

Tema 4

# Protocolos y procedimientos básicos en atención domiciliaria

Cuidados en  
**Atención  
Domiciliaria**

GUÍA DE BUENA PRÁCTICA ENFERMERA



## 4.1 Buenas prácticas para prevenir eventos adversos en atención primaria y atención domiciliaria



Autor: José María Rumbo Prieto

### INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria (AP) es el primer nivel de acceso del paciente con el sistema sanitario de salud, siendo por ello el eslabón asistencial más utilizado por la población. Debido a ello hay ocasiones, en las que el paciente puede sufrir alguna lesión o complicación relacionada con la atención sanitaria recibida, sin que por ello medie, necesariamente, error por parte de los profesionales.

En términos técnicos se habla de evento adverso (EA), cuando el accidente imprevisto e inesperado le pudo causar algún daño o complicación al paciente derivada de la atención asistencial; en otras ocasiones, si el accidente no llega a producir daño al paciente; en ese caso, se dice que ha tenido lugar un incidente (IN). Los EA y los IN constituyen, en conjunto, los denominados sucesos adversos (SA).

Los eventos adversos (EAs) son un indicador significativo del resultado final de la atención recibida y muestran como puede ser la calidad asistencial y de seguridad de una institución de salud o de su organización. Es por ello que la seguridad del paciente es una prioridad común a todos los sistemas de atención sanitaria, y es una dimensión clave de la calidad asistencial que se ha de impulsar desde las instituciones públicas, organizaciones y sociedades científicas. La seguridad del paciente se define como “la ausencia de daño evitable a un paciente durante el proceso de la atención sanitaria” (Organización Mundial de la Salud, OMS 2009) e incluye actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia de la atención sanitaria, además de promocionar aquellas prácticas que han resultado más seguras. Asimismo, insiste en la necesidad de un cambio cultural que elimine todo indicio de cultura reactiva que culpabilice a los profesionales por sus errores y propicie enfoques proactivos con una orientación sistémica <sup>(1)</sup>.

A pesar de los continuos esfuerzos y estrategias realizados para prevenir los EAs, la alta complejidad de la atención en salud hace que ocurran errores e incidentes secundarios entre otros factores, a las condiciones clínicas del paciente, a los profesionales de la salud que le atienden, a la complejidad propia de cada procedimiento clínico o terapéutico, a factores humanos relacionadas con la atención, a los equipos y tecnología a utilizar, a los procesos de atención y a la estructura de la propia organización. Es por ello, que hoy en día se hace evidente la percepción de que es necesario implementar prácticas seguras que desarrollen un contexto sanitario orientado hacia la cultura de la seguridad y la atención segura del paciente, basado en evidencias que lleven a reducir lo máximo posible el creciente número de EAs que se presentan en la atención en salud; en todos los niveles asistenciales.

En este capítulo vamos a exponer que estrategia nacional se está llevando a cabo, identificar los principales EAs en Atención Primaria (AP) y que prácticas seguras se están implantando para prevenirlos y/o mitigarlos.

## **ESTRATEGIA NACIONAL PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES**

La seguridad del paciente (SP) o minimización del riesgo de provocar daño innecesario como consecuencia de la atención sanitaria, está incluida en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) <sup>(2)</sup>, como una de las estrategias prioritarias, desde el año 2005, en la Estrategia 8 “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud”; contando con los siguientes objetivos para lograr su finalidad <sup>(3)</sup>:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de atención sanitaria.
- Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes.
- Implantar prácticas seguras en el Sistema Nacional de Salud.
- Promover la investigación en seguridad de los pacientes.
- Participación de los pacientes en la estrategia de seguridad de pacientes.
- Reforzar la participación de España en todos los foros sobre seguridad de pacientes de las principales organizaciones internacionales.

Desde entonces, se han desarrollado estudios de investigación para conocer la frecuencia de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria, tanto a nivel hospitalario “Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización” (ENEAS, 2005), como en atención primaria “Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria” (APEAS; 2008) y en atención sociosanitaria “Eventos adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios” (EARCAS, 2011). También, se han llevado a cabo estudios sobre “Indicadores de buenas prácticas sobre la seguridad del paciente en hospitales del SNS” (SNS, 2009), de “Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico” (SYREC, 2010) y de “Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles” (EVADUR, 2010); entre otros.

A su vez, se ha desarrollado un sistema de notificación de incidentes y eventos adversos no punitivo, tanto para atención primaria como hospitalizada, denominado “Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente” (SiNASP), como herramienta fundamental para aprender de los errores y analizar las consecuencias para su posterior eliminación y/o minimización; y se han creado los “Núcleos de Seguridad del Pacientes”, que son comités multidisciplinares que gestionan las estrategias y evalúan los riesgos acontecidos, proponiendo soluciones para evitar que vuelvan a ocurrir.

Además, se han venido implementando en los centros sanitarios del SNS, en coordinación con las campañas estratégicas de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, prácticas seguras entre las que se incluyen: identificación inequívoca de pacientes, higiene de manos, uso adecuado del medicamento, prevención de infección asociada con la atención sanitaria (IAAS) y prevención de eventos adversos

relacionados con procedimientos quirúrgicos, úlceras por presión, entre otros (4).

Finalmente, la incorporación de pacientes y ciudadanos a la estrategia de seguridad de pacientes ha permitido establecer una “Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del paciente” y disponer de un aula virtual con recursos de ayuda formativa e informativa, tanto a nivel del SNS como a través de servicios de salud autonómicos.

Actualmente, está en marcha la “Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020” (5), que promueve 6 líneas estratégicas (relacionadas con los objetivos del Plan de Calidad del SNS), a desarrollar de cara al año 2020 que son:

- Línea Estratégica 1: Cultura de Seguridad, factores humanos, organizativos y formación.
- Línea Estratégica 2: Prácticas clínicas seguras.
- Línea Estratégica 3: Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes.
- Línea Estratégica 4: La participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad.
- Línea Estratégica 5: Investigación en seguridad del paciente.
- Línea Estratégica 6: Participación internacional

## EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

El Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria (APEAS; 2008), puso de relieve que la práctica sanitaria en Atención Primaria es “razonablemente” segura, de frecuencia baja y predominantemente de carácter leve.

A pesar de ello, la seguridad de los pacientes es un tema muy importante en el primer nivel asistencial, la elevada frecuentación de las consultas de AP en España (y en domicilio de los pacientes) hace que, aun siendo relativamente baja, la frecuencia de EA sigan siendo numerosos los pacientes afectados. Si generalizáramos los resultados al conjunto de la población, podrían verse afectados de media 7 de cada 100 ciudadanos en un año (6).

Además, la prevención de los EAs en AP se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70-80% de los EAs son evitables. En este nivel asistencial, las causas de los EA suele ser multicausal, en su origen están comprometidos factores relacionados con el uso de fármacos, con la comunicación, con la gestión y con los cuidados. La consecuencia o impacto más común suele relacionarse con un “peor curso evolutivo de la enfermedad de base del paciente”, siendo también significativo la adquisición de “infección relacionada con los cuidados” y las “derivaciones” desde AP a la asistencia especializada (6).

Por otro lado, a través del primer informe de incidentes de seguridad notificados al Sistema SiNASP (7), se obtuvieron los resultados preliminares del estudio piloto llevado a cabo en AP en el año 2011 (la implantación del SiNASP en todas las Comunidades Autónomas se realizó en 2013); el cual recoge que el tipo más frecuente de EA notificado suele estar relacionado con la medicación, seguido de coordinación entre niveles asistenciales y con el laboratorio de análisis-anatomía patológica.

Si atendemos al lugar en donde ocurrió el EA, más de la mitad de los incidentes notificados ocurrieron en las consultas y en segundo lugar están los incidentes que han ocurrido en otros lugares como el domicilio del paciente o en residencias

sociosanitarias. Haciendo un cálculo de medias, más del 50% de los EAs que ocurren en AP suelen llegar al paciente, aunque la mayoría no reporte consecuencias para el paciente, existe 25% de los casos que adquieren la categoría de moderada (daño temporal menor y/o con necesidad de tratamiento adicional sin hospitalización, o conflicto con el paciente).

Referente a los factores contribuyentes a la aparición del EAs (Tabla nº1), se han podido identificar hasta 24 factores contribuyentes. El 46% se correspondían con factores profesionales, principalmente relacionados con formación, conocimiento y competencia de los profesionales, seguido por factores estresantes, emocionales y fatiga; un (29%) relacionados con a factores de la organización, principalmente la falta o inadecuación de normas, procedimientos o protocolos de trabajo y aspectos de cultura de la organización. Los factores relacionados con el entorno de trabajo, las instalaciones y el equipamiento se identificaron como factores contribuyentes en el 26% de los casos; siendo menos del 1% debido a factores externos u otros factores <sup>(7)</sup>.

| <b>FACTORES CAUSALES DE EVENTO ADVERSO</b> |         |
|--|---------|
| Relacionados con la medicación             | 48,20 % |
| Relacionados con los cuidados              | 25,70 % |
| Relacionados con la comunicación           | 24,60 % |
| Relacionados con el diagnóstico            | 13,10 % |
| Relacionados con la gestión                | 8,90 %  |
| Otras causas                               | 14,40 % |

Tabla 1: Grupo de factores Causales de EAs en Atención Primaria (Estudio APEAS).

Analizando las conclusiones de este primer informe SiNASP en AP se pueden identificar los siguientes factores contribuyentes que deberían ser analizados para prevenirlos de cara al futuro:

- Mayor probabilidad de riesgo de incidentes causados por profesionales que llevan poco tiempo en el centro (1 ó 2 días, por sustitución u otros motivos); así como, que no dispongan de la información necesaria sobre el funcionamiento de los sistemas de trabajo.
- Mayor probabilidad riesgo de incidentes ocurridos durante periodo vacacional, en el que los profesionales tienen una mayor carga de trabajo por cubrir a otros compañeros. Bajo estas condiciones parece que algunas comprobaciones no se llevan a cabo con el suficiente cuidado y rigor.
- Se evidencian debilidades en el sistema de gestión de historias clínicas, como ausencia de revisiones o registros para identificar duplicidades.
- Incumplimiento de algunos protocolos de trabajo establecidos en los centros, como la identificación sistemática del paciente o la comprobación de alergias antes de prescribir medicación.
- Errores cometidos por falta de conocimiento de algunos aspectos (técnicas de cuidado o terapias).

En concordancia con los datos anteriores, en un estudio Delphi de nivel internacional para detectar las principales causas de daño iatrogénico a nivel mundial en AP, se identificaron cinco causas clave de incidente de seguridad del paciente comunes a todos los sistemas de Atención Primaria <sup>(9)</sup>:

- Problemas resultantes de una mala comunicación y de trabajo en equipo.

- Problemas en el pedido e interpretación de imágenes de diagnóstico y resultados de laboratorio.
- Problemas relacionados con la gestión de datos e integridad de registros clínicos y medios tecnológicos (falta de conocimiento/habilidades y duplicidades)
- Problemas en la gestión de transiciones entre diferentes niveles asistenciales de cuidado.
- Problemas clínicos con el paciente (Diagnósticos incorrectos o perdidos, decisión de tratamiento incorrecta, falta de habilidades técnicas,...).

Así mismo, diferentes estudios de opinión sobre la Seguridad del Paciente muestran que el 40% de los ciudadanos de la Unión Europea consideran que podrían sufrir daño al recibir atención ambulatoria <sup>(5)</sup>.

En España en el último Barómetro Sanitario realizado en el año 2016 <sup>(8)</sup>, reveló que el 6,4% de los encuestados referían haber sufrido un error en la asistencia sanitaria recibida en la consulta de AP; de los cuales el 30,1% le afectó de forma “grave” a su salud y un 16,4% de forma “muy grave”; siendo un tema prioritario que “afortunadamente” va disminuyendo en el tiempo de forma progresiva (en 2010 la tasa era del 9,6%).

Hoy en día los pacientes y usuarios de cualquier nivel asistencial de salud piden a los profesionales de la salud “*ESFUERZO, HONESTIDAD, TRANSPARENCIA Y PARTICIPACIÓN*” para conseguir la seguridad en la atención sanitaria, como se recoge en la “Declaración y compromiso de los pacientes por la Seguridad en el Sistema Nacional de Salud” que fue publicado en 2011 a través del informe “Perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente” <sup>(10)</sup>.

En resumen, en base a los resultados reportados por los estudios expuestos, podemos determinar que los retos actuales van encaminados a resolver los siguientes temas:

- Alrededor de una 6% de los pacientes atendidos en centros de AP sufren un evento adverso relacionado con la atención recibida.
- Los costes ocasionados por los incidentes y por las oportunidades perdidas por no hacer lo que se debería de hacer suponen un porcentaje importante del gasto sanitario.
- Los porcentajes de evitabilidad de los EAs en AP, si aplicásemos el conocimiento disponible, en función del tipo y gravedad del evento adverso estaría entre el 70% y el 80%.
- Actualmente disponemos de evidencia, de moderada y alta calidad sobre la importancia y utilidad de aplicar prácticas y procedimientos seguros. Sin embargo es escasa la investigación sobre la implementación y evaluación de dichas prácticas. Dicho de otro modo: sabemos lo que hay que hacer, pero no sabemos si lo hacemos en la medida que se debería <sup>(5)</sup>.
- Se estima que los costes ocasionados por los eventos adversos y por las oportunidades perdidas por no hacer lo que se debería de hacer suponen un porcentaje importante del gasto sanitario <sup>(5)</sup>.
- Los EAs relacionados con la asistencia sanitaria en AP también son un problema de salud pública por su magnitud, trascendencia y posibilidad de prevención.

## PRÁCTICAS SEGURAS RECOMENDADAS PARA EN ATENCIÓN PRIMARIA

La Organización Mundial de la Salud lanzó en el año 2004 la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, actualmente llamada “Programa de Seguridad del Paciente”,

que incluye diferentes retos y acciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel mundial. En 2012 promovió en Ginebra (Suiza) una reunión sobre la Seguridad en Atención Primaria con el fin de analizar los datos disponibles sobre frecuencia, características, posibilidades de prevención y gravedad de los EAs, con el objetivo de valorar los retos y la posibilidad de establecer estudios comunes entre países. De dicha reunión se extrajeron una serie de recomendaciones o directrices prioritarias y relevantes para mejorar la Seguridad del Paciente en Atención Primaria <sup>(5,11)</sup>:

- Formación de los profesionales en seguridad del paciente.
- Promover estudios de seguridad del paciente utilizando diferentes metodologías.
- Desarrollar políticas para promover la seguridad del paciente en atención primaria.
- Mejorar las definiciones sobre errores y su clasificación.
- Facilitar el aprendizaje de los errores.
- Asegurar que los sistemas para mejorar la seguridad de los pacientes en atención primaria se ponen en práctica.

Tabla 2: Prácticas seguras recomendadas por organizaciones internacionales (5).

| <b>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2007)</b>   | <b>NATIONAL QUALITY FORUM (2010)</b>   | <b>AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (2013)</b>  | <b>JOINT COMMISSION (2014)</b>   |
|--|--|---|--|
| Higiene de manos<br>Conciliación de la medicación<br>Medicamentos de alto riesgo (soluciones concentradas de electrolitos)<br>Cirugía segura<br>Identificación<br>Transición asistencial<br>Medicamentos con nombres parecidos | Higiene de manos<br>Medicamentos de alto riesgo<br>Cirugía segura<br>Bacteriemia relacionada con catéter<br>Infección de tránsito urinario por catéter<br>Infección quirúrgica<br>Neumonía asociada a ventilación mecánica<br>Cultura seguridad<br>Dispositivos médicos<br>Consentimiento informado<br>Transición asistencial<br>Resistencia a los antimicrobianos<br>Úlceras por presión<br>Caídas<br>Trombosis venosa<br>Radiaciones ionizantes en pediatría | Higiene de manos<br>Conciliación de la medicación<br>Medicamentos de alto riesgo<br>Cirugía segura<br>Bacteriemia relacionada con catéter<br>Infección de tránsito urinario por catéter<br>Neumonía asociada a ventilación mecánica<br>Cultura seguridad<br>Dispositivos médicos<br>Transición asistencial<br>Úlceras por presión<br>Caídas<br>Implicación pacientes/cuidadores | Higiene de manos<br>Conciliación de la medicación<br>Cirugía segura<br>Bacteriemia relacionada con catéter<br>Infección de tránsito urinario por catéter<br>Infección quirúrgica<br>Identificación<br>Comunicación |

Así mismo, en un reciente estudio de revisión sobre programas de mejora de la seguridad del paciente para Atención Primaria, se evaluaron 30 estrategias y recomendaciones propuestas para una práctica segura y su efectividad (costo) de implementación; concluye que ninguna propuesta tiene la “solución mágica” y que hay

seguir investigando <sup>(12)</sup>. Sin embargo, considera imprescindible, a modo de recomendación genérica, el desarrollar programas basados en hacer visible la realidad de la no seguridad del paciente, siendo necesario formar a los profesionales y pacientes hacia una cultura de seguridad dentro de un proceso de seguridad de pacientes y calidad asistencial continuada.

Las prácticas seguras se definen como son aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente. En la Tabla 2 se describe de forma resumida las prácticas seguras recomendadas por diferentes organizaciones y agencias internacionales en base a la frecuencia de los eventos adversos más comunes y a la evidencia para su control.

En España, el Plan de Calidad del SNS ha formulado una estrategia encaminada a mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS, en colaboración con la Comunidades Autónomas, prácticas seguras en ocho áreas concretas <sup>(3)</sup>:

- Prevención de los efectos adversos de la anestesia en cirugía electiva.
- Prevención de las fracturas de cadera en pacientes post quirúrgicos.
- Prevención de las úlceras por presión en pacientes en riesgo.
- Prevención del trombo-embolismo pulmonar (TEP) y la trombosis venosa profunda (TVP) en pacientes sometidos a cirugía.
- Prevención de la infección nosocomial y las infecciones quirúrgicas.
- Prevención de la cirugía en lugar erróneo.
- Prevención de los errores debidos a medicación
- Implantación y aplicación correcta del consentimiento informado en determinadas actuaciones, así como el cumplimiento de las últimas voluntades expresadas previamente por los pacientes.

La estrategia de seguridad de pacientes del SNS para el período 2015-2020, tiene identificadas ocho prácticas clínicas seguras de implantación en AP <sup>(5)</sup>:

- Resistencia antimicrobiana.
- Uso seguro de medicamentos de alto riesgo.
- Conciliación de la medicación.
- Úlceras por presión.
- Prevención de caídas.
- Higiene de manos.
- Cirugía segura.
- Identificación segura de pacientes.

Complementariamente, todos los Sistemas Autonómicos de Salud ya disponen de algún sistema de notificación de incidentes relacionados con la atención sanitaria en AP. A parte del mencionado sistema SiNASP, también están operativos en España otros sistemas como <sup>(5)</sup>: el sistema CISEM-AP (Comunicación de incidentes de seguridad sin daño y errores de medicación en atención primaria); el FHC (Sistema de notificación y registro de efectos adversos); SGIS (Sistema de gestión de incidentes de seguridad); el SINEA (Sistema de notificación de incidentes y eventos adversos); el SISNOT (Sistema de notificación de incidentes sin daño); el SNASP (Sistema de notificación y aprendizaje en seguridad del paciente) y el TPSC (Plataforma para la gestión de la seguridad del paciente).

Sin embargo, para mejorar la seguridad de los pacientes a través de la implantación de prácticas seguras, es imprescindible establecer unos objetivos de referencia (resultados que se esperan conseguir) que sean factibles y pertinentes en función de la evidencia y recursos disponibles. Los objetivos actuales, a modo general, que se proponen relacionados con las prácticas seguras en AP (extensibles para la AD), se agrupan en siete áreas clave (Tabla 3) <sup>(1,3,5,13,14)</sup>.

Tabla 3: Acciones de buena práctica recomendadas según la evidencia.

| OBJETIVOS   | ACCIONES RECOMENDADAS   |
|---|---|
| <p><b>Mejorar la exactitud en la identificación del paciente:</b><br/>Identificación y comprobación inequívoca de paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto.<br/>Identificación inequívoca de muestras, estudios y documentos del paciente</p> | <p>Utilizar al menos dos identificadores del paciente siempre que se administre medicación, sangre o derivados o se realice toma de muestras o vacunación.<br/>Disponer de un procedimiento que garantice la correcta identificación de documentos, muestras biológicas y estudios de diagnóstico por imagen de los pacientes, disminuyendo los errores de identificación.</p>  |
| <p><b>Mejorar la efectividad de la comunicación entre el personal sanitario</b></p>   | <p>Quando se den indicaciones o resultados de pruebas por medio del teléfono, verificar que han sido recibidas de forma correcta y completa por el receptor.<br/>Estandarizar las abreviaturas, acrónimos y símbolos que se emplean comúnmente en la institución, y establecer una lista de todos aquellos que no se pueden utilizar.<br/>Conocer que transiciones asistenciales son necesarias para a la derivación y traslado de pacientes entre distintos niveles asistenciales, AD y entre distintas servicios o consultas del mismo centro.<br/>Todos los profesionales conocerán el procedimiento inequívoco de reconocimiento, comunicación y activación de respuesta óptima ante un atención crítica y/o reanimación cardiopulmonar (RCP).<br/>Consensuar y aplicar un protocolo o proceso estandarizado que facilite la transmisión de la información clínica u organizativa durante el "cambio de turno o cambio de guardia".</p>   |
| <p><b>Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos:</b><br/>Uso seguro de medicamento, vacunas y productos sanitarios.</p>  | <p>Elaborar y revisar periódicamente una lista de los medicamentos con nombres similares e implementar las medidas necesarias para evitar los errores por confusión.<br/>Etiquetar siempre toda medicación, jeringas, recipientes, envases y disoluciones.<br/>Aplicar un procedimiento de revisión de los botiquines y almacenes de productos sanitarios, incluyendo el frigorífico (vacunas), para garantizar las condiciones de conservación (temperatura), almacenaje, caducidad, presencia de medicamentos no autorizados y cantidades disponibles.<br/>Realizar procedimiento o sistema de administración de la medicación donde se recojan los "cinco pasos": medicamento correcto, paciente correcto, dosis correcta, hora correcta y vía de administración correcta.<br/>Implementar un procedimiento para la revisión de los tratamientos farmacológicos y dietéticos de pacientes pluripatológicos y polimedcados (conciliación de medicamentos).<br/>Contar con un procedimiento de registro, control y gestión de incidencias relacionadas con medicamentos, vacunas y productos sanitarios.</p> |

|  |   |
|--|---|
| <b>Reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la atención sanitaria.</b>                  | Realizar las recomendaciones sobre higiene de las manos basados en los 5 momentos de la OMS; así como adecuado cumplimiento del protocolo de asepsia, desinfección y esterilización implantado por la organización.<br>Aplicar el procedimiento de uso adecuado de antimicrobianos y profilaxis antibiótica.  |
| <b>Dar continuidad y precisión a la medicación a utilizar a lo largo del proceso de atención</b> | Conocer y documentar, con la colaboración del paciente, una lista completa de la medicación utilizada por los pacientes (conciliación de la medicación) cuando exista una transferencia entre niveles asistenciales.<br>Proporcionar una lista completa de la medicación utilizada cuando el paciente sea trasladado de servicio, hospital o nivel asistencial. |
| <b>Reducir el riesgo de lesiones para el paciente producidas como consecuencia de las caídas</b> | Evaluar el riesgo de caídas mediante una escala y aplicar las medidas oportunas de prevención y gestión del riesgo (registro, monitorización y análisis).   |
| <b>Prevenir las úlceras por presión utilizando medidas basadas en la evidencia</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar una escala validada para determinar el riesgo de desarrollar una úlcera por presión (UPP).</li> <li>• Planificar un plan de cuidado de acorde al riesgo de UPP y las necesidades del paciente según la evidencia disponible.</li> </ul>   |

En definitiva, podemos decir que en los últimos 5 años se ha avanzado mucho en el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria, especialmente con la creación de unidades funcionales de gestión de riesgos, sistemas de notificación de incidentes y procedimientos para la implementación de prácticas seguras específicas para AP. Queda todavía realizar más análisis de resultados de la implementación de prácticas seguras, más investigación en evidencias y evaluación de indicadores de seguridad. Sin embargo, se observa un amplio margen de mejora y se aprecia también la necesidad de trabajar con herramientas de evaluación de mayor validez que permitan tener una idea más precisa del impacto de las acciones desarrolladas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Subdirección General de Atención al Ciudadano y Calidad. Sistema de seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios, del modelo corporativo de gestión integrada de la calidad del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Servicio Gallego de Salud; 2014.
2. Agencia de Calidad del SNS. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Agencia de Calidad del SNS. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2010.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Balance de actividades y acciones previstas (2006-2010). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España; 2010.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
6. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio APEAS. Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Primer informe de incidentes de seguridad notificados al Sistema, año 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
8. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Barómetro Sanitario 2016. Estudio nº 8816, Marzo-octubre 2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2017.
9. Cresswell KM, Panesar SS, Salvilla SA, Carson-Stevens A, Larizgoitia I, Donaldson LJ, Bates D, Sheikh A; World Health Organization's (WHO) Safer Primary Care Expert Working Group. Global research priorities to better understand the burden of iatrogenic harm in primary care: an international Delphi exercise. *PLoS Med.* 2013; 10(11):e1001554. doi: 10.1371/journal.pmed.1001554
10. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
11. World Health Organization (WHO). A Global Challenge Safer Primary Care. Summary of Inaugural Meeting of Safer Primary Care Expert Working Group. Geneva: WHO; 2012.
12. Verstappen W, Gaal S, Esmail A, Wensing M. Patient safety improvement programmes for primary care. Review of a Delphi procedure and pilot studies by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract.* 2015; 21 Suppl:50-5. doi: 10.3109/13814788.2015.1043725
13. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria. [Monografía traducida]. London: National Patient safety Agency (NHS); 2007.
14. Cañada Dorado A, García Cubero C, García Ferradal I, Alonso Safont T, Sánchez Márqueze MA, Serrablo Requejof S, Montero Fernández MJ. Identificación de las prácticas seguras simples en un área de atención primaria. *Rev Calid Asist.* 2011;26(5):292-8. doi: 10.1016/j.cali.2011.04.002





AGEFEC

Asociación Galega de Enfermería  
Familiar e Comunitaria



# Cuidados en Atención Domiciliaria

GUÍA DE BUENA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

CUIDADOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA. GUÍA DE BUENA PRÁCTICA ENFERMERA  
1ª EDICIÓN, 2019

**EDITA**

©AGEFEC. Asociación Galega de Enfermería de Familia e Comunitaria  
Rúa Xosé Chao Rego, 8, Baixo 15705 Santiago de Compostela (España)  
<http://www.agefec.org> · +34 981 55 59 20

**COORDINACIÓN**

Manuel Vidal Fernández Fernández  
José María Rumbo Prieto  
Ana Isabel Calvo Pérez

**REVISIÓN**

Dr. Francisco Cegri Lombardo  
Vicepresidente da Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).

DISEÑO GRÁFICO Y MAQUETACIÓN: ReviravoltaDesign - [www.reviravoltadesign.com](http://www.reviravoltadesign.com)

DEPÓSITO LEGAL: C 1003-2019  
ISBN: 978-84-09-12148-9

Reservados todos los derechos de acuerdo con la legislación en vigor.

# Cuidados en **Atención Domiciliaria**

GUÍA DE BUENA PRÁCTICA ENFERMERA

COORDINADORES

Manuel Vidal Fernández Fernández

José María Rumbo Prieto

Ana Isabel Calvo Pérez

EDITA



**AGEFEC**

Asociación Galega de Enfermería  
Familiar e Comunitaria



# ÍNDICE GENERAL

|  |           |
|--|-----------|
| PRESENTACIÓN   | 17        |
| JUSTIFICACIÓN  | 18        |
| ALCANCE Y OBJETIVOS  | 18        |
| PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA  | 19        |
| <b>TEMA 1</b>  |           |
| <b>INTRODUCCIÓN A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA</b>   | <b>21</b> |
| 1.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTOS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.  | 23        |
| 1.2 LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ESPAÑA   | 33        |
| 1.3 LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EUROPA Y OTROS PAÍSES  | 39        |
| 1.4 DIFERENCIAS ENTRE ATENCIÓN DOMICILIARIA, HOSPITALIZACIÓN<br>A DOMICILIO Y AYUDA A DOMICILIO                                    | 43        |
| 1.5 ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL EN EL DOMICILIO  | 53        |
| 1.6 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS<br>EN CENTROS SOCIO SANITARIOS  | 61        |
| <b>TEMA 2</b>  |           |
| <b>ORGANIZACIÓN Y CARACTERÍSTICAS<br/>DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA</b>  | <b>71</b> |
| 2.1 EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN ATENCIÓN PRIMARIA  | 73        |
| 2.2 LA COMUNIDAD Y EL VOLUNTARIADO<br>EN ATENCIÓN DOMICILIARIA   | 83        |
| 2.3 LA FAMILIA Y EL CUIDADOR EN ATENCIÓN DOMICILIARIA  | 87        |
| 2.4 CARACTERÍSTICAS DE LA VALORACIÓN INTEGRAL<br>EN ATENCIÓN DOMICILIARIA. PATRONES FUNCIONALES Y TAXONOMÍA<br>NANDA-NOC-NIC       | 103       |
| 2.5 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA<br>TRAS EL ALTA HOSPITALARIA. PROGRAMA CONECTA 72                                  | 115       |
| 2.6 REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA<br>EN ATENCIÓN DOMICILIARIA.<br>HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA<br>EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD | 123       |

**TEMA 3****CUIDADOS GENERALES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA 141**

- 3.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SALUTOGÉNESIS  
EN ATENCIÓN DOMICILIARIA 143
- 3.2 EMPODERAMIENTO DEL CUIDADOR Y/O FAMILIA EN LOS CUIDADOS  
A DOMICILIO 151
- 3.3 ATENCIÓN DOMICILIARIA DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO 159
- 3.4 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS EN SITUACIÓN  
DE RIESGO Y/O FRAGILIDAD 179
- 3.5 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS INMOVILIZADAS 189
- 3.6 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON PROBLEMAS  
DE SALUD AGUDOS 205
- 3.7 ATENCIÓN COMUNITARIA Y DOMICILIARIA DEL PACIENTE  
CRÓNICO COMPLEJO 225
- 3.8 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEMENCIA  
Y/O DETERIORO COGNITIVO 237
- 3.9 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS  
CON ALTERACIÓN PSÍQUICA  
Y/O DE SALUD MENTAL 257
- 3.10 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS  
EN SITUACIÓN PALIATIVA 283
- 3.11 ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS AL FINAL DE LA VIDA 299

**TEMA 4****PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS BÁSICOS  
EN ATENCIÓN DOMICILIARIA 311**

- 4.1 BUENAS PRÁCTICAS PARA PREVENIR EVENTOS ADVERSOS  
EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN DOMICILIARIA 313
- 4.2 PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS GENERALES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA  
323
- 4.3 PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS GENERALES EN  
ATENCIÓN DOMICILIARIA 333
- 4.4 PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL DOMICILIO 355
- 4.5 PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS Y  
EN SILLA DE RUEDAS 361
- 4.6 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES CUTÁNEAS  
ASOCIADAS A LA HUMEDAD (LESCAH) 371

|   |            |
|---|------------|
| <b>TEMA 5</b>   |            |
| <b>ÉTICA Y FORMACIÓN EN ATENCIÓN DOMICILIARIA</b>   | <b>381</b> |
| 5.1 ASPECTOS ÉTICOS Y BIOÉTICOS DEL SER HUMANO.<br>MODELOS ÉTICOS APLICADOS EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA | <b>383</b> |
| 5.2 FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE PREGRADO Y POSGRADO<br>UNIVERSITARIO EN ATENCIÓN DOMICILIARIA            | <b>405</b> |
| 5.3 FORMACIÓN CONTINUADA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA   | <b>411</b> |
| 5.4 ATENCIÓN DOMICILIARIA DESDE LA ESPECIALIDAD<br>DE ENFERMERÍA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (EFYC)        | <b>421</b> |
| 5.5 FORMACIÓN PARA CUIDADORES INFORMALES EN CUIDADOS<br>A DOMICILIO. ESCUELA DE PACIENTES               | <b>427</b> |
| 5.6 FORMACIÓN PARA CUIDADORES PROFESIONALES DEL SERVICIO<br>DE AYUDA A DOMICILIO (SAD)                  | <b>457</b> |
| <b>TEMA 6</b>   |            |
| <b>INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN ATENCIÓN DOMICILIARIA</b>  | <b>463</b> |
| 6.1 PRODUCCIÓN CIENTÍFICA Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN<br>EN ATENCIÓN DOMICILIARIA                         | <b>465</b> |
| 6.2 PROYECTOS Y ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN<br>DOMICILIARIA                                   | <b>489</b> |
| <b>LISTADO DE REVISORES</b>   | <b>499</b> |