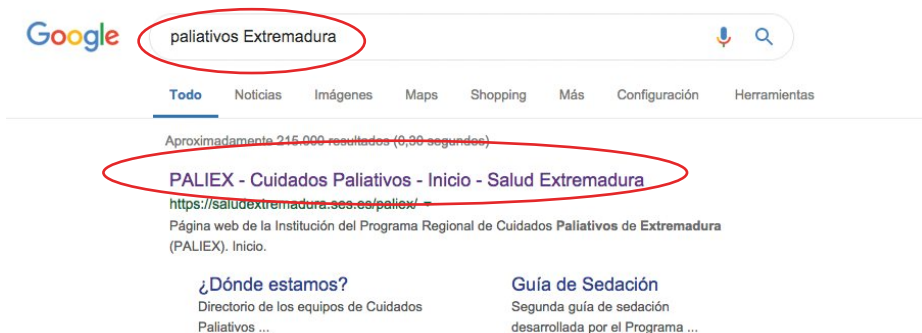
En esta página se puede consultar, ver o descargar todo el material resultante de este Proyecto. Para ello basta con iniciar el navegador de internet, abrir el buscador habitual (por ejemplo, Google) y realizar una búsqueda escribiendo “**paliativos Extremadura**” en la barra de búsqueda. Con estos pasos aparece la página web de “Salud Extremadura” y el epígrafe de Cuidados Paliativos “Paliex”.

A continuación, se muestran una serie de pantallazos que describen este proceso de búsqueda y acceso a los resultados y materiales finales del Proyecto.

1. Realizar una búsqueda con “*paliativos Extremadura*”



2. Acceder a Paliex desde la Página Web de Salud Extremadura



3. Acceder al apartado de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos desde la página de Paliex.



4. En este apartado están disponibles la información y resultados relacionados con la *Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos* y con la *Cultura de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos*.

Además, haciendo clic en el epígrafe de “*Uso seguro de medicamentos*” se abre el sitio web donde están disponibles todos los materiales audiovisuales del Proyecto.



## Seguridad del paciente en cuidados paliativos



La seguridad del paciente fue definida por la OMS en 2009 como la ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.

También se conoce como el conjunto de elementos *estructurales, instrumentales, procesos y metodologías* basadas en evidencias científicamente probadas, que tienden a *minimizar* el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención sanitaria o de mitigar sus consecuencias.

Actualmente la atención sanitaria es una actividad compleja en la que intervienen múltiples agentes en distintos ámbitos. Esto se pone de manifiesto en la atención al final de la vida, en la que además de intervenir los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos, el paciente recibe atención continuada por su Equipo de Atención Primaria, y en algunos casos por equipos de otras especialidades médicas. A esto se le suma, entre otros aspectos, los condicionantes asociados al lugar en el que se presta la atención sanitaria, que en el caso de cuidados paliativos puede ser una unidad de hospitalización, un centro residencial o sociosanitario, o el domicilio del paciente, en este caso atendido por familiares y cuidadores informales. Por todo

ello, y siendo conscientes de que en cuidados paliativos se pueden enfrentar situaciones de extrema vulnerabilidad, desde el *Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura* se considera la seguridad de los pacientes como una prioridad.

### CONTENIDOS

- ▶ ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS
- ▶ CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS
- ▶ **USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS**

5. Desde este apartado se pueden examinar y descargar las infografías para los cuidadores y para los profesionales con solo clicar sobre las fotografías.



## Uso seguro de los medicamentos

Desde el Programa Regional de Cuidados Paliativos se han elaborado una serie de materiales audiovisuales que forman parte del material de apoyo necesario para la formación y capacitación de los cuidadores en el manejo seguro de los medicamentos.

Existen dos tipos de materiales:



Infografías, con la que ofrecer información clave de forma atractiva, comprensible e intuitiva.

Videos clips, con los que mostrar la forma de llevar a cabo determinados cuidados a los pacientes

Este material está dirigido principalmente a los cuidadores, pero también se han elaborado material dirigido a los profesionales para que dispongan de información esencial sobre cuidados paliativos y ellos seleccionen la información más apropiada para cada paciente/cuidador en función de sus necesidades:

### Material para Cuidadores



Contiene las recomendaciones básicas para el manejo y la conservación de los medicamentos. Además se insiste en la necesidad de registrar dudas, efectos, dosis rescate, etc.



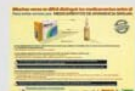
Se especifican las indicaciones de qué hacer y qué tomar cuando aparezcan los efectos secundarios más frecuentes asociados a los opiáceos



Para conseguir el bienestar del paciente con necesidades de cuidados paliativos es esencial mantener unos cuidados generales de la boca, es por ello que se han elaborado las recomendaciones para mantener una buena higiene bucal, humedecer la boca y aumentar la salivación



Medicación de rescate: definición, uso, miedos y prejuicios asociados



Para evitar errores por medicamentos de apariencia similar

### Material para Profesionales



Contiene información sobre los efectos secundarios que se dan siempre, al inicio u ocasionalmente cuando hay un tratamiento con opioides. Se especifican las medidas de soporte, el tratamiento farmacológico y otras consideraciones para cada caso



Recoge información detallada de la actuación a llevar a cabo en el caso de toxicidad visceral o neurotoxicidad



Recomendaciones para la administración de determinados fármacos por vía oral, sondas entéricas, vía transdérmica, transmucosa y subcutánea. Además contiene una serie de alertas para el uso seguro de los medicamentos

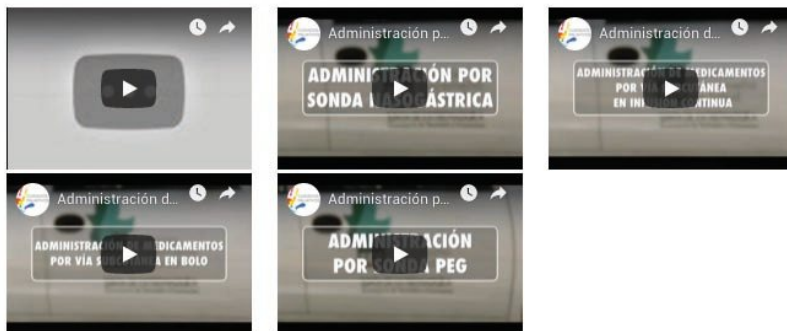


Plan de actuación en el caso de que el paciente presente xerostomía, boca dolorosa o candidiasis



6. Si continuamos con el cursor hacia abajo nos encontramos con el material audiovisual. Está formado por una serie de vídeos ilustrativos sobre técnicas y recomendaciones relacionados con el uso seguro de medicamentos en cuidados paliativos.

### Videoclips



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Aviso Legal: Todo el material derivado de este proyecto está sujeto a una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual (CC BY-NC-SA) que permite la descarga desde la página web del Programa Regional de Cuidados Paliativos Extremadura (<https://saludextremadura.ses.es/palieux/>).

Además se permite entremezclar, ajustar y/o adaptar para generar una obra derivada a partir de estos materiales, siempre y cuando se cite la autoría de los originales (Grupo de Calidad del PRCPEX) y al titular de los Derechos (SES), sea con fines no comerciales y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

Nota: PRCPEX : Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, SES: Servicio Extremeño de Salud.

En esta misma página web se irán poniendo a disposición de los profesionales, cuidadores y usuarios las actualizaciones sobre los materiales producto de este Proyecto, así como los diferentes protocolos y documentos resultantes de la finalización del mismo.

Con este enlace se obtiene acceso al apartado de Uso seguro del medicamento de la página web del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura:

<https://saludextremadura.ses.es/palieux/seguridad-del-paciente-en-cuidados-paliativos>

## 4. CANAL YOUTUBE : PALIATIVOS EXTREMADURA.

También podremos acceder a los materiales del Proyecto desde la plataforma **YOUTUBE**. A continuación se describe el proceso de acceso, visualización y descarga de los materiales.

1. Entrar desde el buscador habitual a YOUTUBE. Esto se puede hacer desde cualquier dispositivo electrónico con acceso a internet, incluso un teléfono móvil.
2. Desde Youtube se accede al canal de seguridad del paciente en cuidados paliativos de Extremadura, con los términos “**Paliativos Extremadura**”.

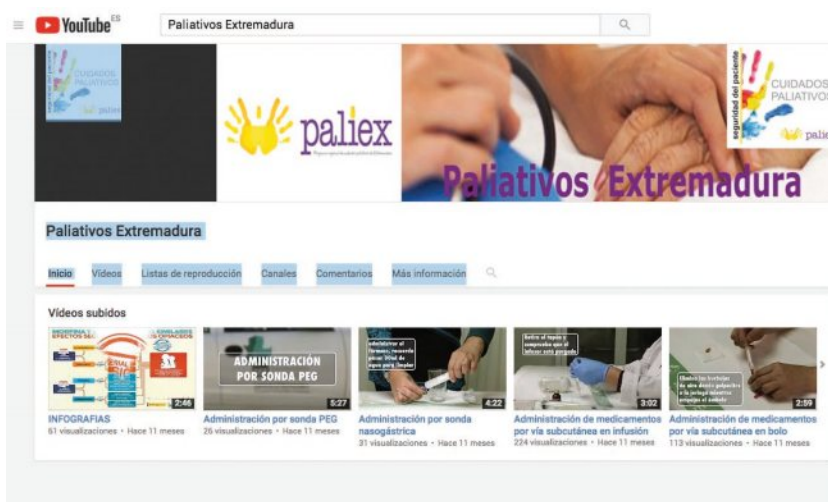




3. Hacer clic sobre la palabra “busca”, y en primer lugar aparecerá la imagen de seguridad del paciente en cuidados paliativos de Extremadura



4. Haciendo clic sobre la imagen de seguridad del paciente en cuidados paliativos o sobre el texto “Paliativos Extremadura” se accede al canal y al visionado del material en formato de vídeos.



## 5. DESCARGA Y USO DE LOS MATERIALES FINALES DEL PROYECTO.

Esta serie de materiales elaborados para la mejora del uso seguro de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos está sujeta a una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual (CC BY-NC-SA)



Se permite la descarga desde la página web del Programa Regional de Cuidados Paliativos Extremadura (<https://saludextremadura.ses.es/paliex/>). Además se permite entremezclar, ajustar y/o adaptar el contenido para generar una obra derivada a partir de estos materiales, siempre y cuando se cite la autoría de los originales (Grupo de Calidad del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura) y al titular de los Derechos (Servicio Extremeño de Salud), sea con fines no comerciales y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

## 6. OTRAS FORMAS DE DIFUSIÓN DEL PROYECTO Y SUS RESULTADOS.

Desde el Grupo de Calidad CALPALEx del PRCPEx que ha desarrollado y liderado el Proyecto *Uso seguro de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos*, se sigue trabajando para darle la mayor difusión posible, y que los materiales resultantes del estudio, puedan ser utilizados por un gran número de profesionales y cuidadores de pacientes con necesidades de cuidados paliativos. Por ello, este Proyecto se ha presentado en diversos foros, congresos y jornadas afines a los cuidados paliativos y a la seguridad en el paciente, en formato póster y comunicaciones orales.

En el año 2018, se han otorgado varios premios al proyecto, que a continuación detallamos.

### 1. XII Congreso Internacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos en Vitoria-Gasteiz.

Durante los días 7 a 9 de junio de 2018 se celebró el XII Congreso Internacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos en Vitoria-Gasteiz acogiendo a casi 1000 profesionales del ámbito nacional e internacional que atienden a pacientes y familiares al final de la vida. Extremadura ha estado representada en este Congreso a través del PRCPEx y sus profesionales de los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos del SES.

El Grupo CALPALEx ha participado en este Congreso presentando varios trabajos científicos acerca del desarrollo de la *Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos* y del Proyecto *Uso seguro de los medicamentos en el domicilio de pacientes con necesidades de cuidados paliativos* en formato de comunicación oral y póster, recibiendo el premio a la mejor comunicación oral y premio al mejor póster, a los siguientes trabajos presentados:

**Mejor comunicación oral:** *“Sesión design thinking: materiales para la capacitación de manejo/administración segura de medicamentos en el PRCPEX”.*

**Mejor póster:** *“Recursos para el uso seguro del medicamento dirigido a cuidadores de pacientes terminales en domicilio”.*



**Imagen.** Momento de la recogida de los premios en el XII Congreso Internacional de la SCEPAL.

## 2. I Edición de los premios OAT para la Mejora de la Adherencia al Tratamiento

El Servicio Extremeño de Salud participó en la I Edición de los Premios del Observatorio para la Adherencia al Tratamiento (OAT) en la categoría de “Comunidades Autónomas”, siendo una de las tres finalistas con el trabajo “Mejora de la adherencia al tratamiento mediante el Uso seguro de los medicamentos en Cuidados Paliativos”.

El acto de entrega del premio tuvo lugar en Madrid el 24 de Octubre de 2018, en unas Jornadas organizadas por la Fundación para la Adherencia al Tratamiento (FUNDOAT) y al que asistieron D. Ceciliano Franco, Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud, y D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> José Redondo, Coordinadora Regional del PRCPEX.



**Imagen.** Momentos de la Jornada de FUNDOAT.  
Entrega del Certificado como finalistas de la I Edición de los premios OAT.

Desde el PRCPEX se seguirá fomentando la *Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos*, desarrollando las distintas líneas de intervención, y haciendo máxima difusión en las redes sociales de los resultados, acciones y medidas de seguridad que se pongan en marcha.





# COORDINACIÓN TÉCNICA, AUTORES Y REVISORES

## COORDINADORA TÉCNICA:

**Beatriz Rodríguez Pérez:** Enfermera. Máster en Seguridad del Paciente y Calidad Asistencial. Referente de Seguridad del Paciente. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud.

## AUTORES:

**M<sup>a</sup> Teresa Alonso Ruíz.** Médico especialista en Geriátrica. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Área de Salud de Mérida. Grupo CALPAEx.

**Javier Flores Belmonte.** Enfermero. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Área de Salud de Llerena-Zafra. Grupo CALPAEx.

**M<sup>a</sup> Ángeles Martín Fuentes de la Rosa.** Enfermera. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Área de Salud de Mérida. Grupo CALPAEx.

**Beatrice Pop Csog.** Médico de Familia. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Área de Salud de Navalmoral. Grupo CALPAEx (coordinadora).

**Mercedes Ramos González.** Enfermera. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Área de Salud de Plasencia. Grupo CALPAEx.

**M<sup>a</sup> José Redondo Moralo.** Médico de Familia. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Área de Salud de Badajoz. Coordinadora del Programa Regional de Cuidados Paliativos.

**Beatriz Rodríguez Pérez.** Enfermera. Máster en Seguridad del Paciente y Seguridad Asistencial. Referente en Seguridad del Paciente. Dirección General de Asistencia Sanitaria Servicio Extremeño de Salud.

**Victoria Romero Gabino.** Enfermera. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Área de Salud de Cáceres. Grupo CALPAEx.

## GRUPO REVISOR:

**Esther Artacho Aznar:** Médico de familia. Experta en seguridad del paciente. Gestora SINASP del Área de Salud de Plasencia. Centro Sociosanitario de Plasencia. Área de Salud de Plasencia.

**Florencia Bonino Timmermann:** Enfermera. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Área de Salud de Badajoz. Grupo CALPAEx.

**Fátima Díaz Díez.** Enfermera. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Área de Salud de Badajoz. Grupo de Trabajo de Registros y Documentación Clínica en Cuidados Paliativos de Extremadura.

**M<sup>a</sup> Ángeles Martín Fuentes de la Rosa.** Enfermera. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Área de Salud de Mérida. Grupo CALPAEx.

**Miguel Ángel García Martín:** Farmacéutico de Área. Área de Salud de Plasencia. SES.

**M<sup>a</sup> Ángeles Gómez Carvajal:** Personal Administrativo. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud.

**M<sup>a</sup> Victoria Muñoz Arroyo:** Farmacéutica de Área. Área de Salud de Navalmoral de la Mata. SES.

**Beatriz Rodríguez Pérez:** Enfermera. Máster en Seguridad del Paciente y Calidad Asistencial. Referente de Seguridad del Paciente. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud.













GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, CONSUMO  
Y BIENESTAR SOCIAL



JUNTA DE EXTREMADURA  
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales



Servicio  
Extremeño  
de Salud

FS FundeSalud

seguridad del paciente



CUIDADOS  
PALIATIVOS