



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título:

ESTUDIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

Alumno: FLORES SALDAÑA, MARTÍN *Biblioteca Hernández*

Tutor: PALLARÉS CARRATALÁ, VICENTE

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria Curso: 2016-2017

ÍNDICE

1. PREGUNTA EN FORMATO PICO.....	3
2. JUSTIFICACIÓN: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	3
3. BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE BREVEMENTE COMENTADA.....	9
4. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
6. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.....	12
7. DISEÑO Y MÉTODOS.....	13
a) Estrategia de búsqueda.....	13
b) Tipo de diseño que se utilizará.....	14
c) Población de estudio:	
- Descripción de la muestra.....	14
- Criterios de inclusión y exclusión.....	14
- Método de muestreo.....	15
- Cálculo del tamaño de la muestra.....	15
- Procedencia de los sujetos.....	16
d) Método de recogida de datos:.....	17
e) Variables:	
- Definición de las variables.....	18
- Medición de las variables.....	18
f) Estrategia de análisis estadístico.....	21
8. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO.....	23
9. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS.....	24
10. PROBLEMAS ÉTICOS.....	23
- Modelo de Consentimiento informado.....	24
- Métodos utilizados para minimizar los posibles riesgos principales.....	25

- Ley de protección de datos.....	25
- Beneficios potenciales.....	25
11. PLAN DE EJECUCIÓN.....	25
12. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.....	27
- Personal que participará en el estudio y su responsabilidad.....	27
- Instalaciones, instrumentación si fuera necesario.....	27
13. PRESUPUESTO.....	27
14. BIBLIOGRAFIA. (Max 20 citas bibliográficas).....	28
15. ANEXOS.	
- ANEXO I: CARTA SOLICITUD AL CEIC.....	30
- ANEXO II: HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE.....	33
- ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO DEL PACIENTE.	35
- ANEXO IV: COMPROMISO INVESTIGADOR PRINCIPAL.....	36
- ANEXO V: ABREVIATURAS.....	37
- ANEXO VI: CUADERNO RECOGIDA DATOS	38

Fdo. MARTÍN FLORES SALDAÑA

1. PREGUNTA FORMATO PICO

Iniciamos la búsqueda bibliográfica con la formulación de nuestra pregunta estructurada identificando los cuatro componentes PICO.

- **¿Es aplicable un Programa para incrementar la seguridad clínica de los pacientes en el domicilio habitual por su Equipo de Atención Primaria?**

El estudio tendrá efecto sobre aquellos pacientes que no pueden desplazarse al centro de atención sanitaria o sobre los que su domicilio es su lugar terapéutico de elección.

P	<i>Paciente/Población</i> (¿Quién?).	Pacientes visitados en el domicilio/hogar por su Equipo de Atención Primaria en población adscrita al cupo médico Departamento 03.
I	<i>Intervención/Exposición</i> (¿Qué?).	Evaluación de la Seguridad de Pacientes.
C	<i>Comparación</i> (¿Comparado con qué?).	Pacientes visitados en el domicilio/hogar por su Equipo de Atención Primaria en población adscrita al cupo médico otros Departamentos.
O	<i>Outcomes/Resultados</i> (¿Con qué resultado?).	Diseñar estrategias preventivas que mejoren la calidad asistencial y minimicen los EA.

2. JUSTIFICACIÓN: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

2.1. JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento progresivo de la población (más del 20 % de los habitantes de los países desarrollados tendrá más de 65 años en 2020),¹ los cambios en el patrón de morbilidad y el aumento del grado de dependencia, ocasiona que una buena parte de nuestros pacientes necesiten recibir la atención en sus propios domicilios debido a problemas de desplazamiento o porque su domicilio es su mejor lugar terapéutico.

Esta situación es cada día más patente en ciertos colectivos, pacientes ancianos frágiles o con perfil geriátrico, enfermos crónicos avanzados, enfermos mentales, pacientes en fase terminal, posthospitalizados. Aquellos que presenten un grado de invalidez y/o limitaciones graves de la movilidad generarán una creciente demanda de servicios domiciliarios, tanto de naturaleza sanitaria como social.¹

Por otro lado, los pacientes se muestran mucho más autónomos en sus propias decisiones. Esta determinación no está exenta de riesgos ya que un estudio inicial sobre la asistencia domiciliaria en Canadá demostró que un 5,5 % de 279 pacientes de asistencia domiciliaria sufrió eventos adversos; de los cuales, casi la mitad, eran caídas con lesiones, seguidas de eventos relacionados con la medicación, las escaras por decúbito y los daños psicológicos.¹

Esta demanda creciente de prestaciones asistenciales en los domicilios exige a los agentes implicados, incluso a las instituciones responsables, a establecer estrategias orientadas a eliminar, reducir y mitigar acontecimientos adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención a la salud en cualquier lugar donde se demande, además de proporcionar aquellas prácticas más seguras fundamentadas en la evidencia científica.²⁻¹⁰ Por tanto, abordar estrategias dirigidas a mejorar una cultura de Seguridad del Paciente, sin duda, se convertirá en un elemento clave de la Calidad Asistencial.

2.2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española, impone a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.⁸ Estas medidas incluyen acciones dirigidas a preservar la salud pública de la población y evitar los riesgos asociados a la propia asistencia sanitaria minimizando riesgos y Efectos Adversos (EA) y promocionando la Seguridad del Paciente (SP).

Los primeros estudios con repercusión sobre la seguridad del paciente los ofrece el Instituto Americano de Medicina con la publicación del informe “To Err is Human: Building a Safer Health System” en el año 1999. Este documento marca un antes y un después en la seguridad del paciente, logrando situar el problema de los efectos adversos, en la esfera sociopolítica informando sobre la magnitud y consecuencia de los errores en la atención sanitaria. Dicho informe estimaba que en Estados Unidos (EE.UU.) entre 44.000 y 98.000 pacientes fallecían anualmente por errores médicos, cifras alarmantes que dejaban ver que el 10% de los pacientes hospitalizados presentaban efectos adversos.³⁻⁴ El mensaje fundamental argumentaba que estos sucesos se producían como consecuencia de múltiples

fallos en el complejo sistema sanitario, y que eran prevenibles en un alto porcentaje.⁴⁻⁵

Según la OMS, una tendencia común en las reformas de los sistemas sanitarios a nivel europeo e internacional es el énfasis en modelos de integración en la provisión de servicios.² Estos modelos proponen ,entre otras medidas, estrategias dirigidas a la mejora de la seguridad de los pacientes (SP) promoviendo el conocimiento y la cultura de SP entre los profesionales implicados en la atención directa y pacientes, diseñando y estableciendo sistemas de información y notificación de eventos adversos para el aprendizaje, implantando prácticas seguras recomendadas según la mejor evidencia científica, promoviendo la investigación en SP y la participación de pacientes y ciudadanos en la gestión de los riesgos de su propia atención.

La Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Resolución 55.18 del 2002 reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente como principio fundamental de todos los sistemas sanitarios.²⁻⁷ Bajo el lema “primero no hacer daño” la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente 2005, estableció un conjunto de estrategias con un enfoque global que lograra hacer efectivas las medidas de su seguridad centradas en el propio paciente, su familia y los cuidadores.

En línea con estos principios, una atención de calidad debe contemplar la seguridad del paciente tanto en el ámbito de la Atención Especializada (Hospitales y centros de atención especializada), de la Atención Primaria (Centros de Salud y Consultorios Auxiliares), como en el propio domicilio del paciente.⁵ Es importante destacar que los conocimientos con los que contamos sobre la epidemiología del error y el daño, las causas y los factores que contribuyen a éstos así como las soluciones posibles pertenecen casi en su totalidad al ámbito hospitalario.⁵⁻⁶⁻¹⁰⁻¹⁵

En nuestro país, la publicación del Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS)¹⁵ primer informe español sobre efectos adversos de la asistencia sanitaria en 2006, supuso una herramienta de gran valor para la puesta en marcha de la estrategia para la mejora de la seguridad del paciente. Representó un hito y un importante avance en el conocimiento de los efectos adversos de la atención sanitaria. Dicho estudio concluyó que un 8,4% de

los ingresados en hospitales españoles presentaban algún efecto adverso relacionado directamente con la asistencia hospitalaria. Esta cifra aumentaba al 9,3 % si se incluían todos los efectos relacionados con la asistencia sanitaria. El estudio observó que una cuarta parte de los problemas que se definen como efectos adversos tenía que ver con el tipo de enfermedad que padecía el paciente y que las otras tres cuartas partes eran achacables al modo en el que se aplicaban los tratamientos, cómo se efectúan las pruebas diagnósticas y cómo se organiza la atención sanitaria que recibe el paciente.

Estos estudios tuvieron su continuidad en el «Estudio de la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria (AP) de Salud» (APEAS), en el que se identificaron un 11,2% de EAs por cada mil visitas. De los considerados graves, el 70% eran evitables.¹⁰⁻¹⁵ La mayor parte estaban ligados a reacciones medicamentosas y a los cuidados (coincidiendo con resultados del estudio ENEAS).

Otros estudios confirman los datos obtenidos en el estudio APEAS, destacando que las reacciones medicamentosas adversas pueden prevenirse en un alto porcentaje. A su vez, estos estudios ponen énfasis en las reacciones adversas a polimedicación y las describen como eventos que generan ingresos hospitalarios urgentes evitables. Por otra parte, observan que estas reacciones adversas causan un incremento considerable de los costos de salud (costos de no-salud).²²

Por su repercusión en la seguridad del paciente, otros estudios concluyen que en el 50% de los pacientes polimedcados se detectan interacciones medicamentosas demostrándose que el número de interacciones es mayor en función del número de fármacos administrados. Además, conforme avanza la edad y la polimedicación el paciente puede sufrir cambios fisiológicos propios del envejecimiento que alteran la farmacocinética y la farmacodinamia de algunos fármacos aumentando el riesgo de reacciones no deseadas.⁴⁻⁶⁻⁹

Otros datos aportados por la literatura refieren los accidentes como “caídas” ya que son el tipo de accidente en personas mayores por excelencia tanto en cantidad entre el 80% y el 90%, como en las consecuencias que motivan fracturas.⁶⁻¹¹⁻¹⁹⁻²² Podemos decir que, en términos generales, un tercio de las

personas mayores de 65 años sufre un accidente y que el 60% aproximadamente de estos accidentes se produce en el hogar.²²

Estos datos reafirman que a mayor eficacia de la asistencia sanitaria, mayor número de pacientes que envejece con enfermedades controladas (cronicidad de las enfermedades). Los pronósticos actuales sugieren que un 25% de la población de muchos países podría vivir hasta superar los noventa años³ en 2030. Enfermedades que hasta hoy se consideraban mortales se han convertido en crónicas, con las repercusiones que ello conlleva; tanto para los individuos, la familia, los cuidadores, la sociedad, como para el propio sistema sanitario.⁴⁻⁷

Existe un importante riesgo de que no se pueda hacer frente a los gastos de la asistencia institucional a los mayores si tenemos en cuenta el modelo sanitario y medidas de acción alternativas adoptadas en cada país. Esta situación puede conducir a un mayor riesgo de errores y fallos prolongados de la atención, con la consiguiente repercusión negativa sobre la calidad asistencial y sobre la seguridad del paciente.²⁻³⁻⁷

No se cuestiona que la seguridad del paciente ha evolucionado y que se ha desarrollado fundamentalmente en el ámbito de la atención hospitalaria. Los conceptos que han orientado los estudios sobre seguridad en los hospitales siguen siendo relevantes en atención primaria y por qué no también en la atención en el domicilio. Nuevas líneas de trabajo pondrán en evidencia la necesidad de desarrollar estrategias de mejora en la prestación de servicios sanitarios en el hogar, así como sistemas de notificación y registros que evalúen y cuantifiquen la prestación sanitaria en un entorno tan singular como puede ser el domicilio del paciente.¹⁸⁻²²

La atención proporcionada en el domicilio del paciente es un importante lugar de prestación de servicios sanitarios, sin embargo el ámbito doméstico puede plantear considerables riesgos para los pacientes, en algunos casos mayores a los hospitalarios. La seguridad del paciente en el hogar no ha sido abordada de manera sistemática, probablemente porque la seguridad en el contexto de la asistencia domiciliaria requiera unos conceptos, modelos y soluciones distintos a los desarrollados en el ámbito del hospital. Esto se debe a los diferentes entornos, a veces inadaptados, diferencias socioeconómicas, responsabilidades asumidas

cada vez más por pacientes y cuidadores, convirtiéndose en una fuente potencial del error,⁵ protocolos y estándares de calidad, supervisión, coordinación y contexto normativo de la asistencia domiciliaria.

Los riesgos para los pacientes en las consultas de atención primaria y de aquellos atendidos en el domicilio, son muy distintos de los que tienen lugar en el hospital y están mucho más relacionados con los errores por omisión en la atención y la falta de supervisión durante largos períodos de tiempo⁵⁻⁶. Tradicionalmente, estas áreas no pertenecían al campo de la seguridad del paciente, pero son sin duda fuente de daño potencial. Con el objetivo de reducir la complejidad del cuidado, se precisa de una coordinación eficaz entre todas las instituciones sanitarias, en particular en los puntos de transición,⁷ para mitigar el riesgo y posibilitar los resultados positivos.

Por último, como ya hemos señalado, los pacientes son conscientes de sus derechos y conocedores de los servicios y prestaciones sanitarias y aquí conviene remarcar la importancia que adquiere el término “cultura de seguridad del paciente” definido como “la capacidad de una organización para identificar, informar e investigar los incidentes y tomar las medidas correctivas que mejoren el sistema de atención al paciente y permitan reducir el riesgo de recurrencia” (concepto de calidad de la OMS).

En el año 2004, la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente ya propuso programas de actuación y notificación para delimitar las estrategias de seguridad del paciente incluyendo la participación del propio paciente su familia/cuidadores.

En nuestro país, la estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de la Seguridad Social (2015-2020) tiene como referente implantar y desarrollar sistemas de notificación de incidentes que serán analizados para coadyuvar en la mejora de la seguridad del paciente.¹⁹

Este sistema de Información de Registro de Incidentes y Eventos Adversos (SINEA), publica anualmente los datos relativos a los hechos declarados en la Comunidad Valenciana, pero sólo menciona los casos producidos en atención primaria y en hospital.¹⁴

Tras un análisis de los datos publicados en el informe SINEA 2015 del número de casos confirmados por el departamento de Salud, destacamos la escasez de datos declarados respecto al volumen de consultas y visitas de asistencia domiciliaria realizadas en AP. Considérese que para el Departamento de Salud La Plana de 68 casos totales declarados, 8 corresponde a Atención Primaria y 60 a Hospital. Puede resultar preocupante la línea descendente que se dibujaría con los datos pendientes de publicación para SINEA 2016 en el que se prevé un descenso de notificaciones para el mismo Departamento de Salud. De 22 casos notificados, sólo 1 hace referencia a AP y con referencia explícita a las dificultades para asistir al domicilio del paciente.

Es evidente la importancia del registro sistemático y conocimiento de la realidad del EA para prevenir, evaluar riesgos, notificar y establecer medidas con la finalidad de reducir sus efectos desde el propio domicilio.

Ante esta situación, se advierte que nuestro sistema sanitario no aporta ni los recursos ni las medidas pertinentes para mejorar la calidad de la seguridad del paciente en su domicilio. Estos objetivos deberían ser los cimientos en aras de la seguridad del paciente.

Considerando toda la información consultada hasta este punto, este proyecto de investigación pretende conocer, analizar y evaluar el impacto de los EA sobre las características de los pacientes y la asistencia en el domicilio como lugar terapéutico idóneo para aquellos que por sus características, limitaciones o dependencias, no pueden acudir al primer nivel asistencial.

3. BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE BREVEMENTE COMENTADA.

(Al menos 3 artículos relevantes)

3.1. Charles Vincent y René Amalberti. Safer Health Care: Strategies for the Real World. (1.ª Edición, septiembre de 2016) Editorial Modus Laborandi, S.L

El siguiente libro es fruto de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), y la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), orientado a trabajar conjuntamente para la mejora de la Calidad Asistencial y la Seguridad del Paciente a través de diferentes iniciativas para facilitar y difundir el conocimiento científico y los avances en seguridad del

paciente a los profesionales del Sistema Nacional de Salud español y fomentar la cultura de seguridad en el ámbito sanitario. Los autores, Charles Vincent y René Amalberti, referentes mundiales en investigación y promoción de la Seguridad del Paciente, reflexionan sobre los desafíos de la seguridad en la asistencia sanitaria, sus niveles de calidad asistencial, los nuevos entornos de trabajo para los profesionales sanitarios con la inclusión de los avances tecnológicos y la participación e implicación de los pacientes en la toma de decisiones de su proceso asistencial.

3.2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Eds. To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington D: National Academy Press; 1999. [última consulta. 17_4_2017], 13(51), 69-71. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>

El informe publicado por el Institute of Medicine (IOM), “To Err is Human: building a safer health system” es considerado como el primer informe sobre el movimiento para la Seguridad del Paciente (SP). Este informe elevó el interés por la Seguridad del Paciente a nivel mundial, alentando a las instituciones sanitarias a evitar en lo posible los eventos adversos derivados de la atención.

El mensaje de fondo de “To Err is Human” manifiesta que, siendo la seguridad un principio fundamental de la atención al paciente, su mejora supone una labor compleja que afecta a todo el sistema. Si el error es tratado como un signo de la incompetencia, insensatez o imprudencia de un individuo, en lugar de analizarlo y aprovechar la información para el aprendizaje posterior, los profesionales sanitarios seguirán teniendo dificultades para admitir o discutir sobre aquello que en suceda en su trabajo, por vergüenza, censura de los compañeros y posibles responsabilidades legales que de ello se puedan derivar.

3.3. Aranaz, J. M., Aibar Remón, C., Vitaller Burillo, J., Mira Solves, J. J., Orozco Beltrán, D., & Terol García, E. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. (2008). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf

Impulsado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el estudio APEAS junto con otros estudios ENEAS, EARCAS, SYREC y EVACUR son el punto de partida para conocer la magnitud y los determinantes del riesgo asistencial en España. El estudio APEAS sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria definió la prevalencia sobre una muestra de 48 centros de AP de 16 CCAA en los que participaron 452 profesionales. Se estudiaron 96.047 pacientes que acudieron a consulta durante dos semanas de Junio del 2007. La prevalencia observada de eventos adversos fue de un 11,18% de las consultas de AP para un (IC 95%: 10.52-11.85%). El 54,7% (n=606) de los eventos adversos se consideraron leves, el 38,0% (n=421) moderados y el 7,3% (n=81) graves. El 47,8% de los eventos adversos (n=530) estaba relacionado con la medicación, el 8,4% (n=93) con las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria de cualquier tipo, el 10,6% (n=118) con algún procedimiento y el 6,5% (n=72) con los cuidados. El 64.3% eran prevenibles y solo el 5,9% fueron graves, la mayoría de ellos relacionados con la medicación.

4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

Son escasos los trabajos sobre los Eventos Adversos en atención domiciliaria y la mayoría proporcionan una visión parcial del tema. Su prácticamente nula notificación evidencia la falta de una cultura de seguridad del paciente. Nuestras hipótesis de trabajo pretenden confirmar que:

- I. Conocer la prevalencia de efectos adversos que se dan en los sujetos visitados en el domicilio influirá positivamente en mejorar la calidad asistencial.
- II. La elaboración de estrategias preventivas de los EA en la Atención Domiciliaria puede ser altamente efectiva, al ser evitables el 70% de los EA en general y el 80% de los EA graves en particular.
- III. La gravedad del paciente y las comorbilidades asociadas a su enfermedad de base influirán negativamente en la aparición de sucesos adversos indeseables.
- IV. Disponer de instrumentos de identificación, medición y evaluación de eventos adversos influirá positivamente en la seguridad del paciente.
- V. Una estrategia de cultura de seguridad dirigida a profesionales sanitarios influirá positivamente en la disminución del evento adverso.

- VI. Una estrategia de cultura de seguridad dirigida a pacientes y cuidadores influirá positivamente en la disminución del evento adverso.
- VII. Un entorno socio-familiar deficiente influirá negativamente en la calidad de seguridad del paciente en la atención domiciliaria.

5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

5.1. OBJETIVOS GENERALES

- I. Identificar qué sucesos adversos se derivan de la asistencia sanitaria en el hogar del paciente, incluyendo incidentes que no ocasionan daño para el paciente y/o Eventos Adversos que ocasionan daño para el paciente.
- II. Mejorar la cultura de la seguridad del paciente a partir del análisis y discusión de datos obtenidos.
- III. Implementar en los EAP estrategias encaminadas a mejorar la seguridad del paciente en sus domicilios.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Analizar qué factores contribuyen a la aparición de EA, incluidos los peligros relacionados con el hogar.
- II. Diseñar una hoja de monitorización sobre los efectos adversos detectados y su repercusión.
- III. Evaluar el entorno familiar y observar si éste se relaciona con el número y gravedad de los efectos adversos.
- IV. Estimar si los EA y su gravedad se relacionan con la asistencia sanitaria en el mejor lugar terapéutico del paciente y/o comorbilidades.
- V. Identificar los sucesos adversos de mayor repercusión que permitan establecer soluciones correctoras para evitar el efecto adverso.

6. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.

La información aportada por los resultados será el punto de partida para diseñar futuras líneas de investigación que permitirán una cultura de seguridad que involucre a pacientes, familiares, cuidadores y profesionales.

Se dispondrá de datos y resultados suficientes para calcular los costes (personales, sociales y económicos) que suponen los EA en la asistencia domiciliaria y trabajar programas de prevención desde la Administración Pública Sanitaria bajo el amparo de las recomendaciones internacionales.

7. DISEÑO Y METODOS.

Previo al inicio de este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica estructurada.

7.1. Estrategia de búsqueda bibliográfica

I. Bases de datos

Se realiza búsqueda bibliográfica de los descriptores en las principales bases de datos, (Pubmed, la biblioteca Cochrane, SciELO, Biblioteca Virtual en Salud, LILACS), bases de datos del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, Bases de datos del Instituto Nacional de Estadística y páginas web de Consejerías de Sanidad, Servicio Andaluz de Salud (SAS) y Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) Consellería de Sanitat Valenciana. La Fundación para la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP); La Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), Google Academic.

II. Descriptores

De ciencias de la salud (DeCS) y medical subject headings (MeSH), junto al operador booleano "AND", se utilizó el número singular y se desestimó la utilización de truncamiento.

III. Límites de búsqueda

- Tipo estudios, artículos originales como revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y experimentales.
- Acceso libre en español e inglés.
- Horizonte temporal, últimos 10 años y adultos ≥ 15 años.
- Alguna de las palabras claves incluidas en título o resumen del artículo.

IV. Palabras clave

Lenguaje Natural	MeSH	DeCS
Seguridad del Paciente	Patient Safety	Seguridad del Paciente
Control de Riesgos	Risk Management	Gestión de Riesgos
Error Médico	Medical Errors	Errores Médicos
Atención Primaria	Primary Health Care	Atención Primaria de Salud
Atención domiciliaria	Home Care Services	Servicios de atención de salud a Domicilio

7.2. Tipo de diseño que se utilizará

El tipo de estudio será epidemiológico de carácter observacional de tipo descriptivo y prospectivo en el tiempo. Se desarrollará mediante entrevista personal estructurada a pacientes visitados en su mejor lugar terapéutico en cualquiera de los municipios que integran el mapa sanitario y sus Zonas Básicas de salud del Departamento “La Plana”, elegidos por muestreo aleatorio.

7.3. Población de estudio

Aquellos pacientes que no pueden desplazarse al centro de atención sanitaria o para los que su domicilio es su mejor lugar terapéutico.

I. Descripción de la muestra

Todos aquellos pacientes incluidos en los siguientes epígrafes: pacientes agudos, crónicos avanzados, geriátricos, terminales, postquirúrgicos, con problemas de salud mental, que cumplen el criterio de población estudio y firmen documento de consentimiento informado dando su autorización para ser entrevistados.

Deben estar en posesión de la Tarjeta SIP (Sistema de Información Poblacional) activa y tener asignado profesional sanitarios (Médico y Enfermero) de cualquiera de los 11 Centros de Atención Primaria, y/o los 30 consultorios Auxiliares incluyendo los 3 Centros Sanitarios Integrales de las 9 Zonas Básicas que demarcan el Mapa Sanitario del Departamento 03 “La Plana”, durante el periodo de estudio y que cumplan criterios de inclusión.

II. Periodo de estudio

El periodo elegido para la realización del estudio será de 15 meses comprendidos entre los meses de marzo del 2018 a junio del 2019.

III. Criterios de inclusión y exclusión

Son criterios de inclusión.

- Aquellos pacientes adultos mayores de 15 años, aleatorio para sexo y grupo etario, con tarjeta SIP, adscritos a cualquiera de los 11 Centros de Atención Primaria, y/o los 30 consultorios Auxiliares

incluyendo los 3 Centros Sanitarios Integrales de las 9 Zonas Básicas que demarcan el Departamento 03 “La Plana”.

- Pacientes que no pudiendo desplazarse al centro de AP, son atendidos en su domicilio habitual y permanente.
- Pacientes que no pudiendo desplazarse al centro de AP, son atendidos en el domicilio temporal de sus familiares.
- Pacientes que siendo atendidos, firman el consentimiento informado de participación en el estudio.
- Pacientes con discapacidad intelectual, medida con la Escala Pfeiffer de Valoración mental del área cognitiva y se confirma su participación mediante firma del CI por familiar o representante legal.

Son criterios de exclusión.

- Aquellos pacientes que voluntariamente o bajo la tutela de representante legal, deciden no participar en el estudio.
- Aquellos pacientes que no posean Tarjeta Sanitaria (SIP) activa durante el periodo de trabajo de campo.
- Aquellos pacientes internos en residencias o instituciones cerradas durante el periodo de estudio.
- Aquellos pacientes que pertenecen al grupo homogéneo bajo epígrafe, Materno-infantil.

IV. Método de muestreo

El tipo de muestreo es probabilístico ya que todas las unidades que componen la población tendrán la misma probabilidad de ser elegidas y aleatorio ya que en la selección de los sujetos se asignarán números aleatorios a partir del SIP.

V. Cálculo del tamaño de la muestra

Para el cálculo de la muestra hemos utilizado el programa online de “Cálculo del tamaño muestral Granmo” versión 7.12.

Considerando los datos obtenidos en la Memoria de Gestión de la Conselleria de Sanitat Universal durante el ejercicio 2016, se registraron un

total 45.757 consultas a domicilio en Atención Primaria AP, 15.071 visitas a domicilio por Atención Continuada (AC) y 8.735 visitas programadas a pacientes Nivel 3 y UHD, en el Departamento 03 “La Plana” (a cierre de este proyecto de investigación, no se disponen datos de los 3 CSI del Departamento, sobre consultas por atención domiciliaria).

Realizados los cálculos mediante aplicación informática (Granmo” versión 7.12); podemos confirmar que con una muestra aleatoria de 450 individuos es suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una desviación de +/- 5 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente se aproximará al 50%. El porcentaje de reposiciones necesario se ha previsto que sea del 15%.

VI. Procedencia de los sujetos

La Comunitat Valenciana comprende las provincias de Castellón, Valencia y Alicante, con una extensión territorial, 23.255 km², de los que 6.632 Km² corresponde a la provincia de Castellón.

En 2016, el número de ciudadanos incluidos en el SIP, es decir, dados de alta en dicho Sistema, al que se le asigna un número SIP y del que se recogen datos de identificación, localización, asignación de médico y centro de atención primaria, modalidad de aseguramiento (datos de acreditación) y situación de residencia está cifrado en 4.970.151 hab. (Según datos SIP de la Dirección General de Asistencia Sanitaria).

La población incluida en SIP del total de los departamentos de salud y situación de empadronamiento es de 4.861.439 para la Comunidad Valenciana y para el Departamento 03 de La Plana se cifra en 185.733 SIP empadronados.

Según memoria de Gestión de Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública 2016, el volumen de actividad en Centros de Salud y Consultorios auxiliares de la Comunitat Valenciana es de 37.447.956 consultas, de las que, el 96,56 % se realizan en el centro y el 3,44% en el domicilio. Para el Departamento 03 “La Plana” se obtienen 1.479.340 consultas en centros, 45.757 consultas a domicilio y 8 consultas por teléfono. (Fuente. ALUMBRA, servicio de Análisis Sistemas Información Sanitaria).

Teniendo en cuenta los datos registrados en la memoria de Gestión de Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública 2016, y para el proyecto que nos ocupa, seguridad del paciente en atención domiciliaria, podemos establecer una población de referencia de 69.363 pacientes con tarjeta SIP y con epígrafes de “consulta en atención domiciliaria” registrados en Historia Clínica Electrónica Programa ABUCASIS del Sistema de Información Poblacional (SIA) para el Departamento 03 La Plana.

Total visitas atención domiciliaria AP	45.757 hab.
Total visitas atención domiciliaria AC	15.071 hab.
Total visitas domicilio atención casos complejos Nivel 3 y UHD	8.535 hab.
Total epígrafe Visitas a domicilio ejercicio 2016 Dto.03 La Plana	69.363 hab.

7.4. Método de recogida de datos:

Como método para la recogida de datos, realizaremos un procedimiento de muestreo probabilístico polietápico. En primer lugar, seleccionaremos al azar una muestra aleatoria y representativa (mediante muestreo simple aleatorio), entre el 100% de los centros de salud y consultorios auxiliares que integran el mapa sanitario del Departamento 03, con un tamaño proporcional de Tarjetas SIP.

Posteriormente, se realizará una segunda selección también al azar representativa y proporcional de los diferentes cupos médicos asignados a los EAP seleccionados.

El criterio general de elección consistirá en seleccionar una muestra representativa de los Centros de Salud y Consultorios Auxiliares y de los cupos de pacientes asignados a médicos del Dto. 03 La Plana, que cumplan criterios de inclusión y guarden proporcionalidad en la selección de centros asistenciales y tamaño de población SIP, según cupo.

Si alguno de los centros y/o consultorios rehúsa su participación en el estudio se reemplazará por otro del mismo mapa sanitario de forma aleatoria.

Seleccionada una muestra representativa, siguiendo criterios de inclusión y mediante el sistema informático Granmo, los sujetos de forma secuencial serán entrevistados por miembros del equipo de investigación, capacitados y entrenados para la obtención de datos. En todo momento se preservarán criterios de confidencialidad de la información que se registrará en el cuaderno de recogida de datos (CRD) para su posterior análisis estadístico.

7.5. Variables

I. Definición de las variables

En nuestro estudio se combinan variables tanto cuantitativas como cualitativas, ponderando las segundas sobre las primeras, siendo aquellas variables que nos clasificaran el conjunto de los elementos de la muestra en categorías bien nominal dicotómicas (sexo: varón, mujer) u ordinal que nos permitirá establecer una modalidad de variable en escala (Experiencia laboral, menos de 1 años; de 1-4 años; de 5-9 años y más de 10 años de experiencia).

- **Variables de identificación:** Mediante código alfanumérico.
- **Variables sociodemográficas:** Cualitativas dicotómicas (Tipo ZBS, tipo centro, sexo, minusvalía, domicilio). Cualitativas politómicas (Categoría profesional, experiencia laboral, edad, grado dependencia, ingresos anuales).

II. Medición de las variables. Formularios (Anexo V).

Las variables cualitativas serán evaluadas mediante frecuencias relativas, y absolutas. Las variables cuantitativas se evaluarán mediante la media y la desviación estándar.

- Los instrumentos seleccionados para este estudio se elaboran a partir del realizado en el estudio APEAS sobre seguridad del paciente en AP adaptado según técnicas de consenso.

Se medirán:

- a. Factores causales de EA.
- b. Origen del EA.

(EVAA – Escala de Valoración de la Autonomía para el Autocuidado). Los grados de autonomía oscilan entre 1 y 10. A mayor puntuación, menor grado de autonomía.

(Escala de Discapacidad de Oxford Rankin modificada). 0. Sin síntomas. 1. Sin incapacidad importante. 2. Incapacidad leve. 3. Incapacidad moderada. 4. Incapacidad moderadamente severa. 5. Incapacidad severa.

e. Cognitivo-Perceptivo:

SPSMQ -Pfeiffer – (Valoración mental del área cognitiva). 0-3 errores: Funcionamiento intelectual normal; 4-7 errores: Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro; 8-10 errores: Déficit intelectual severo.

TIN corto – (Test del informador .Se tendrán en cuenta variables sociodemográficas y biológicas); A partir de 57, es indicativo de deterioro cognitivo.

f. Tratamiento Farmacológico:

Test Morinsky - Green – Levine, (Adherencia al tratamiento farmacológico); El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No.

g. Socio-Familiar:

(Escala Gijón de valoración socio-familiar en el anciano para detección del riesgo social); De 5 a 9 Buena/aceptable situación social; De 10 a 14 Existe riesgo social; Más de 15 Problema social

Test de Zarit, (Escala de sobrecarga del cuidador); <47 no sobrecarga; 47-55 sobrecarga leve; >55 sobrecarga intensa.

- Cuestionario de riesgos y/o Peligros.

Ante la falta de escalas y procedimientos de identificación de posibles exposiciones y riesgos para la salud en el hogar, se desarrolló y

verificó un “check list” (pendiente validación en España), adaptado del realizado por Junta de Revisión Institucional de la Universidad de Columbia USA, en el que se evaluaron los riesgos y peligros potenciales para la salud en la vivienda y su repercusión sobre los cuidados y atención de salud en el hogar.

La lista de verificación consta de 33 ítems con respuestas categóricas en los que se evalúan los siguientes riesgos:

- a. Riesgos de caídas.
- b. Riesgos biológicos.
- c. Riesgos eléctricos
- d. Riesgos químicos
- e. Riesgos de incendio.
- f. Otros riesgos

- Procedimiento.

Concertada previamente la visita con el paciente en su domicilio, el equipo investigador cumplimentará el cuestionario a los pacientes asignados, identificando riesgos presentes y potenciales en la vivienda, Acontecimiento Adversos (AE) prevalentes o en fase de secuelas, independientemente del lugar donde se originaron. Introducirá los datos en el cuaderno diseñado para tal efecto, asegurando la confidencialidad mediante un registro ciego para la dirección del estudio.

7.6. Estrategia de análisis estadístico

En una primera fase se desarrollará un estudio descriptivo observacional prospectivo que se llevará a cabo en la muestra seleccionada de entre las 9 Zonas Básicas de salud del Departamento 03 “La Plana”.

Es descriptivo porque su finalidad es utilizar datos concretos que describen la situación real de la seguridad del paciente en atención domiciliaria de los 11 Centros de Atención Primaria, y/o los 30 Consultorios Auxiliares incluyendo los 3 Centros Sanitarios Integrales. Es observacional porque el equipo investigador no manipula, sino que sólo se limita a observar lo que ocurre de forma natural

sin intervención alguna. Por último, es prospectivo porque en su inicio nos basaremos en los datos obtenidos entre los meses de Sept- 2018 a Marzo del 2019.

En una segunda fase se realizará un estudio con componentes analíticos mediante el análisis de la influencia de las variables independientes sobre la variable dependiente.

Para el estudio descriptivo, las variables cualitativas serán evaluadas atendiendo a las frecuencias relativas y absolutas. Las variables cuantitativas se evaluarán mediante la media y la desviación estándar, tras comprobar test de homocedasticidad. Si no se ajustaran a una curva de normalidad se calcularían medianas y percentiles.

Las variables cualitativas se expresarán como valor absoluto y porcentaje, con la estimación del 95% de intervalo de confianza. Las variables cuantitativas se expresarán como media +/- desviación típica. La correlación de las variables cuantitativas entre si se medirán por medio de la correlación de Pearson o Spearman. Se utilizará la prueba Chi- cuadrado para variables categóricas y pruebas T student para variables cuantitativas. Se evaluará la fuerza de asociación mediante contraste de medias. El análisis estadístico se realizará con el sistema informático SPSS v.20 y/o Excel 2010, aceptando un nivel de significación $p \leq 0,05$.

8. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO.

La duración del proyecto será de 15 meses, desde su inicio en Marzo del 2018 hasta conclusión junio 2019, según se detalla en diagrama de Gantt adjunto.

AÑO ACTIVIDAD	2018												2019											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión Bibliográfica																								
Elección Instrumentos																								
Diseño Protocolo																								
Redacción marco teórico																								
Presentación Proyecto Gerencia Departamento 03																								
Presentación Proyecto CEIC de AP C. Valenciana																								
Diseño base de datos																								
Recogida de Datos																								
Análisis de Datos																								
Resultados																								
Discusión, Conclusiones																								
Publicación																								

9. LIMITACIONES Y POSIBLES SEGSOS.

Una de las principales limitaciones del estudio es la falta de un grupo control comparable que sirva de referencia y sobre el que se pueda comparar resultados a la vez que confirmar si son debidos a la variable independiente o a otras que no se han controlado.

9.1. Sesgos de selección

Vienen determinados por los criterios de inclusión y exclusión. Si bien se ha intentado definir criterios de azar en la selección tanto de centro como de sujetos, la decisión de participar, nivel de estudios, la supervivencia durante el periodo de trabajo de campo y las dificultades de comprensión de comunicación, dificultades cognitivas, pueden darse en sujetos seleccionados e influir en la validez de los datos.

9.2. Sesgo de medición

Para limitar el sesgo de medición, se propusieron criterios de inclusión realista a la diversidad de sujetos y se diseñó un manual o guía explicativa de las variables del estudio que sirvió de entrenamiento al entrevistador. Es previsible encontrar en determinados sujetos, sesgos de recuerdo o de memoria ya que nuestro cuestionario tiene una alta variabilidad que podría dificultar recuerdos de forma precisa y completa de hechos pasados. Reconocemos que la ausencia de trabajos previos que sirvan para comparar nuestros resultados limita la sensibilidad del instrumento de medición (formulario).

9.3. Sesgo de confusión

Para evitar situaciones de confusión entre las variables, se intentó especificar los criterios de inclusión y exclusión buscando la homogeneidad entre los sujetos incluidos, con el riesgo conocido de disminuir la validez externa por las restricciones de la población.

10. PROBLEMAS ÉTICOS.

10.1. Comité Ético de Investigación Clínica

Se solicitará al Comité Ético de Investigación Clínica de AP de la Comunidad Valencia (CV) tal y como viene establecido en las normas sobre investigación en humanos, que el proyecto de investigación cumple con los requisitos de idoneidad según sus objetivos, que la capacidad del investigador principal y los medios son apropiados, que el procedimiento para conseguir el CI es el adecuado y el tratamiento de los datos obtenidos se realizará conforme a la legislación vigente de protección y confidencialidad. (ANEXO I)

10.2. Modelo de Consentimiento informado

Se prestará por escrito a todo paciente que voluntariamente decida participar en el estudio previa información y comprensión de las características y objetivos del estudio como viene previsto en el art 8.2 de la Ley 41/2002 básica reguladora de la Autonomía del Paciente. (ANEXO I).

10.3. Métodos utilizados para minimizar los posibles riesgos principales.

Se respetarán los principios éticos del informe Belmont de 1978 y la Declaración de Helsinki de 1964 a instancias de la Asociación Médica Mundial actualizada en 2008 sobre principios éticos que rigen la investigación en humanos. Se tendrá presente el convenio de Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa.

10.4. Ley de protección de datos.

Se garantizará la protección, el anonimato y la privacidad de los datos obtenidos durante el estudio de campo y posterior análisis de ellos, como así viene regulado en la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. De igual manera se facilitara al paciente Hoja de Información, indicándole su participación voluntaria una descripción general del proyecto y los beneficios de su participación. (ANEXO II)

10.5. Beneficios potenciales

Consideramos que su participación en este estudio no entraña ningún riesgo añadido a su salud. Es posible que no obtenga ningún beneficio por su participación, pero podrá conocer mejor que aspectos de su atención directa pueden entrañar riesgos para su salud así como factores contribuyentes de su aparición y como prevenirlos.

11. PLAN DE EJECUCIÓN.

11.1. Inicio proyecto, marzo 2018.

Planteadas las preguntas iniciales, ¿Qué? ¿Cómo? ¿Cuándo? y ¿Por qué?

A propuesta del Investigador principal se elabora y analiza cada una de las etapas del proyecto de investigación "Seguridad del Paciente en Atención Domiciliaria. Se diseñarán estrategias del proyecto, se concretará circuito de información, asignación de tareas entre los miembros del equipo, así como elaboración de presupuesto. Todo ello previo a la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de AP de la CV y su presentación a la Gerencia del Departamento 03 La Plana.

11.2. Junio 2018 – Agosto 2018

Reunión equipo investigación, puesta en común información relevante. Definición fase conceptual del proyecto, marco de referencia, hipótesis de investigación y objetivos. Una vez aprobada la solicitud del proyecto tras verificación de requisitos cumplidos, por el Comité Ético de Investigación Clínica de AP de la CV.

Elección de instrumentos de medición diseño del estudio tamaño de la muestra, cronograma de metodología del estudio. Inicio diseño base de datos del estudio, elección de variables, validación si procede.

11.3. Septiembre 2018 – Marzo 2019

Reunión del equipo investigador, seguimiento y puesta en común de datos aportados hasta el momento. Inicio estudio de campo y recogida de datos que se trasladaran al cuaderno de recogida de datos diseñado. Previamente, redacción consentimiento informado para autorización previa a inclusión en estudio. Redacción CI para autorización por representante legal y/o tutor Complimentación documento compromiso investigador. Establecidos criterios de selección población. Diseñar listados, distribución de pacientes entre miembros equipo investigador. Informar a entrevistadores del manual cumplimentación y explicación de variables incluidas en el estudio.

Informar a entrevistadores de una carta explicativa del estudio a los pacientes incluidos en el proyecto incidiendo en los aspectos éticos y confidencialidad de datos.

Programar/concertar visita entrevista. Inicio estudio de campo.

Inicio verificación de datos, volcado a cuaderno de datos análisis estadístico.

11.4. Marzo 2019 – Junio 2019

Reunión del equipo investigador puesta en común resultados trabajo de campo, notificación incidentes durante el desarrollo.

Revisión historias clínicas, verificación final de datos, mecanización de datos recopilados, análisis estadísticos elaboración de documento final discusión y conclusiones del estudio.

Redacción y publicación de resultados (según validez externa), en revistas científicas de impacto nacional y/o internacional, congresos científicos de repercusión contrastada.

12. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.

Todas las personas que participan en el proyecto como investigadores han participado como co-investigadores en otros estudios de corte similar, tienen una dilatada productividad científica con varios artículos originales publicados en los últimos cinco años así como comunicaciones en congresos tanto nacionales como internacionales. Por tanto, están perfectamente capacitados para desarrollar y liderar este proyecto de investigación de título Estudio sobre la seguridad del paciente en atención domiciliaria.

12.1. Instalaciones, instrumentación si fuera necesario

El Equipo de investigación cuenta con estructuras físicas y medios materiales facilitados por la propia Conselleria tras aprobación del proyecto por el CEIC. Así, el equipo de investigación dispondrá de la biblioteca del propio centro de salud y Aula de informática del Departamento de La Plana común a la mayoría de los integrantes del equipo investigador equipada con el soporte informático suficiente, ordenadores impresoras y/o escáneres, acceso a internet y otros recursos adecuados a las exigencias del proyecto.

13. PRESUPUESTO.

Teniendo en cuenta la explicación anterior, se detalla en el siguiente presupuesto las necesidades económicas desglosadas según capítulos (Capt.)

A. Capt. Personal. El equipo de Investigación estará compuesto por Investigador Principal más tres Investigadores colaboradores. El personal colaborador será contratado media jornada, tres días por semana.

- B.** Capt. Material y suministros. Para la realización del trabajo de campo, se valora la adquisición de 5 tablets a una media de 450€ por unidad.
- C.** Capt. Dieta y Kilometraje. Se establece a 0.19€ coste medio por kilómetro y una media de 50 km diarios, tres días por semana durante 8 meses.
- D.** Capt. Gastos extras. Se considera una provisión de fondos de un 5% en este capítulo.

PRESUPUESTO SOLICITADO	
PERSONAL	EUROS
Gastos de personal: Tres investigadores colaboradores 1/2 jornada/ 12 días mensuales/ 8 meses	
Subtotal	9,840 euros
MATERIAL Y SUMINISTROS	
Adquisición de bienes y contratación de servicios: (inventariable, fungible y otros gastos) Tablet 3	2,250 euros
Contratación de servicio de análisis estadístico	1,500 euros
Publicación revista impacto/ presentación congreso nacional y virtual	3,750 euros
Subtotal	17,340 euros
DIETAS Y KILOMETRAJE	
Desplazamientos: reuniones y trabajo de campo (0,19 € /KM)	3,648 euros
OTROS GASTOS VARIABLES	
Presentación en Congreso Internacional	2,400 euros
Costes Indirectos (Máximo 5%)	1,169.4 euros
Subtotal	24,557.4 Euros
IVA 18%	4420,33 Euros
TOTAL PRESUPUESTO	28,977.7 Euros

14. BIBLIOGRAFIA. (Max 20 citas bibliográficas)

1. Charles Vincent y René Amalberti. Safer Health Care: Strategies for the Real World. (1.ª Edición, septiembre de 2016) Editorial Modus Laborandi, S.L
2. WHO, 59ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, A59/22- Punto 11.16 del orden del día provisional 4 de mayo de 2006 [disponible], http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf
3. La asistencia sanitaria en 2015. Nuevos modelos y competencias en la prestación de servicios sanitarios. Sanidad 2015. IBM Institute for Business Value [disponible], <http://www-05.ibm.com/services/es/bcs/pdf/la-asistencia-sanitaria-en-2015.pdf>

4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Eds. To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington D: National Academy Press. (1999)
5. Amalberti R, Brama J 'Tempos' management in primary care: a key factor for classifying adverse events, and improving quality and safety. *BMJ Qual Saf.* (2012) 21(9):729-736.
6. Brama J, Amalberti R La sécurité du patient en médecine générale (Patient safety in primary care). (2010). Springer Science & Business Media, Paris
7. World Health Organization (WHO). Soluciones para la seguridad del paciente, Comunicación durante el traspaso de pacientes. Volumen 1, solución 3 Mayo de 2007[disponible].
<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=>
8. Decreto-ley 3/2015, de 24 de julio, del Consell, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. [disponible], <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/DOCV-r-2015-90519-consolidado.pdf>
9. Villarreal-Pérez, J. Z., Gómez-Almaguer, D., & Bosques-Padilla, F. J. Errar es humano. *Medicina Universitaria* (2011). [última consulta. 17_4_2017], 13(51), 69-71. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-errar-es-humano-X1665579611240505>
10. Aranaz, J. M., Aibar Remón, C., Vitaller Burillo, J., Mira Solves, J. J., Orozco Beltrán, D., & Terol García, E. (2008). Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. [Disponible en] http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
11. Gershon, R. R., Dailey, M., Magda, L. A., Riley, H. E., Conolly, J., & Silver, A. (2012). Safety in the home healthcare sector: development of a new household safety checklist. *Journal of patient safety*, 8(2), 51-59.
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]*. [acceso 27 de junio de 2017]. Catálogo de Hospitales [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/centros.do>
13. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute). [acceso 11 de marzo de 2015]. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2014. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia [1]. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e245/p04/a2014/I0/&file=0ccaa003.px&type=pcaxis&L=0>

14. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública (sede web) [último acceso 03 de agosto de 2017]. Memoria de Gestión 2016. [diponible]. <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/memoria-2016>
15. Aranaz-Andrés, J. M., Limón-Ramírez, R., Aibar-Remón, C., Miralles-Bueno, J. J., Vitaller-Burillo, J., Terol-García, E.,... & de Trabajo ENEAS, G. (2008). Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. Informe SESPAS 2008. Gaceta Sanitaria, 22, 198-204.
16. Otero López, M. J. Errores de medicación y gestión de riesgos. Revista española de salud pública, (2003). 77(5), 527-540.
17. Agra, Y., & Terol, E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. In Anales del Sistema Sanitario de Navarra. (2006, December). (Vol. 29, No. 3, pp. 319-323). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
18. Valenciana, G. Plan para la mejora de la atención domiciliaria en la Comunidad Valenciana (IMAD), 2004–2007. Conselleria de Sanitat, (2004) Valencia.
19. Seguridad del Paciente, E. S. (2015). Paciente 2015-2020. Ministerio de Salud, Políticas Sociales e Igualdad. Observatorio para la Seguridad del Paciente. Gestión de incidentes de seguridad. Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía
20. Anderson, J. E., Kodate, N., Walters, R., & Dodds, A. Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting. International journal for quality in health care, (2013). 25(2), 141-150.
21. Ishikawa, et al. The guideline of the personal health data structure to secure safety healthcare: The balance between use and protection to satisfy the patients' needs. International journal of medical informatics, (2007). 76(5), 412-418.
22. Adams, J., Bakalar, R., Boroch, M., Knecht, K., Mounib, E. L., & Stuart, N. [sede web], [ultimo acceso, 09 de julio de 2017]. La asistencia sanitaria en 2015. Nuevos modelos y competencias en la prestación de servicios sanitarios. IBM global business services. [disponible]. <https://es.scribd.com/document/273235132/Art-2015-IMB-La-Asistencia-sanitaria-En-2015-Nuevos-Modelos-y-Competencias-en-La-Prest-de-Servicios>

23. Barrera-Becerra, C., Bejarano-Rojas, M. D., Cortés-Martínez, C., Fernández-de la Mota, E. F., Santiago, E., & Lacida-Baro, M. (2006). Estrategia para la seguridad del paciente [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud. [disponible].
http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf



15. ANEXOS:

ANEXO I: CARTA SOLICITUD AL CEIC



ANEXO I: CARTA SOLICITUD AL CEIC

SOLICITUD AUTORIZACIÓN PROYECTO INVESTIGACIÓN

(Adjuntar Proyecto de Investigación)

NOMBRE y APELLIDOS: MARTÍN FLORES SALDAÑA

CATEGORÍA:

CENTRO DE TRABAJO:

Teléfono:

Correo Electrónico: flores_mar@gva.es

SOLICITA: A los miembros del Comité Ético de Investigación Clínica del Departamento 03 “La Plana”, tras evaluar la propuesta del proyecto de investigación que se presenta y tras verificar el cumplimiento de los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación a los objetivos planteados y que el procedimiento para conseguir el consentimiento informado es el adecuado justificando los riesgos y molestias previsibles para el paciente en beneficio de los resultados esperados, informe favorable para la realización del siguiente proyecto que lleva por.

TITULO: “Estudio sobre la Seguridad del Paciente en Atención Domiciliaria”

Firma del Solicitante

Firma de Dirección,

Autorización del Gerente

Responsable del Centro o Servicio

SR.....

DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA PLANA

ANEXO II: HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

TITULO del Proyecto Investigación:

1.- Introducción:

Como Grupo de Investigación integrado por profesionales de dilatada experiencia en Atención Primaria nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un proyecto de investigación aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Departamento de Salud 03 “ La Plana” de Villarreal Castellón que cumple con los requisitos legales y científicos propios de estos trabajos. La intención de este documento es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello,lea esta hoja informativa y nosotros le aclararemos cuantas dudas le puedan surgir, además puede consultar con las personas que considere oportuno.

2.- Participación Voluntaria

Su participación en este proyecto es VOLUNTARIA. Puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico, enfermera u otros profesionales de la salud, ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

3.- Descripción General del Proyecto.

La atención proporcionada en el domicilio del paciente es un importante ámbito de prestación de la asistencia sanitaria, sin embargo la seguridad del paciente en el hogar no ha sido abordada de manera sistemática. El ámbito doméstico puede plantear considerables riesgos para los pacientes, en algunos casos mayores a los hospitalarios. Actualmente, no se dispone de estudios válidos en España que evalúen los riesgos de la atención sanitaria que se presta en los hogares de los pacientes.

Los objetivos de este estudio son.

- Identificar que sucesos adversos se derivan de la asistencia sanitaria en el hogar del paciente incluyendo incidentes (sin daños para el paciente) y/o Evento adverso (con daño al paciente)
- Favorecer el aprendizaje y la cultura de la seguridad del paciente a partir del análisis y discusión de las características de los pacientes en su lugar terapéutico y de la asistencia que se asocia a la aparición de EA.
- Implementar en los EAP estrategias encaminadas a mejorar la seguridad del paciente en sus domicilios.

4.- Beneficios.

Consideramos que su participación en este estudio no entraña ningún riesgo añadido a su salud. Es posible que no obtenga ningún beneficio por su participación, pero podrá conocer mejor qué aspectos de su atención directa pueden entrañar riesgos para su salud, qué factores contribuyen a su aparición y cómo prevenirlos.

5.- Confidencialidad.

La información obtenida será anónima y sólo será accesible al investigador principal y sus colaboradores. Será tratada con confidencialidad, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Equipo Investigador



ANEXO III: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO DEL PACIENTE

TITULO del Proyecto:

“
.....”

(Este documento se firmará por duplicado quedándose copia el investigador y otra el paciente)

Yo,.....,

He leído la hoja de información al paciente que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: (Nombre Investigador).....
.....

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que ello repercuta en mis cuidados médicos.

Y, por lo tanto, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:

Firma del participante:

Firma del investigador:

Firma del cuidador/familiar*:

* Sólo en caso de que el paciente no pueda firmar el consentimiento informado.

ANEXO IV: COMPROMISO INVESTIGADOR PRINCIPAL.

D/D^a

Servicio:

HACE CONSTAR:

Que conoce y acepta participar como Investigador Principal en el Proyecto
Titulado

“.....”
.....

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo
establecido en el protocolo autorizado por el Comité Ético de Investigación y
de acuerdo con las Normas de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA Y
DECLARACIÓN DE HELSINKY.

Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a
cabo el proyecto de investigación, sin que ello interfiera en la realización de
otro tipo de estudios ni en otras tareas que habitualmente tiene
encomendadas.

En..... A..... de..... Del 2017

Firmado:

D/D^a

.....

Investigador Principal

ANEXO V: ABREVIATURAS

AC. Atención Continuada.

AE. Acontecimientos Adversos.

ALUMBRA. Servicio de Análisis Sistemas Información Sanitaria.

AP. Atención Primaria.

APEAS. Estudio de la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud.

CCAA. Comunidades Autónomas.

CEI. Comité Ético de Investigación.

CEIC. Comité Ético de Investigación Clínica.

CI. Consentimiento Informado.

CRD. Cuaderno de Recogida de Datos.

CSI. Centro salud Integral.

Dto. Departamento.

EA. Efectos Adversos.

EAP. Equipos de Atención Primaria.

EARCAS. Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios.

EE.UU. Estados Unidos.

ENEAS. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos.

EVAA. Escala de Valoración de la Autonomía para el Autocuidado.

FIDISP. Fundación para la Investigación, Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente.

IOM. Institute of Medicine.

LILACS. Literatura Latino-Americana en Ciencias d la Salud.

NSI. Nutrition Screening Initiative.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

PICO. Paciente Intervención Comparación Outcomes.

SAS. Servicio Andaluz de Salud.

SciELO. Scientific Electronic Library Online.

SECA. Sociedad Española de Calidad Asistencial.

SIA. Sistema de Información Ambulatoria.

SINEA. Sistema de Información de Registro de Incidentes y Eventos Adversos.

SIP. Sistema de Información Poblacional.

SP. Seguridad del Paciente.

SPSMQ. Short Portable Mental State Questionnaire.

SPSS. Statistical Package for the Social Sciences.

SYREC. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico.

UHD. Unidad de Hospitalización a Domicilio.

USA. United States of America.

ANEXO VI

**TÍTULO:
ESTUDIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN DOMICILIARIA**

CRD

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

- **INCIDENTE:** Factores desencadenantes de eventos adversos
- **PELIGROS:** Factores de exposición y riesgos para la salud en el hogar
- **TINETTI:** Evaluación de la marcha y el equilibrio
- **NSI:** Evaluación de la salud nutricional
- **BRADEN:** Valoración del riesgo de úlceras por presión
- **BARTHEL:** Valoración de las actividades básicas de la vida diaria
- **LAWTON:** Escala de actividades instrumentales de la vida diaria
- **EVAA:** Escala de valoración de la autonomía para el autocuidado
- **PFFEIFER:** Valoración mental del área cognitiva
- **TIN CORTO:** Test del informador
- **MORISKY:** Adherencia al tratamiento farmacológico
- **GIJON:** Escala de valoración socio-familiar
- **ZARIT:** Sobrecarga del cuidador

ALUMNO: FLORES SALDAÑA, MARTÍN

Master Universitario de Investigación en Atención Primaria

ANEXO V

TÍTULO:

ESTUDIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

CRD

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

- **INCIDENTE:** Factores desencadenantes de eventos adversos
- **PELIGROS:** Factores de exposición y riesgos para la salud en el hogar
- **TINETTI:** Evaluación de la marcha y el equilibrio
- **NSI:** Evaluación de la salud nutricional
- **BRADEN:** Valoración del riesgo de úlceras por presión
- **BARTHEL:** Valoración de las actividades básicas de la vida diaria
- **LAWTON:** Escala de actividades instrumentales de la vida diaria
- **EVAA:** Escala de valoración de la autonomía para el autocuidado
- **PFFEIFER:** Valoración mental del área cognitiva
- **TIN CORTO:** Test del informador
- **MORISKY:** Adherencia al tratamiento farmacológico
- **GIJON:** Escala de valoración socio-familiar
- **ZARIT:** Sobrecarga del cuidador

ALUMNO: FLORES SALDAÑA, MARTÍN

FORMULARIO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

DATOS DE CENTRO	
Tipo ZBS	
<input type="checkbox"/> Urbano	<input type="checkbox"/> Rural
Tipo Centro	
<input type="checkbox"/> Centro de Salud	<input type="checkbox"/> Consultorio Auxiliar

CATEGORÍA PROFESIONAL	EXPERIENCIA LABORAL
<input type="checkbox"/> Médico de familia	<input type="checkbox"/> Menos de 1 año
<input type="checkbox"/> Enfermería	<input type="checkbox"/> De 1 a 4 años
<input type="checkbox"/> Trabajador Social	<input type="checkbox"/> De 5 a 9 años
<input type="checkbox"/> MIR	<input type="checkbox"/> 10 o más años
<input type="checkbox"/> EIR	

DATOS PACIENTE	
Edad	
<input type="checkbox"/> Entre 15 y 44 años	<input type="checkbox"/> Entre 45 y 64 años
<input type="checkbox"/> Entre 65 y 74 años	<input type="checkbox"/> Entre 75 y 84 años
<input type="checkbox"/> Mayor de 85 años	
Sexo	
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
Grado de Dependencia	
<input type="checkbox"/> I. Moderada	<input type="checkbox"/> II. Severa
<input type="checkbox"/> III. Gran Dependente	
Minusvalía	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> GRADO (Escribir el número en el recuadro en caso afirmativo)	
Domicilio	
<input type="checkbox"/> Habitual y permanente	<input type="checkbox"/> Temporal de familiar
Ingresos anuales (€)	
<input type="checkbox"/> 5000-15000	<input type="checkbox"/> 15000-30000
<input type="checkbox"/> 30000-45000	<input type="checkbox"/> 45000-60000
<input type="checkbox"/> 60000 o más	

INDICAR SI EL PACIENTE PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO		
F. R. Intrínseco		
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Drogadicción	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Alcoholismo
<input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> Hipoalbuminemia	<input type="checkbox"/> Déficit visual
<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/> Úlcera por presión	<input type="checkbox"/> Déficit auditivo
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/> Malformaciones	<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia
<input type="checkbox"/> Neutropenia	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Cirrosis hepática	<input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria	<input type="checkbox"/> VIH
<input type="checkbox"/> Tabaco		
F. R. Extrínseco		
<input type="checkbox"/> Sonda urinaria abierta	<input type="checkbox"/> Traqueostomía	<input type="checkbox"/> Colostomía
<input type="checkbox"/> Sonda urinaria cerrada	<input type="checkbox"/> Terapia inmunosupresora	<input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica
<input type="checkbox"/> Nutrición enteral	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Polimedicación
<input type="checkbox"/> Tratamientos endovenosos		
¿En qué nivel asistencial ocurrió el problema?		
<input type="checkbox"/> Atención urgente en Atención Primaria	<input type="checkbox"/> Ingreso hospitalario previo	
<input type="checkbox"/> Visitas médicas de Atención Primaria	<input type="checkbox"/> Consultas de Atención especializada	
<input type="checkbox"/> Visitas de enfermería de Atención Primaria		
<input type="checkbox"/> VAD	<input type="checkbox"/> Trabajador Social	
<input type="checkbox"/> Alta hospitalaria	<input type="checkbox"/> Otros (fisioterapia,...)/EAPS	

FORMULARIO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

¿Cuál de esas afirmaciones describe mejor el impacto sobre el paciente?

- El efecto no ha ocurrido, pero estuvo a punto de ocurrir
- El incidente ha ocurrido, pero fue detectado antes de que afectara a un paciente
- El incidente ha ocurrido y ha afectado a un paciente, pero el paciente no ha sufrido daño
- El efecto ha ocurrido y el paciente ha sufrido un daño temporal
- El efecto ha ocurrido y el paciente ha estado en situación crítica (ej: parada cardíaca)
- El efecto ha ocurrido y el paciente ha sufrido un daño permanente
- El efecto ha ocurrido y el resultado del mismo ha sido la muerte del enfermo

Señale todos los efectos que se produjeron en el paciente (I)

Relacionados con un procedimiento

- Hemorragia o hematoma relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento
- Hematuria relacionada con sondaje
- Trastorno circulatorio (férula muy ajustada)
- Dehiscencia de suturas
- Serosas, abscesos o granulomas
- Perforación timpánica
- Otras complicaciones debidas a un procedimiento

Relacionados con infección nosocomial

- Infección de herida quirúrgica y/o traumática
- ITU asociada a sondaje
- Bacteriemia asociada a dispositivo
- Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor o uso de antibióticos
- Infección de úlcera por presión
- Neumonía por aspiración

Señale todos los efectos que se produjeron en el paciente (II)

Relacionados con los cuidados

- Flebitis
- Úlcera por presión
- Quemaduras, erosiones, caídas y contusiones (incluyendo fracturas consecuentes)
- Lesión de ciático por inyectables
- Otras consecuencias de los cuidados

Relacionados con la medicación

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación | <input type="checkbox"/> Hemorragia por anticoagulación |
| <input type="checkbox"/> Malestar o dolor por fármacos (epigastria) | <input type="checkbox"/> IAM, AVC, TEP, TVP |
| <input type="checkbox"/> Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos | <input type="checkbox"/> Desequilibrio de electrolitos |
| <input type="checkbox"/> Manifestaciones alérgicas sistémicas | <input type="checkbox"/> Edemas, insuficiencia cardíaca y shock |
| <input type="checkbox"/> Cefalea por fármacos | <input type="checkbox"/> Alteración del ritmo cardíaco o actividad eléctrica por fármacos |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones neurológicas por fármacos | <input type="checkbox"/> Alteración funcional (renal, hepática, tiroidea, ...) |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Mal control de la glucemia |
| <input type="checkbox"/> Otros efectos secundarios (tos, disnea, sequedad de boca, ...) | <input type="checkbox"/> Neutropenia |
| <input type="checkbox"/> Hipotensión por fármacos | <input type="checkbox"/> Efectos locales o fiebre tras vacuna o fármaco |
| <input type="checkbox"/> Mal control de la tensión arterial | <input type="checkbox"/> Mal manejo del dolor |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia por digestiva alta | |

Generales

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Peor curso evolutivo de la enfermedad de base | <input type="checkbox"/> Ansiedad, estrés o depresión |
| <input type="checkbox"/> Necesidad de repetir el procedimiento o visita | |

Otros

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Otra consecuencia | <input type="checkbox"/> Ningún efecto |
|--|--|

FORMULARIO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

¿Qué atención recibió el paciente a consecuencia del efecto adverso?

- La atención sanitaria no se vio afectada
- Requeriré un nivel más elevado de observación y monitorización en AP
- Requeriré una prueba adicional (radiografía, análisis, ...) en AP
- Tratamiento médico o quirúrgico adicional (antibióticos, cirugía menor, ...) en AP
- Requeriré una nueva consulta o derivación a Atención Especializada o Urgencias sin ingreso
- Requiere hospitalización: Tto de soporte vital (intubación orotraqueal, RCP, intervención quirúrgica)

Indique todos los factores causales del efecto adverso (I)

Relacionados con la medicación

- RAM
- Medicamento erróneo
- Dosis incorrecta
- Omisión de dosis, medicación o vacuna
- Frecuencia de administración incorrecta
- Error de preparación o manipulación
- Monitorización insuficiente
- Error de dispensación
- Paciente equivocado
- Duración del tratamiento incorrecta
- Falta de adherencia al tratamiento
- Interacción medicamentosa

Indique todos los factores causales del efecto adverso (II)

Relacionados con la gestión

- Duplicidad de historia clínica
- Error en la identificación del paciente
- Pérdida de documentos
- Lista de espera prolongada
- Equivocación en la información sanitaria
- Problemas con la historia informatizada
- (Resultados de pruebas de otros pacientes)
- Citación errónea

Relacionados con la medicación

- Error de diagnóstico
- Retraso en el diagnóstico
- Retraso en derivación a atención especializada

Relacionados con la comunicación

- Comunicación médico - paciente
- Comunicación médico - cuidador
- Comunicación enfermería - paciente
- Comunicación enfermería - cuidador
- Comunicación médico - enfermería
- Comunicación médico - médico
- Barrera idiomática
- Barrera cultural
- Otro diferente a los anteriores

Relacionados con los cuidados

- Manejo inadecuado del paciente
- Manejo inadecuado de la técnica
- Inadecuado manejo de signos de alerta
- Mantenimiento inadecuado de catéteres

Otros

Otras causas:

FORMULARIO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

¿En qué medida ha sido la asistencia sanitaria la causante de la lesión?	
<input type="checkbox"/>	1- Ausencia de evidencia de que el incidente se deba al manejo del paciente
<input type="checkbox"/>	2- Mínima probabilidad de que el manejo fuera la causa
<input type="checkbox"/>	3- Ligera probabilidad de que el manejo fuera la causa
<input type="checkbox"/>	4- Moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa
<input type="checkbox"/>	5- Es muy probable que el manejo fuera la causa
<input type="checkbox"/>	6- Total evidencia de que el manejo fuera la causa del incidente/efecto adverso
Resuma que es lo que ocurrió y cuál cree usted que fue la causa	
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	
A su juicio, ¿Hay alguna evidencia de que el EA se podría haber evitado?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Valore en una escala de 6 puntos la evidencia de posibilidad de prevención	
<input type="checkbox"/>	1- Ausencia de evidencia de posibilidad de prevención
<input type="checkbox"/>	2- Mínima posibilidad de prevención
<input type="checkbox"/>	3- Ligera probabilidad de prevención
<input type="checkbox"/>	4- Moderada probabilidad de prevención
<input type="checkbox"/>	5- Elevada posibilidad de prevención
<input type="checkbox"/>	6- Total evidencia de posibilidad de prevención
¿Qué es lo que se podría haber hecho para evitar este problema?	
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	



PELIGROS: Factores de exposición y riesgos para la salud en el hogar

RIESGO DE CAIDAS (marcar las afirmaciones)

- Existe suelo de ducha / bañera antideslizante
- Existen agarraderas para salir / entrar en la ducha / bañera
- Existen alfombrillas antideslizantes en el baño próximo a ducha / bañera
- Poca iluminación
- Alfombrillas sueltas o desgastadas
- Superficies irregulares o resbaladizas
- Exceso de desorden
- Mobiliario situado con torpeza
- Mobiliario bloqueando salidas
- Barreras arquitectónicas (escaleras, peldaños, suelo a diferente nivel, ...)

RIESGO DE INCENDIO (marcar las afirmaciones)

- Cables eléctricos en mal estado
- Enchufes sobrecargados
- Estufas peligrosas que utilicen material inflamable
- Tiradores/ pomos/ objetos difíciles de alcanzar
- Hay extintores contra incendios
- Hay alarma de monóxido de carbono
- Hay detectores de humo
- Objetos humeantes
- Material inflamable (cortinas, papel, trapos, ...) cerca de los fuegos de la cocina / estufas

RIESGO BIOLÓGICO (marcar las afirmaciones)

- Presencia de cucarachas
- Alimentos no almacenados en lugares apropiados
- Almacenamiento un mismo espacio de productos alimenticios y no alimentos
- Presencia de insectos como hormigas, pulgas, piojos, ...
- Presencia de ratas y/o ratones en casa
- Presencia de moho y/o hongos
- Evidencia de alimentos en mal estado

RIESGOS QUÍMICOS (marcar las afirmaciones)

- Presencia de productos químicos (limpieza, venenos, ...) en otros embalajes inapropiados
- Etiquetado inapropiado con riesgo de confusión

OTROS PELIGROS (marcar las afirmaciones)

- Existe listados de telefono de emergencias
- Ruido excesivo e el domicilio
- Puertas y ventanas sin cierres adecuados
- Riesgo de amenaza por actos violentos ocasionales (perros agresivos, vecinos, familiares, armas, ...)

TINETTI: Evaluación de la marcha y el equilibrio

TINETTI - Evaluación de la Marcha	TOTAL DE LA MARCHA:
Iniciación de la marcha	
<input type="checkbox"/> Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	<input type="checkbox"/> No vacila
Longitud y altura de paso: Movimiento pie derecho	
<input type="checkbox"/> No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	<input type="checkbox"/> Sobrepasa al pie izquierdo
<input type="checkbox"/> El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso	<input type="checkbox"/> El pie derecho se separa completamente del suelo
Longitud y altura de paso: Movimiento pie izquierdo	
<input type="checkbox"/> No sobrepasa al pie derecho con el paso	<input type="checkbox"/> Sobrepasa al pie derecho
<input type="checkbox"/> El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso	<input type="checkbox"/> El pie izquierdo se separa completamente del suelo
Simetría del paso	
<input type="checkbox"/> La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho no es igual	<input type="checkbox"/> La longitud parece igual
Fluidez del paso	
<input type="checkbox"/> Paradas entre los pasos	<input type="checkbox"/> Los pasos parecen continuos
Trayectoria (Observar el trazado que realiza uno de los pies durante tres metros)	
<input type="checkbox"/> Desviación grave de la trayectoria	<input type="checkbox"/> Sin desviación o uso de ayudas
<input type="checkbox"/> Leve / moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	
Tronco	
<input type="checkbox"/> Balanceo marcado o uso de ayudas	<input type="checkbox"/> No se balancea ni flexiona ni usa otras ayudas al caminar
<input type="checkbox"/> No se balancea al caminar pero flexiona las rodillas o la espalda, o separa los brazos al caminar	
Postura al caminar	
<input type="checkbox"/> Talones separados	<input type="checkbox"/> Talones casi juntos al caminar

TINETTI - Evaluación del Equilibrio	TOTAL EQUILIBRIO:
Equilibrio sentado	
<input type="checkbox"/> Se inclina o desliza en la silla	<input type="checkbox"/> Se mantiene seguro
Levantarse	
<input type="checkbox"/> Incapaz sin ayuda	<input type="checkbox"/> Capaz sin usar los brazos
<input type="checkbox"/> Capaz pero usa los brazos para ayudarse	
Intentos para Levantarse	
<input type="checkbox"/> Incapaz sin ayuda	<input type="checkbox"/> Capaz de levantarse en un intento
<input type="checkbox"/> Capaz pero necesita mas de un intento	
Equilibrio en bipedestación	
<input type="checkbox"/> Inestable	<input type="checkbox"/> Estable sin andador u otros apoyos
<input type="checkbox"/> Estable con apoyo amplio (talones separados mas de 10 cm) y usa bastón u otros apoyos	
Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.	
<input type="checkbox"/> Empieza a caerse	<input type="checkbox"/> Estable
<input type="checkbox"/> Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	
Ojos cerrados	
<input type="checkbox"/> Inestable	<input type="checkbox"/> Estable
Vuelta de 360º	
<input type="checkbox"/> Pasos discontinuos	<input type="checkbox"/> Pasos continuos
<input type="checkbox"/> Inestable (se tambalea, o agarra)	<input type="checkbox"/> Estable
Sentarse	
<input type="checkbox"/> Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	<input type="checkbox"/> Seguro, movimiento suave
<input type="checkbox"/> Usa los brazos o el movimiento es brusco	

NSI: Evaluación de la salud nutricional

NUTRITIONAL SCREENING INITIATIVE	TOTAL:
1.- ¿Tiene una enfermedad o malestar que le haya hecho cambiar el tipo o cantidad de alimento que come?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2.- ¿Realiza menos de 2 comidas al día?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3.- ¿Come pocas frutas, verduras o productos lácteos?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4.- ¿Toma 3 vasos o más de vino, cerveza o licor al día?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5.- ¿Tiene problemas en la boca o dentadura que le causen dificultad al comer?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6.- ¿En ocasiones le falta dinero para comprar la comida que necesita?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7.- ¿Come solo la mayor parte del tiempo?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8.- ¿Toma 3 o más fármacos prescritos al día?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9.- Sin pretenderlo ¿ha perdido o ganado 5 kg en los últimos 6 meses?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
10.- En ocasiones ¿es incapaz físicamente de comprar, cocinar o alimentarse a sí mismo?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Hernández

BRADEN: Valoración del riesgo de úlceras por presión

ESCALA BRADEN-BERGSTROM
<p style="text-align: center;">Percepción sensorial: Capacidad para responder significativamente al descomfor relacionado con la presión</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Completamente limitada: No responde (no se queja, no se defiende ni se agarra) ante estímulo doloroso, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Muy limitada: Responde sólo a estímulos dolorosos. No puede comunicar el descomfor excepto por quejido o agitación o tiene deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o descomfor sobre la mitad del cuerpo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Levemente limitada: Responde a órdenes verbales pero no siempre puede comunicar el descomfor o la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o descomfor en una o dos extremidades.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 No alterada: Responde a órdenes verbales. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o descomfor.</p>
<p style="text-align: center;">Humedad: Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Constantemente húmeda: La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado se encuentra mojado.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Muy húmeda: La piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por lo menos una vez cada ocho horas.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ocasionalmente húmeda: La piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio cada 12 horas.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Rara vez húmeda: La piel está usualmente seca, las sábanas requieren cambio con intervalos de rutina.</p>
<p style="text-align: center;">Actividad: Grado de actividad física</p> <p><input type="checkbox"/> 1 En cama: Confinado en cama.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 En silla: Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en la silla común o de ruedas.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Camina ocasionalmente: Camina ocasionalmente durante el día pero muy cortas distancias con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno (8 horas) en la silla o en cama.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Camina con frecuencia: Camina fuera del cuarto por lo menos dos veces al día y dentro de él por lo menos una vez cada dos horas.</p>

ESCALA BRADEN-BERGSTROM
<p style="text-align: center;">Nutrición: Patrón usual del consumo alimentario</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Muy pobre: Nunca come una comida completa. Rara vez come más de un tercio de cualquier comida ofrecida. Come dos porciones o menos de proteínas por día. Toma poco líquido. No toma suplemento alimenticio líquido o está sin vía oral o con dieta líquida clara o intravenosa por más de cinco días.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Probablemente inadecuada: Rara vez come una comida completa y generalmente come solo la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye solamente tres porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento alimenticio o recibe enos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Adecuada: Come más de la mitad de las comidas. Come el total de cuatro porciones de proteína por día. Ocasionalmente rechaza una comida pero usualmente toma un suplemento alimenticio si se la ofrece o está siendo alimentado por sonda o nutrición parental.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Excelente: Come la mayoría de todas las comidas, nunca rechaza una comida, usualmente come un total de cuatro o más porciones de carne y productos lácteos, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio.</p>
<p style="text-align: center;">Fricción y deslizamiento</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Es un problema: Requiere asistencia de moderada a máxima al movilizarlo. Levantarlo completamente sin deslizarlo sobre las sábanas es imposible. Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla y requiere constantes cambios de posición con un máximo de asistencia. La espasticidad y contracturas llevan a la fricción casi constante.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Es un problema potencial: Se mueve torpemente o requiere mínima asistencia. Durante un movimiento, la piel probablemente se desliza en algún grado contra las sábanas, la silla o los objetos de restricción. Mantiene relativamente buena posición en la silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero ocasionalmente se desliza hacia abajo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Sin problema aparente: Se mueve en la cama o en la silla y tiene suficiente fuerza muscular para sostenerse completamente durante el movimiento. Mantiene buena posición en la cama o en la silla en todo momento.</p>
<p style="text-align: center;">Movilidad: Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Completamente inmóvil: No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Muy limitada: Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar de forma independiente, cambios frecuentes y significativos.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ligeramente limitada: Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Sin limitaciones: Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.</p>

BARTHEL: Valoración de las actividades básicas de la vida diaria

ÍNDICE DE BARTHEL	TOTAL:
Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria	
Lavarse, Baño	
<input type="checkbox"/> Independiente. Entra y sale solo al baño	<input type="checkbox"/> Dependiente
Arreglarse, Aseo	
<input type="checkbox"/> Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc	<input type="checkbox"/> Dependiente
Vestirse	
<input type="checkbox"/> Independiente. Se pone y quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona	<input type="checkbox"/> Dependiente
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda	
Comer	
<input type="checkbox"/> Totalmente independiente	<input type="checkbox"/> Dependiente
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para cotar la carne, el pan, etc	
Usar el retrete	
<input type="checkbox"/> Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	<input type="checkbox"/> Dependiente
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	
Trasladarse	
<input type="checkbox"/> Independiente para ir del sillón a la cama	<input type="checkbox"/> Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda
<input type="checkbox"/> Mínima ayuda física o supervisión	<input type="checkbox"/> Dependiente
Deambular	
<input type="checkbox"/> Independiente, camina solo 50 m.	<input type="checkbox"/> Independiente en silla de ruedas sin ayuda
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	<input type="checkbox"/> Dependiente
Escalones	
<input type="checkbox"/> Independiente para subir y bajar escaleras	<input type="checkbox"/> Dependiente
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda física o supervisión	
Micción	
<input type="checkbox"/> Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	<input type="checkbox"/> Incontinente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24h como máximo, o precisa ayuda para la sonda	
Deposiciones	
<input type="checkbox"/> Continente	<input type="checkbox"/> Incontinente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavativas	

Biblioteca
UNIVERSITAT Miguel Hernández

LAWTON: Escala de actividades instrumentales de la vida diaria

ÍNDICE DE LAWTON	
Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	
Capacidad para usar el teléfono	
<input type="checkbox"/> Utiliza el teléfono por iniciativa propia	<input type="checkbox"/> Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar
<input type="checkbox"/> Es capaz de marcar bien algunos números familiares	<input type="checkbox"/> No utiliza el teléfono
Compras	
<input type="checkbox"/> Realiza independientemente las compras necesarias	<input type="checkbox"/> Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra
<input type="checkbox"/> Realiza independientemente pequeñas compras	<input type="checkbox"/> Totalmente incapaz de comprar
Preparación de la comida	
<input type="checkbox"/> Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	<input type="checkbox"/> Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada
<input type="checkbox"/> Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	<input type="checkbox"/> Necesita que le preparen y sirvan las comidas
Cuidado de la casa	
<input type="checkbox"/> Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados	<input type="checkbox"/> Necesita ayuda en todas las labores de la casa
<input type="checkbox"/> Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer las camas	<input type="checkbox"/> No participa en ninguna labor de la casa
<input type="checkbox"/> Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	
Lavado de la ropa	
<input type="checkbox"/> Lava por sí solo toda su ropa	<input type="checkbox"/> Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona
<input type="checkbox"/> Lava por sí solo prendas pequeñas	
Uso de medios de transporte	
<input type="checkbox"/> Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	<input type="checkbox"/> Utiliza el taxi o el automóvil, pero solo con ayuda de otros
<input type="checkbox"/> Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	<input type="checkbox"/> No viaja en absoluto
<input type="checkbox"/> Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	
Responsabilidad respecto a su medicación	
<input type="checkbox"/> Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	<input type="checkbox"/> No es capaz de administrarse su medicación
<input type="checkbox"/> Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	
Manejo de asuntos económicos	
<input type="checkbox"/> Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	<input type="checkbox"/> Incapaz de manejar dinero
<input type="checkbox"/> Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos	

EVAA: Escala de valoración de la autonomía para el autocuidado

EVAA
Escala de Valoración de la Autonomía para el Autocuidado
Nutrición: Alimentación
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total
Nutrición: Hidratación
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total
Cumplimiento: Uso de medicamentos
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total
Sintomatología: Síntomas
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total
Actividad Descanso: Tareas cotidianas
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total
Actividad Descanso: Deambulación
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total
Actividad Descanso: Descanso-sueño
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total
Higiene: Aseo-higiene
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total
Eliminación: Intestinal
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total

EVAA
Escala de Valoración de la Autonomía para el Autocuidado
Eliminación: Vesical
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total
Ocio-Tiempo Libre: Ocupación tiempo libre
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total
Uso de recursos: Uso de recursos
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total
Funciones Mentales: Sentidos
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total
Funciones Mentales: Memoria
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total
Funciones Mentales: Comprensión
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total
Funciones Mentales: Orientación
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total
Funciones Mentales: Comportamiento
<input type="checkbox"/> Completa Autonomía <input type="checkbox"/> Estímulo / Supervisión <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia Total

PFFEIFER: Valoración mental del área cognitiva

PFFEIFER - SPMSQ	
Valoración Mental Área Cognitiva	
¿Qué día es hoy? (día, mes, año)	
<input type="checkbox"/> ACIERTO	<input type="checkbox"/> ERROR
¿Qué día de la semana es hoy?	
<input type="checkbox"/> ACIERTO	<input type="checkbox"/> ERROR
¿Cuál es el nombre de este lugar?	
<input type="checkbox"/> ACIERTO	<input type="checkbox"/> ERROR
¿Cuál es su número de teléfono? (si no teléfono, preguntar dirección)	
<input type="checkbox"/> ACIERTO	<input type="checkbox"/> ERROR
¿Qué edad tiene?	
<input type="checkbox"/> ACIERTO	<input type="checkbox"/> ERROR

PFFEIFER - SPMSQ	
Valoración Mental Área Cognitiva	
¿Cuándo nació?	
<input type="checkbox"/> ACIERTO	<input type="checkbox"/> ERROR
¿Quién es el Presidente del Gobierno?	
<input type="checkbox"/> ACIERTO	<input type="checkbox"/> ERROR
¿Quién fue el Presidente anterior?	
<input type="checkbox"/> ACIERTO	<input type="checkbox"/> ERROR
¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
<input type="checkbox"/> ACIERTO	<input type="checkbox"/> ERROR
Reste de 3 en 3 a partir de 20	
<input type="checkbox"/> ACIERTO	<input type="checkbox"/> ERROR

TIN CORTO: Test del informador

TIN (Corto)
Test del Informador 1 - Ha mejorado mucho; 2 - Ha mejorado un poco; 3 - Casi sin cambios; 4 - Ha empeorado un poco; 5 - Ha empeorado mucho
Capacidad para recordar los nombres de las personas más allegadas (parientes, amigos).
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Recordar cosas que han sucedido recientemente, en los últimos 2 ó 3 meses (noticias, cosas propias o de sus familiares).
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Recordar lo que se habló en una conversación mantenida unos días atrás.
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Olvidar lo que se ha dicho en unos minutos antes, pararse en la mitad de la frase y o saber lo que iba a decir, repetir lo que ha dicho hace un rato.
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Recordar la fecha en que vive
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Conocer el lugar exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Saber dónde se coloca una cosa que se ha encontrado descolocada
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Capacidad para aprender a hacer funcionar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio, ...)
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general)
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

TIN (Corto)
Test del Informador 1 - Ha mejorado mucho; 2 - Ha mejorado un poco; 3 - Casi sin cambios; 4 - Ha empeorado un poco; 5 - Ha empeorado mucho
Aprender cosas nuevas (en general)
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Comprender el significado de palabras poco usuales (del periódico, televisión, conversaciones).
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Entender artículos de los periódicos o revistas en los que está interesado.
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Tomar decisiones en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) y en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero).
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Manejar los asuntos financieros (cobrar la pension, pagar los impuestos, tratar con el banco).
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de los familiares, cuánta comida comprar y preparar especialmente si hay invitados).
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado durante los últimos 10 años?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

MORISKY: Adherencia la tratamiento farmacológico

MORISKY-GREEN	
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	
<input type="checkbox"/> ACIERTO	<input type="checkbox"/> ERROR
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	
<input type="checkbox"/> ACIERTO	<input type="checkbox"/> ERROR
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	
<input type="checkbox"/> ACIERTO	<input type="checkbox"/> ERROR

GIJON: Escala de valoración socio-familiar

ESCALA "GIJÓN" DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL ANCIANO
A - SITUACIÓN FAMILIAR
<input type="checkbox"/> 1 Vive con familia sin dependencia físico / psíquica <input type="checkbox"/> 2 Vive con cónyuge de similar edad <input type="checkbox"/> 3 Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia <input type="checkbox"/> 4 Vive solo y tiene hijos próximos <input type="checkbox"/> 5 Vive solo y carece de hijos o viven alejados
B - SITUACIÓN ECONÓMICA *
<input type="checkbox"/> 1 Más de 1,5 veces el salario mínimo <input type="checkbox"/> 2 Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive <input type="checkbox"/> 3 Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva <input type="checkbox"/> 4 L.I.S.M.I. - F.A.S. - Pensión no contributiva <input type="checkbox"/> 5 Sin ingresos o inferiores al aparato anterior
C - VIVIENDA
<input type="checkbox"/> 1 Adecuada a necesidades <input type="checkbox"/> 2 Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldañosm puertas, estrechas, baños, ...) <input type="checkbox"/> 3 Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción) <input type="checkbox"/> 4 Ausencia de ascensor, teléfono <input type="checkbox"/> 5 Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)

ESCALA "GIJÓN" DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL ANCIANO
D - RELACIONES SOCIALES
<input type="checkbox"/> 1 Relaciones sociales <input type="checkbox"/> 2 Relación social sólo con familia y vecinos <input type="checkbox"/> 3 Relación social sólo con familia o vecinos <input type="checkbox"/> 4 No sale del domicilio, recibe visitas <input type="checkbox"/> 5 No sale y no recibe visitas
E - APOYOS DE LA RED SOCIAL
<input type="checkbox"/> 1 Con apoyo familiar o vecinal <input type="checkbox"/> 2 Voluntariado social, ayuda domiciliaria <input type="checkbox"/> 3 No tiene apoyo <input type="checkbox"/> 4 Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica <input type="checkbox"/> 5 Tiene cuidados permanentes

* (El cálculo individual de los ingresos, en el caso de matrimonios se obtendrá de la suma de las pensiones de ambos más 1/3 del SMI. dividiendo el resultado entre 2)

ZARIT: Sobrecarga del cuidador

TEST DE ZARIT (I)
Test del Informador 1 - Nunca; 2 - Rara vez; 3 - Algunas veces; 4 - Bastantes veces; 5 - Casi siempre
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Piensa que su familiar depende de Vd.?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

TEST DE ZARIT (II)
Test del Informador 1 - Nunca; 2 - Rara vez; 3 - Algunas veces; 4 - Bastantes veces; 5 - Casi siempre
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Se siente indeciso sobre qué hacer más por su familiar?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5