

Sistema de Notificación
y Aprendizaje para la
Seguridad del Paciente

TALLER SINASP
IDENTIFICACIÓN, NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS
DE INCIDENTES

INTRODUCCIÓN IDENTIFICACIÓN DE INCIDENTES

XIII Jornadas de Trabajo
sobre Calidad en SALUD



Zaragoza,
3 y 4 de junio de 2015



DEFINICIÓN SEGURIDAD CLÍNICA

CONJUNTO DE
ACTUACIONES, ACTIVIDADES O PROCESOS,
EMPREDIDOS POR LOS PROFESIONALES
O LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS,
ENCAMINADAS A
EVITAR, PREVENIR O MINIMIZAR
QUE SE PRODUZCA UN DAÑO INNECESARIO,
AL PACIENTE,
ASOCIADO A LA ATENCIÓN SANITARIA

4 DATOS

EL **10%** de los **PACIENTES** que ingresa en un **HOSPITAL** sufre **DAÑOS** producidos por los cuidados recibidos que se **PODRÍAN EVITAR**
(G.T. sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria para Europa (2000))

Como mínimo un **12%** de las personas que acuden a **URGENCIAS** corre el riesgo de sufrir algún tipo de **INCIDENTE**
(EVADUR)



Al menos un **9,3%** de las personas ingresadas en un **HOSPITAL** sufre algún tipo de **EVENTO ADVERSO**
(ENEAS)

Los **ERRORES** relacionados con la **MEDICACIÓN** suponen para un hospital un gasto de más de **4 MILLONES DE EUROS**
(Ministerio Sanidad y ENEAS)

DEFINICIÓN DE INCIDENTE

INCIDENTE: Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

TIPOS DE INCIDENTES:

- **CUASI-INCIDENTE:** Incidente que no llega al paciente.
- **INCIDENTE SIN DAÑOS:** Es aquel incidente que alcanza al paciente pero no le causa daño apreciable.
- **INCIDENTE CON DAÑOS O EVENTO ADVERSO:** Incidente que causa daño al paciente.

► DEFINICIÓN SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN:

PERMITEN LA COMUNICACIÓN Y EL REGISTRO DE **INCIDENTES**, EVENTOS, CIRCUNSTANCIAS O ERRORES QUE AFECTAN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

► OBJETIVOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN:

Mejora de la seguridad de los pacientes a partir del análisis de incidentes.

El estudio de estos incidentes se realiza para **promover los cambios necesarios en el sistema** para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro.

El énfasis principal del sistema está en el **aprendizaje** a partir del análisis de las notificaciones.

JUSTIFICACIÓN



1. CONSTRUIR UNA CULTURA DE SEGURIDAD
2. LIDERAZGO DEL EQUIPO DE PERSONAS
3. INTEGRAR LAS TAREAS DE GESTIÓN DE RIESGOS
4. **PROMOVER QUE SE INFORME**
5. INVOLUCRAR Y COMUNICARSE CON PACIENTES Y PÚBLICO
6. APRENDER Y COMPARTIR LECCIONES DE SEGURIDAD
7. IMPLEMENTAR SOLUCIONES PARA PREVENIR DAÑOS

JUSTIFICACIÓN

PLAN NACIONAL DE CALIDAD ASISTENCIAL



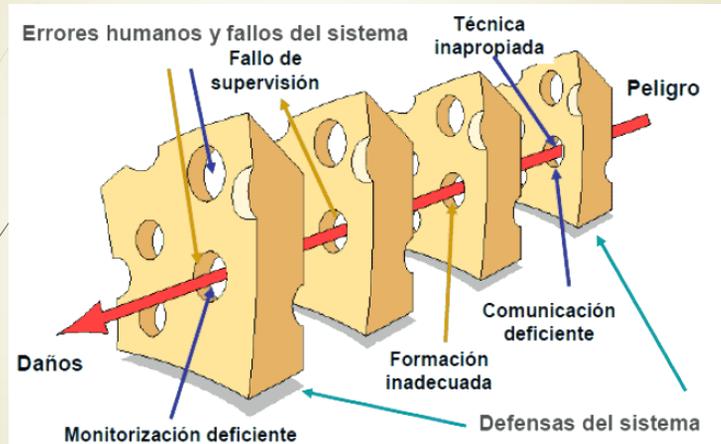
DENTRO DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE CALIDAD LA **NUMERO 8** ES LA RELACIONADA CON **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

- ▶ **OBJETIVO 8.2:** Diseñar y establecer sistemas de información y Notificación de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente

INCIDENTES



INCIDENTES



GESTIÓN DE INCIDENTES

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ Y MÉTODO LONDON

ES UN MÉTODO **REACTIVO** DE ANÁLISIS DE INCIDENTES PARA IDENTIFICAR ERRORES Y SUS CAUSAS

NOS SIRVE PARA:

- IDENTIFICAR LOS FACTORES QUE CONTRIBUYENTES
- IDENTIFICAR LAS CAUSAS PRÓXIMAS
- IDENTIFICAR LAS CAUSAS PROFUNDAS
- Y ENTRE LAS CAUSAS PROFUNDAS LA CAUSAS RAÍZ
- ORIENTAR LOS RESULTADOS A REDUCIR LOS RIESGOS

GESTIÓN DE INCIDENTES

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ Y MÉTODO LONDON

- ▶ **EL OBJETIVO DE UN ACR ES ESTABLECER:**
 - ▶ ¿QUÉ SUCEDIÓ?
 - ▶ ¿PORQUÉ SUCEDIÓ?
 - ▶ Y ¿QUÉ PUEDE HACERSE PARA PREVENIR QUE SUCEDA DE NUEVO?
- ▶ **APRENDER Y MEJORAR:**
 - ▶ PROPONER ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN
 - ▶ IMPLANTAR PRÁCTICAS SEGURAS
 - ▶ REFORZAR BARRERAS

IMPLEMENTA ACCIONES DE MEJORA

GESTIÓN DE INCIDENTES

TIPOS DE CAUSAS

- ▶ TIPOS DE CAUSAS:
 - ▶ Las **causas próximas** suelen estar ligados a las personas. Son superficiales y fácilmente identificables. Es la causa más aparente o inmediata que explica el evento (son acciones concretas, olvidos, incumplimientos, etc.)
 - ▶ Las **causas profundas** que están ligadas al sistema. Son las condiciones que favorecen y predisponen a realizar los fallos activos. Son fallos en el sistema o el proceso, están arraigadas en el mismo.
 - ▶ **Tipos de causas profundas:**
 - ▶ **Causas subyacentes:** solo influyen.
 - ▶ **Causas raíz:** son las fundamentales. Son el objetivo de ACR, ya que su eliminación conlleva o bien la desaparición del incidente o bien la reducción de la probabilidad de que ocurra.
 - ▶ **Los Factores Contribuyentes** son las categorías donde agrupar las causas profundas.

GESTIÓN DE INCIDENTES

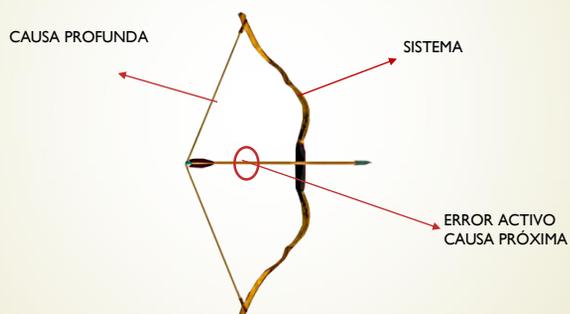
TIPOS DE CAUSAS

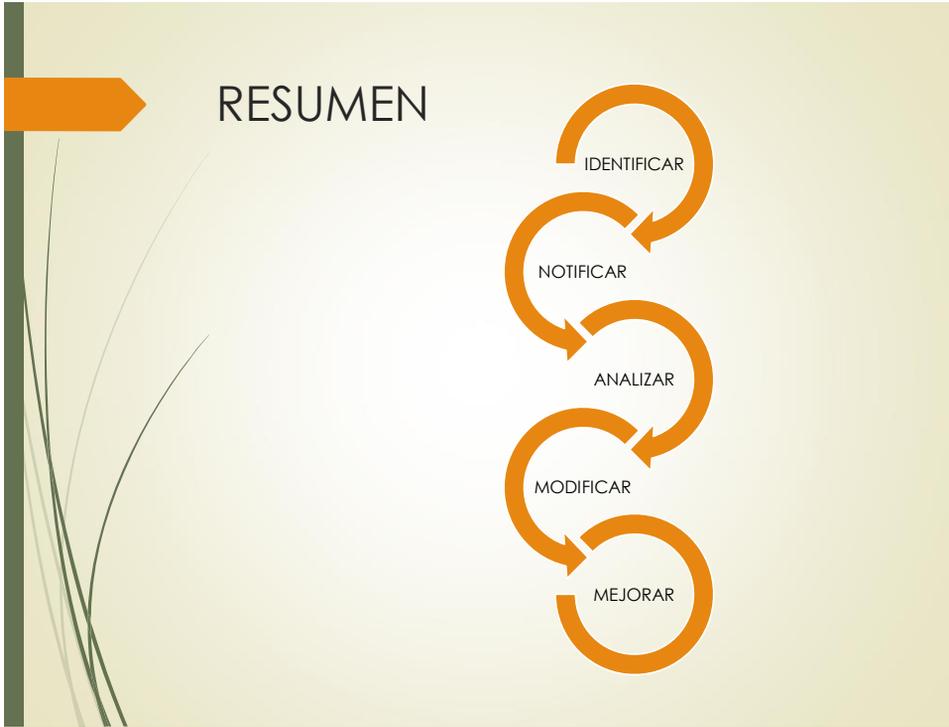
Analizaremos las categorías de **Factores Contribuyentes** a partir de las **Causas Próximas** y así podremos encontrar las **Causas Profundas**



GESTIÓN DE INCIDENTES

TIPOS DE CAUSAS





SIGUIENTE.....

This slide has a light beige background and a dark green vertical bar on the left side. The bar contains a stylized grass graphic and an orange arrow pointing right. The text 'SIGUIENTE.....' is centered on the slide.

Sistema de Notificación
y Aprendizaje para la
Seguridad del Paciente

TALLER SINASP
IDENTIFICACIÓN, NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS
DE INCIDENTES

NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES

XIII Jornadas de Trabajo
sobre Calidad en SALUD



Zaragoza,
3 y 4 de junio de 2015



SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN:

Permiten la COMUNICACIÓN y el registro de Incidentes, Eventos, Circunstancias o Errores que afectan a la Seguridad del Paciente.

El análisis de los incidentes notificados se centra en Identificar las CONDICIONES LATENTES del sistema que facilitan la ocurrencia de los incidentes, con el fin de mejorar el entorno en el que trabajan las personas.



OBJETIVOS

- ▶ **Mejora de la seguridad de los pacientes** a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.

- ▶ El estudio de estos incidentes se realiza para **promover los cambios necesarios en el sistema** para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro.

- ▶ El énfasis principal del sistema está en el **aprendizaje** a partir del análisis de las notificaciones, identificando nuevos riesgos, tendencias, factores de riesgos y factores contribuyentes. La comunicación y registro de casos, por lo tanto, no es una finalidad en sí misma.

OBJETIVOS

EL INCIDENTE DE SEGURIDAD DE HOY PUEDE SER EL EVENTO ADVERSO DE MAÑANA

NOTIFICA AL SINASP PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

<https://www.sinasp.es>

**SI SABES QUE EXISTE UN PROBLEMA DE SEGURIDAD...
DEJA QUE LOS DEMÁS TAMBIÉN LO SEPAN**

La notificación de incidentes y eventos adversos es un medio para mejorar la seguridad de los pacientes

<https://www.sinasp.es>

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL SISTEMA

- Voluntariedad
- No punibilidad
- Confidencialidad
- Notificación anónima o nominativa con anonimización (o de-identificación) de los datos.

Implicaciones legales del SiNASP

Las implicaciones legales de un sistema de notificación dependen de dos factores:

1. Tipo de incidente que se notifica
2. Información identificativa que recoge el sistema

Implicaciones legales del SiNASP

1. Tipo de incidente que se notifica

Se notifican todos los incidentes relacionados con la seguridad del paciente que se detecten, llegasen o no al paciente y causasen daño o no:

- casi-incidentes,
- incidentes sin daño
- eventos adversos.

Exclusiones: las infracciones de utilidad limitada desde un punto de vista del aprendizaje y de obvio interés para jueces y fiscales.

Ejemplos de aspectos a excluir serían abuso de pacientes, actos considerados criminales o actuaciones bajo los efectos de las drogas.

Implicaciones legales del SiNASP

2. Información identificativa que recoge el sistema

- Notificación nominativa voluntaria
- Información detallada que permite identificar el caso
 - NO se deben incluir datos identificativos en el campo abierto. Si los hubiese, el Núcleo de Seguridad debe borrarlos.
- Eliminación automática de información tras 15 días:
 - Hora exacta en que ocurrió el incidente (se mantiene la franja horaria)
 - Fecha de la notificación (dato automático del sistema)
 - Dirección de email del notificante y nombre del notificante
 - Categorías profesionales de las personas implicadas

Se limita la probabilidad de tener que aportar esta información a un proceso judicial

PROCESO DE NOTIFICACIÓN



1. Detección

Detección

Notificación

Clasificación

Análisis y
Gestión

Implantación
de mejoras

Feedback

Detección de incidentes:

• **Observación directa**

• **Información indirecta:** el profesional no ve el incidente directamente cuando ocurre, pero lo identifica posteriormente porque una tercera persona le informa sobre ello o por algún tipo de documentación o dato que lo refleja.

Primer paso tras la detección del incidente:
acciones correctoras inmediatas

2. Notificación

Detección

Notificación

Clasificación

Análisis y
Gestión

Implantación
de mejoras

Feedback

Qué se notifica:

Incidentes relacionados con la seguridad del paciente:

– Incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente

– Incidentes sin daño

– Eventos adversos

2. Notificación



Qué **NO** se notifica:

- **Sabotajes:** infracciones, desviaciones **deliberadas** de las normas dirigidas a causar daño al paciente o al sistema.
- **Ejemplos de aspectos a excluir:**
 - Abuso de pacientes
 - Actos considerados criminales
 - Prácticas inseguras intencionadas (se refiere cuando el o los profesionales sanitarios causan daño intencionado con sus acciones).
 - Actuaciones bajo los efectos de drogas

PORQUE CARECEN DE INTERÉS PARA EL APRENDIZAJE

2. Notificación



Quién notifica:

Cualquier **profesional sanitario** de una organización que identifique un incidente relacionado con la seguridad del paciente ocurrido en su centro de trabajo.

2. Notificación



Cómo se notifica:

- Notificación a través de internet
- Sistema compuesto por dos áreas:
 - Área del notificante (cuestionario de notificación)
 - <https://www.sinasp.es>
 - Área de gestor del sistema
 - <https://www.sinasp.es/gestor>
- Códigos para acceder al sistema:
 - Código de centro (para el notificante)
 - Usuario y clave para el gestor del sistema

2. Notificación

SiNASP

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

<https://www.sinasp.es>
Código del centro: "EMER95"
Accesible desde cualquier ordenador

En los últimos años se han realizado muchos estudios sobre la seguridad en la atención sanitaria, que concluyen que cerca de un 10% de los pacientes hospitalizados sufren un evento adverso, y que aproximadamente la mitad se podrían haber evitado. En este contexto, el propósito de los sistemas de notificación es mejorar la seguridad de la atención sanitaria.

Los sistemas de notificación permiten la comunicación y el registro de incidentes, eventos, circunstancias o errores que afecta a la seguridad de los pacientes. El análisis de los incidentes notificados se centran en identificar las "condiciones latentes" del sistema que facilitan la ocurrencia de incidentes, con el fin de mejorar el entorno en el que trabajan las personas.

OBJETIVOS:

El objetivo del SiNASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas o incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.

El estudio de estas situaciones, del contexto en el que ocurrieron, de los riesgos latentes preexistentes y de los factores que contribuyeron a su aparición se realiza con el fin de promover los cambios necesarios en el sistema para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro. El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora.

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL SiNASP

- Notificación voluntaria
- No punibilidad
- Confidencialidad de la información
- Permite la notificación anónima y la notificación nominativa con de-identificación de los datos
- Análisis para el aprendizaje y la implementación de mejoras a nivel local

NOTIFICACION EN EL SiNASP

- Qué se notifica: incidentes relacionados con la seguridad del paciente y eventos adversos.
- Quién notifica: cualquier profesional sanitario del centro que identifique un incidente de seguridad
- Cómo notificar: la notificación se realiza a través del cuestionario informatizado que se encuentra en el portal SiNASP en la dirección: <https://www.sinasp.es>

GESTORES SiNASP EN 061ARAGON

MABEL CANO
PAQUE GABRIEL
CHARBIA BROSET

seguridadclinica061aragon@gmail.com

976 716 709

@segurclinica061

CURSO ON-LINE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SiNASP

El curso on-line está dirigido a todos los profesionales sanitarios de los centros que utilizan el SiNASP

Esta acreditado con 4 créditos de formación continuada para profesionales sanitarios.

<https://www.sinasp.es>
Clave de acceso al curso: "sinasp"

061

Plan de Calidad Sistema Nacional de Salud

2. Notificación



VIDEO DE CÓMO REALIZAR UNA NOTIFICACIÓN

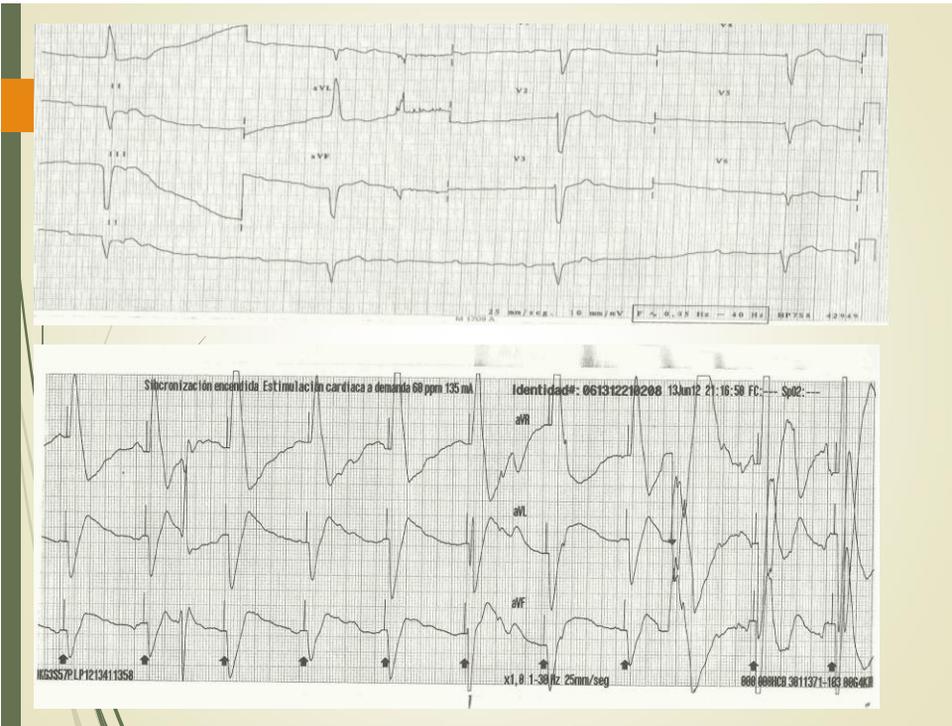
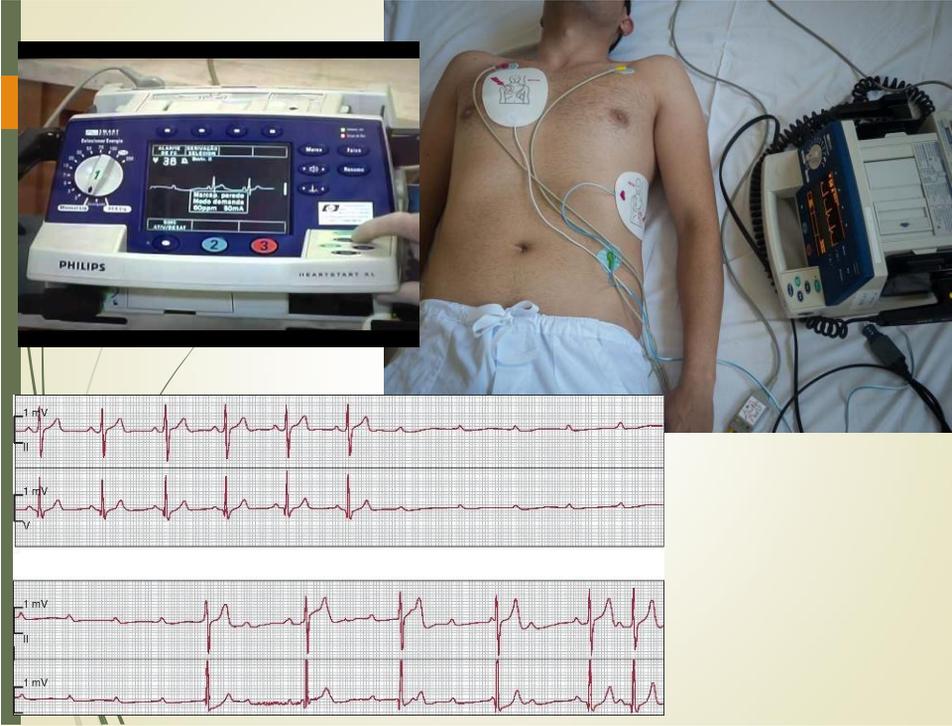
REALIZACIÓN DE UNA NOTIFICACIÓN

Caso práctico

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente en sala de críticos de urgencias que había sido remitido por UME con cuadro de dolor torácico y síncope objetivando bloqueo AV. completo. Durante su estancia en urgencias se le coloca marcapasos externo y se solicita traslado a UCI coronaria mediante UVI móvil.

La médica de la UVI móvil acude a la sala de urgencias acompañada de otro médico de la unidad al que le solicita ayuda pues no se siente segura con el manejo del marcapasos externo. El paciente se encuentra consciente, colaborador y asintomático. Presenta ritmo propio con taquicardia sinusal que se alterna con bloqueo entrando bien el marcapasos puesto en urgencias a 60 lpm. y 110 mAmp. (no captaba en voltajes inferiores). Electrodo ambos en posición anterior.



DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se coloca marcapasos de la UME con electrodos en posición anteroposterior y la misma frecuencia y voltaje. Cuando el paciente entra en BAV se comprueba que es efectivo mediante captación de pulso, aunque éste es algo débil. Durante este proceso se encuentran alrededor del paciente al menos 6 personas entre personal sanitario del 061 y del hospital.

En un momento de la asistencia el paciente pierde el conocimiento y deja de tener pulso. Se procede a iniciar maniobras de RCP hasta que el médico que se encuentra a la cabecera se percató que se ha soltado un electrodo de monitorización por lo que el marcapasos no sensaba. Se vuelve a colocar recuperando el paciente pulso y conocimiento. Se coloca esparadrapo transparente para fijar los electrodos. ~~Separadrapo transparente para fijar los electrodos.~~

Previendo más problemas con el marcapasos del monitor (me comentan varios compañeros que "a veces falla", no es del todo fiable"), se coloca marcapasos farmacológico con una perfusión de aleudrina 0.4 mg en 100cc. a 40 ml/h (2mcg/kg/h).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se procede al traslado en ambulancia en el que la comprobación de pulso se hace todavía más difícil, y el paciente se hace cada vez más dependiente del marcapasos. Finalmente revisamos los electrodos y comprobamos que están al revés por lo que el voltaje pasaba en dirección contraria. Se sube la aleudrina, se realiza el cambio y finalmente se produce una captación correcta con una onda de pulso fuerte. Permite bajar la perfusión de aleudrina de nuevo pero no se retira y reducir el voltaje a 100 mAmp.

Resto del traslado permanece estable aunque precisa nueva dosis de analgesia. Durante el transfer en la UCI, el monitor de marcapasos externo que disponen parece ser que no es el habitual y la médico no está familiarizada con él. Al mismo tiempo han recibido un aviso de que les va a llegar otro paciente por lo que el personal de enfermería tiene prisa por realizar el cambio, con lo cual nos ordenan retirar nuestro equipo sin que al parecer esté listo el otro. El paciente vuelve a perder conocimiento y entra en bradicardia extrema previa a PCR volvemos a colocar equipo hasta que solventan el problema, volviendo el paciente a recuperarse. Lo trasladan para poner marcapasos transcutáneo provisional.

2. Notificación



• Importante:

- Gran nivel de detalle en campos abiertos
- Hechos objetivos, evitando opiniones personales
- **NO** incluir datos identificativos de pacientes ni de profesionales (nombre, nº historia, DNI, etc.)

3. Clasificación



Matriz del “Severity Assessment Code” (SAC).

• Cuantificación del nivel de riesgo asociado a un determinado incidente.

• Valora dos variables:

- 1. Gravedad de los resultados del incidente en el paciente
- 2. La frecuencia de aparición de un incidente

3. Clasificación



(SAC): 2. Frecuencia de aparición del incidente:

- Categorías:
 - **Frecuente:** es lógico esperar que el incidente ocurra de nuevo inmediatamente o en un periodo de tiempo breve (probablemente ocurra la mayoría de las semanas o meses).
 - **Probable:** es esperable que ocurra en muchas circunstancias (probablemente ocurra varias veces al año).
 - **Ocasional:** es posible que vuelva a ocurrir en algún momento (podría ocurrir una o dos veces al año)
 - **Poco frecuente:** podría ocurrir en algún momento (quizás en un plazo de entre dos y cinco años).
 - **Muy infrecuente:** es poco probable que vuelva a ocurrir, ocurriría sólo bajo circunstancias excepcionales, (quizás en un plazo de entre 5 y 30 años).

3. Clasificación



Gravedad de los resultados en el paciente:

Ejemplos:

- Situación con capacidad de causar incidente
 - Prescripción con letra ilegible
 - Dar orden bajo mascarilla durante intervención quirúrgica
- Incidente que no llegó al paciente
 - Se encontró una jeringa conteniendo lidocaína 2% + epinefrina, rotulado solo como lidocaína 2% y se corrigió.
 - En una revisión rutinaria del cuarto de urgencias se detecta que la adrenalina está caducada y se cambia.
- Incidente que llegó al paciente, pero no le causó daño
 - Se administra dosis equivocada de paracetamol.
 - Se realizan pruebas diagnósticas a un paciente que no le correspondían, por un error en la identificación del paciente.

3. Clasificación



Gravedad de los resultados en el paciente: Ejemplos:

–Incidente que llegó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño

- Se administra dosis excesiva de heparina obligando a monitorizar síntomas o signos y laboratorio de coagulación ante eventual sangrado, que finalmente no se produjo.
- Durante el traslado de un paciente de una UCI a otra, el paciente se traslada con el respirador de traslados. Al conectar el respirador de traslados, se observa que es imposible la entrada de aire. Se analiza rápidamente el respirador y se observa un dispositivo colocado erróneamente en la válvula respiratoria que impedía la salida de aire.

3. Clasificación



Gravedad de los resultados en el paciente: Ejemplos:

–Contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención

- Se administra dosis excesiva de heparina con aumento en el tiempo de coagulación y que requiere revertirse con protamina.
- Traumatismo facial por caída durante hospitalización que produce herida inciso-contusa en frente que necesita cura y sutura de varias heridas anfractuosas.
- Paciente con inicio de demencia, que comienza a desorientarse al estar ingresado, se levantó el apósito de la herida quirúrgica y arrancó la vía central por la que pasaban las perfusiones. Se volvió a colocar la vía

3. Clasificación



Gravedad de los resultados en el paciente: Ejemplos:

-Contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización

El paciente cae de la cama durante la noche, al no estar puestas las barreras de la cama. A la mañana siguiente refiere dolor, se realiza radiografía y se identifica fractura de cadera.

-Contribuyó o causó daño permanente al paciente

Extirpación de diente sano por error de lateralidad.

-Comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida

Paciente en PCR al conectar el oxígeno la botella está vacía y hay que traer otra de sala contigua. El paciente presenta disociación electromecánica por hipoxia.

-Contribuyó o causó la muerte del paciente

Administración de vincristina (quimioterapia intravenosa) por vía intratecal, produciendo la muerte del paciente.

SAC



| | | Frecuente | Probable | Ocasional | Poco frecuente | Muy infrecuente |
|--------------|---|-----------|----------|-----------|----------------|-----------------|
| Catastrófico | 7. El incidente contribuyó o causó la muerte del paciente | Extremo | Extremo | Extremo | Extremo | Alto |
| Crítico | 6. El incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida | Extremo | Extremo | Alto | Alto | Moderado |
| | 5. El incidente contribuyó o causó daño permanente al paciente | Extremo | Extremo | Alto | Alto | Moderado |
| Moderado | 4. El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención | Alto | Alto | Alto | Moderado | Moderado |
| | 3. El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización | Alto | Alto | Alto | Moderado | Moderado |
| Menor | 2. El incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño | Moderado | Moderado | Moderado | Bajo | Bajo |
| Mínimo | 1. El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño | Moderado | Bajo | Bajo | Bajo | Bajo |

3. Clasificación



(SAC): Niveles de riesgo:

- Riesgo extremo (SAC 1)
- Riesgo alto (SAC 2)
- Riesgo moderado (SAC 3)
- Riesgo bajo (SAC 4)

4. Análisis y gestión



-Investigación del incidente mediante un ACR
 -Investigación mediante versión simplificada de ACR o método similar
 -Seguimiento con datos agregados



6. Feedback



- INDIVIDUALIZADO

- DIFUSIÓN PARA TODOS

UTILIZAR LA INFORMACIÓN DEL SINASP
PARA LA CREACIÓN DE CONTENIDOS

**SOLUCIONES – PRÁCTICAS SEGURAS
MEJORAR LA SEGURIDAD**

6. Feedback



► Feedback a los pacientes:

► El paciente debe ser informado, al menos, de:

- Los hechos que han ocurrido
- Las acciones tomadas / que se tomarán para minimizar el riesgo
- Que el profesional sanitario siente lo que ha pasado
- Qué se hará para prevenir incidentes similares en el futuro
- A quién dirigirse con posibles preguntas

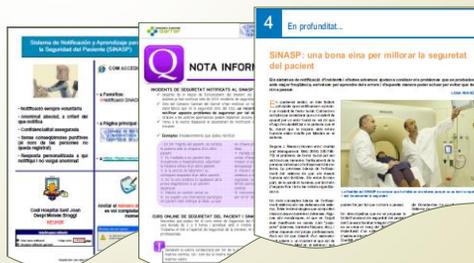
6. Feedback



- **Feedback a los profesionales:**
- Email a los notificantes confirmando la recepción de la notificación y agradeciendo.
- Informar al notificante si se realiza una investigación en profundidad del incidente.
- **Difundir resultados de los análisis:**
 - Informes
 - Reuniones o presentaciones en áreas concretas del centro
 - Mensajes o avisos rápidos por email

Posibles sistemas de feedback

1. Informe resumen de los incidentes notificados en un periodo
2. Informes monográficos
3. Informes, boletines o folletos diversos
4. Alertas de seguridad
5. Informes de análisis de un caso
6. Difusión interna de la información publicada en la Web SiNASP (ACR)
7.
8. ...



6. Feedback

seguridadclinica061
@segurclinica061

TRANFERENCIA PACIENTE METODO IDEAS: La transferencia del paciente sistematizada y ordenada aumenta la [#SegPac](#) youtu.be/X-mAnlgG0LE?a

9:11 PM - 2 Dec 2014

TRANFERENCIA PACIENTE METODO IDEAS



YouTube @YouTube

EL BOLETÍN Nº 5 CON INFORMACIÓN EN SEGURIDAD CLÍNICA YA ESTÁ DISPONIBLE.

OS INVITAMOS A SU LECTURA Y DIFUSIÓN ENTRE TODOS LOS COMPAÑEROS

GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE 061 ARAGÓN

BOLETÍN Nº 5
BOLETÍN Nº 5 INFORMATIVO SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA EN EL 061 ARAGÓN

Nº 5 MARZO 2015

BOLETÍN INFORMATIVO SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA EN EL 061 ARAGÓN

CONTENIDOS:

- SINASP
- FORMACIÓN
- NOVEDADES EN SEGURIDAD CLÍNICA
- REDES SOCIALES Y TICs
- TAXONOMÍA
- CULTURA SEGURIDAD

6. Feedback



issuu

5 Publicaciones 4 Págs

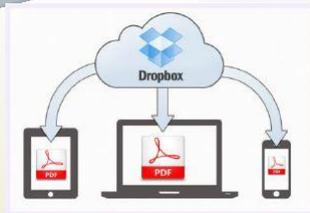
SEGURIDAD CLÍNICA 061
Información y Formación en Seguridad Clínica para los profesionales del 061
<http://tiny.google.com/s/communitv/1003987224101534749>

BOLETINES 1 B. BOLETÍN INFORMATIVO

CURSOS 1 B. CURSOS REALIZADOS EN E.

MONOGRAFICOS 1 B. MONOGRAFICOS DE SECC.

RECOMENDACIONES 1 B.



6. Feedback



6. Feedback

Detección

Notificación

Clasificación

Análisis y
Gestión

Implantación
de mejoras

Feedback

Informe monográfico

- **Centrado en un aspecto:**
 - Del que hay un alto número de notificaciones
 - Que suponga un aspecto de alto riesgo (aunque haya pocas notificaciones)
 - Sobre el que se están implantando proyectos de mejora
- **Contenidos:**
 - Contexto
 - Incidentes notificados (problema)
 - Estrategias de cambio propuestas
 - Referencias bibliográficas, otros casos, etc.

6. Feedback

MONOGRAFICO N°1 SEGURIDAD CLÍNICA OSLABAGON

Dicho manual no estará completado hasta final de año, pero podemos avanzar algunas de las recomendaciones que aparecen en el mismo y que están relacionadas con los casos analizados, teniendo en cuenta que sólo son recomendaciones, pero que su cumplimiento conlleva una práctica asistencial más segura.

RECOMENDACIONES QUE SE PUBLICARÁN EN EL MANUAL:

| RECOMENDACIONES | |
|-----------------|--|
| ✓ | Verificar el fármaco en el momento de la preparación: nombre, concentración, caducidad, vía de administración, estado del fármaco y del envase. |
| ✓ | No usar el nombre comercial, usar el nombre genérico o el principio activo. |
| ✓ | Para las dosis (siempre que el fármaco lo permita) se utilizarán unidades de peso (g, mg, mcg) y no unidades de volumen o número de ampollas. |
| ✓ | Rotular/Identificar/Etiquetar los jeringas, sueros y perfusiones adecuadamente, sin abreviaturas. |
| ✓ | No utilizar fármacos cuyos ampollas o viales no estén correctamente identificados o etiquetados o que estén en mal estado. |
| ✓ | Conservar los envases, ampollas, viales, etc. hasta finalizar la administración. |
| ✓ | Verificar siempre del paciente así como tratamientos previos valorando posibles interacciones farmacológicas. |
| ✓ | El médico prescribe la medicación y transmite el orden SIEMPRE a la enfermera. |
| ✓ | La enfermera al recibir la orden CONFIRMA (1ª) la comprensión de la orden reemplazando el fármaco, la dosis, la dilución y la vía de administración. |
| ✓ | Si el TTS ha preparado la medicación se la entregará a la enfermera y CONFIRMARÁ la orden reemplazando el fármaco, la dosis y la dilución. |
| ✓ | La enfermera antes de administrar la medicación se lo comunicará al Médico, reemplazando el fármaco, la dosis, la dilución y la vía de administración. |
| ✓ | 2ª CONFIRMACIÓN |
| ✓ | Aplicando la regla de los 5 "correctos": <ul style="list-style-type: none"> • Paciente correcto (especial atención en ARI) • Fármaco correcto • Dosis y dilución correcta • Hora correcta • Vía de administración correcta. |
| ✓ | El Médico y la Enfermera comprobará y CONFIRMARÁN (3ª) que los IR Clínicos coinciden en los fármacos administrados y los órdenes dados. |
| ✓ | Validar dosis de administración, protocolizar concentraciones y forma de preparación de diluciones. Evitar perfusiones estandarizadas. |
| ✓ | Cualquier prescripción u orden que genere algún tipo de duda debe ser clarificada antes de su preparación y administración. |
| ✓ | No preparar la medicación, preparando la misma en el momento de la administración. |

Informe resumen de incidentes notificados en un periodo

- El centro debe definir y comunicar la periodicidad con que se harán (recomendable al menos trimestral)
- Es importante elaborar el informe aunque el número de notificaciones sea pequeño
- Contenidos:
 - Datos estadísticos
 - Ejemplos concretos de notificaciones
 - Medidas que se están tomando a partir de los incidentes. Si las medidas son a largo plazo, informar sobre el proceso.

Informe resumen de incidentes notificados en un periodo

EL NÚMERO TOTAL DE INCIDENTES NOTIFICADOS EN EL CENTRO HA SIDO DE 148

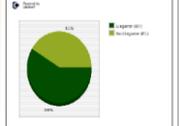
INCIDENTES NOTIFICADOS EN EL PERIODO ANALIZADO
Los siguientes datos y gráficos permiten conocer las características de los incidentes notificados.

ÁREAS DONDE OCURRIERON LOS INCIDENTES

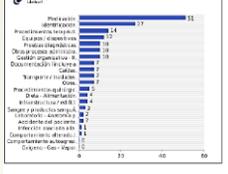
| Área | Nº incidentes | Subtotal |
|---------------------------------|---------------|----------|
| Hospital de día | 1 | 0.68% |
| Servicio de apoyo /Otra | 1 | 0.68% |
| Sala de juntas | 1 | 0.68% |
| COSE | 1 | 0.68% |
| Servicio central | 3 | 2.03% |
| Unidades de cuidados intensivos | 8 | 5.39% |
| Blanca quirúrgica | 17 | 11.49% |
| Urgencias | 27 | 18.24% |
| Unidades de hospitalización | 88 | 58.91% |

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN SU SAC (SEVERITY ASSESSMENT CODE)

| Categoría | Nº incidentes | Subtotal |
|------------------------|---------------|----------|
| SAC 1 - Riesgo extremo | 2 | 1.35% |
| SAC 2 - Riesgo alto | 14 | 9.46% |
| SAC 3 - Riesgo medio | 20 | 13.51% |
| SAC 4 - Riesgo bajo | 61 | 41.22% |
| Sin SAC | 61 | 41.22% |



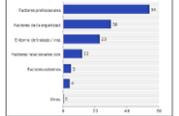
TIPOS DE INCIDENTES NOTIFICADOS



GRAVEDAD DE LAS CONSECUENCIAS DEL INCIDENTE PARA LOS PACIENTES AFECTADOS

| Categoría | Nº incidentes | % sobre total |
|--|---------------|---------------|
| Situación con capacidad de causar un incidente | 30 | 20.27% |
| Incidente que no llegó al paciente | 34 | 22.98% |
| Incidente que llegó al paciente | 87 | 58.75% |
| El incidente llegó al paciente pero no le causó daños | 47 | 31.76% |
| No causó daño, pero el paciente precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño | 14 | 9.46% |
| Causó daño temporal y precisó intervención | 19 | 12.84% |
| Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización | 7 | 4.73% |
| Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida | 2 | 1.35% |
| Causó la muerte del paciente | 2 | 1.35% |

FACTORES QUE CONTRIBUYERON A QUE SE PRODUJERAN LOS INCIDENTES



EJEMPLOS RELEVANTES DE LOS INCIDENTES NOTIFICADOS

A continuación se incluyen algunos ejemplos de incidentes notificados en el periodo. Las notificaciones están organizadas por tipo de incidente, comenzando por los tipos de incidentes que representan un mayor volumen de notificaciones.

1- MEDICACIÓN:

Los incidentes relacionados con la medicación constituyen el tipo de incidente con un mayor volumen de notificaciones. A continuación se incluyen algunos ejemplos, organizados según el proceso de la cadena terapéutica en que se originó el incidente:

Prescripción

- Prescripción de tratamiento sin dosis ni frecuencia.
- La enfermera responsable va a preparar el fármaco a administrar al paciente. En la orden médica se indica DORMICUM 1/2 amp. Las ampollas de Dormicum pueden ser de 5 o 15 mgr. Al no saber la dosis indicada por el médico, la enfermera le pregunta al médico para que especifique.
- Residente no habitual que visita al paciente ya ingresado en la unidad, realiza revisión de pauta indicando un analgésico (metamizol) al que es alérgico. En el momento de pautar la medicación la enfermera lo detecta y evita la administración.
- Prescripción 24 comp de Digoxina c/24 horas. Se detecta por enfermería y por farmacia y se avisa al médico de guardia para modificar la prescripción.

RECOMENDACIONES DE MEJORA A PARTIR DEL ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES NOTIFICADOS

Recortes de un informe semi-automático elaborado con el SINASP

FIN

Sistema de Notificación
y Aprendizaje para la
Seguridad del Paciente

TALLER SINASP
IDENTIFICACIÓN, NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS
DE INCIDENTES

ANÁLISIS DE INCIDENTES

XIII Jornadas de Trabajo
sobre Calidad en SALUD



Zaragoza,
3 y 4 de junio de 2015



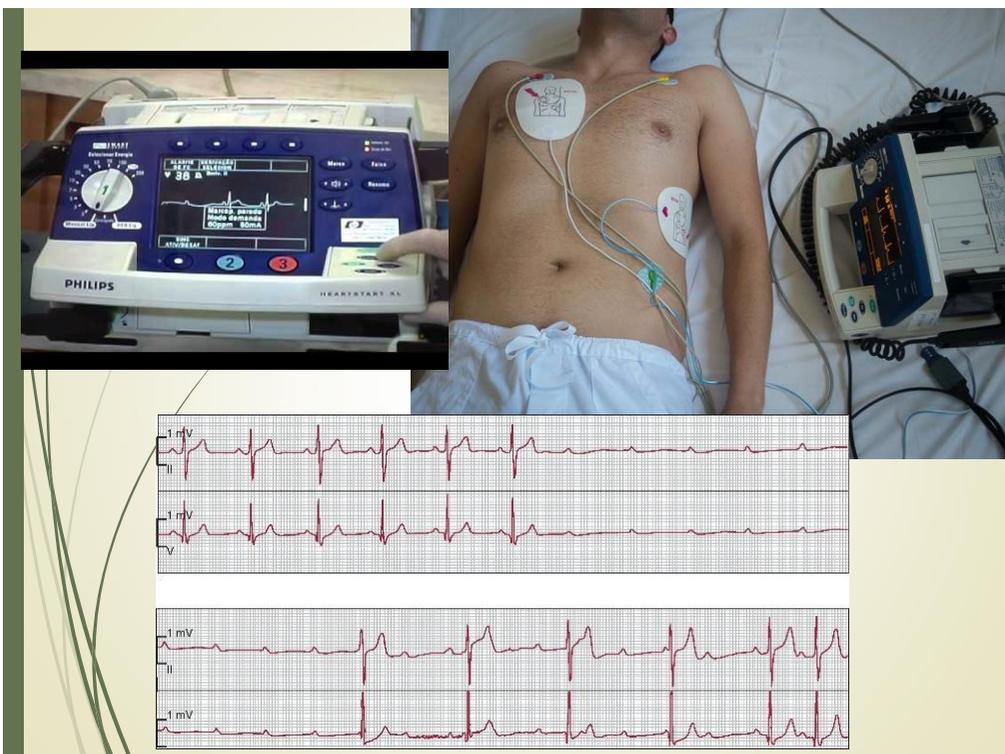
ANÁLISIS CAUSA RAÍZ

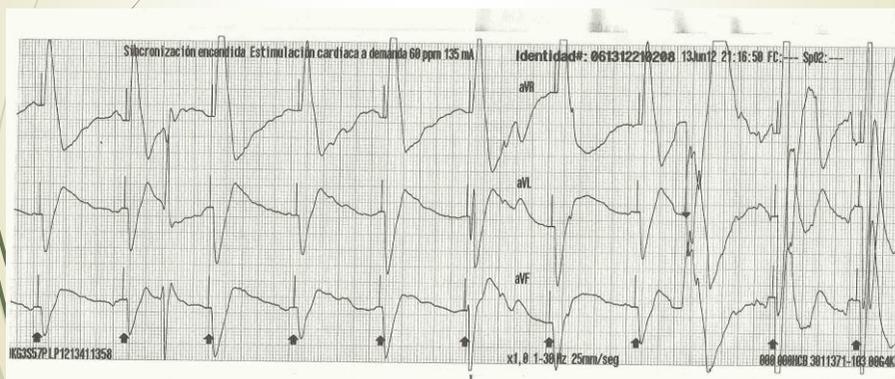
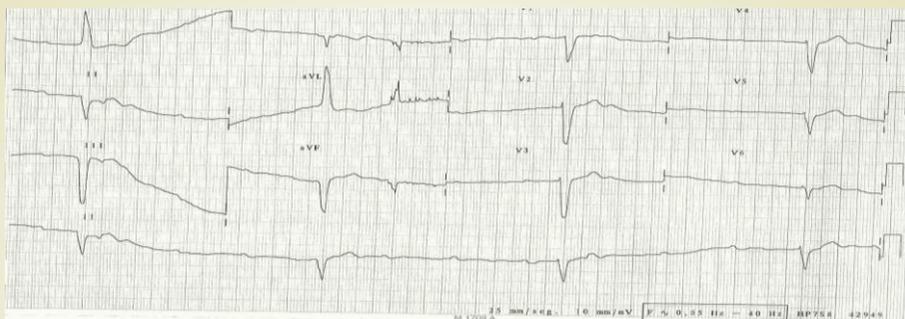
Malfunción de MP
transcutáneo en Bloqueo
AV completo por IAM

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente en sala de críticos de urgencias que había sido remitido por UME con cuadro de dolor torácico y síncope objetivando bloqueo AV. completo. Durante su estancia en urgencias se le coloca marcapasos externo y se solicita traslado a UCI coronaria mediante UVI móvil.

La médico de la UVI móvil acude a la sala de urgencias acompañada de otro médico de la unidad al que le solicita ayuda pues no se siente segura con el manejo del marcapasos externo. El paciente se encuentra consciente, colaborador y asintomático. Presenta ritmo propio con taquicardia sinusal que se alterna con bloqueo entrando bien el marcapasos puesto en urgencias a 60 lpm. y 110 mAmp. (no captaba en voltajes inferiores). Electrodo ambos en posición anterior.





DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se coloca marcapasos de la UME con electrodos en posición anteroposterior y la misma frecuencia y voltaje. Cuando el paciente entra en BAV se comprueba que es efectivo mediante captación de pulso, aunque éste es algo débil. Durante este proceso se encuentran alrededor del paciente al menos 6 personas entre personal sanitario del 061 y del hospital.

En un momento de la asistencia el paciente pierde el conocimiento y deja de tener pulso. Se procede a iniciar maniobras de RCP hasta que el médico que se encuentra a la cabecera se percata que se ha soltado un electrodo de monitorización por lo que el marcapasos no sensaba. Se vuelve a colocar recuperando el paciente pulso y conocimiento. Se coloca esparadrapo transparente para fijar los electrodos.

Previendo más problemas con el marcapasos del monitor (me comentan varios compañeros que "a veces falla", no es del todo fiable"), se coloca marcapasos farmacologico con una perfusión de aleudrina 0.4 mg en 100cc. a 40 ml/h (2mcg/kg/h).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se procede al traslado en ambulancia en el que la comprobación de pulso se hace todavía más difícil, y el paciente se hace cada vez más dependiente del marcapasos. Finalmente revisamos los electrodos y comprobamos que están al revés por lo que el voltaje pasaba en dirección contraria. Se sube la aleudrina, se realiza el cambio y finalmente se produce una captación correcta con una onda de pulso fuerte. Permite bajar la perfusión de aleudrina de nuevo pero no se retira y reducir el voltaje a 100 mAmp.

Resto del traslado permanece estable aunque precisa nueva dosis de analgesia. Durante el transfer en la UCI, el monitor de marcapasos externo que disponen parece ser que no es el habitual y la médico no está familiarizada con él. Al mismo tiempo han recibido un aviso de que les va a llegar otro paciente por lo que el personal de enfermería tiene prisa por realizar el cambio, con lo cual nos ordenan retirar nuestro equipo sin que al parecer esté listo el otro. El paciente vuelve a perder conocimiento y entra en bradicardia extrema previa a PCR volvemos a colocar equipo hasta que solventan el problema, volviendo el paciente a recuperarse. Lo trasladan para poner marcapasos transcutáneo provisional.

Fase 1

| | | Frecuente | Probable | Ocasional | Poco frecuente | Muy infrecuente |
|--------------|---|-----------|----------|-----------|----------------|-----------------|
| Catastrófico | 7. El incidente contribuyó o causó la muerte del paciente | Extremo | Extremo | Extremo | Extremo | Alto |
| Crítico | 6. El incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida | Extremo | Extremo | Alto | Alto | Moderado |
| | 5. El incidente contribuyó o causó daño permanente al paciente | Extremo | Extremo | Alto | Alto | Moderado |
| Moderado | 4. El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención | Alto | Alto | Alto | Moderado | Moderado |
| | 3. El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización | Alto | Alto | Alto | Moderado | Moderado |
| Menor | 2. El incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño | Moderado | Moderado | Moderado | Bajo | Bajo |
| Mínimo | 1. El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño | Moderado | Bajo | Bajo | Bajo | Bajo |

Fase 1

| | | Frecuente | Probable | Ocasional | Poco frecuente | Muy infrecuente |
|--------------|---|-----------|----------|-----------|----------------|-----------------|
| Catastrófico | 7. El incidente contribuyó o causó la muerte del paciente | Extremo | Extremo | Extremo | Extremo | Alto |
| Crítico | 6. El incidente comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida | Extremo | Extremo | Alto | Alto | Moderado |
| | 5. El incidente contribuyó o causó daño permanente al paciente | Extremo | Extremo | Alto | Alto | Moderado |
| Moderado | 4. El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención | Alto | Alto | Alto | Moderado | Moderado |
| | 3. El incidente contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización | Alto | Alto | Alto | Moderado | Moderado |
| Menor | 2. El incidente alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño | Moderado | Moderado | Moderado | Bajo | Bajo |
| Mínimo | 1. El incidente llegó al paciente, pero no le causó daño | Moderado | Bajo | Bajo | Bajo | Bajo |

Fase 1

MATRIZ CODIFICADA MEDICIÓN GRAVEDAD

| Tipo de incidente | Grado de daño |
|--|---------------|
| Incidente que llegó al paciente | ? |
| | |
| Nivel de riesgo del incidente (SAC) | ? |

| Clasificación | Sistema de análisis y gestión del incidente |
|---------------|--|
| SAC 1 | Riesgo extremo: <ul style="list-style-type: none"> •Investigación del incidente mediante un ACR. •Notificar a los líderes de la organización. |
| SAC 2 | Riesgo alto: <ul style="list-style-type: none"> -Investigación mediante versión simplificada de ACR o método similar -Notificar el evento a los líderes de la organización. |
| SAC 3 | Riesgo medio y bajo: <ul style="list-style-type: none"> -Seguimiento con datos agregados -Mecanismos para reducir su riesgo y determinar las responsabilidades para la mejora. |
| SAC 4 | |

Fase 1

MATRIZ CODIFICADA MEDICIÓN GRAVEDAD

| Tipo de incidente | Grado de daño |
|--|---|
| Incidente que llegó al paciente | Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida |
| Nivel de riesgo del incidente (SAC) | SAC 1 o 2 - Riesgo alto |

| Clasificación | Sistema de análisis y gestión del incidente |
|---------------|--|
| SAC 1 | Riesgo extremo: • Investigación del incidente mediante un ACR. • Notificar a los líderes de la organización. |
| SAC 2 | Riesgo alto: - Investigación mediante versión simplificada de ACR o método similar - Notificar el evento a los líderes de la organización. |
| SAC 3 | Riesgo medio y bajo: - Seguimiento con datos agregados - Mecanismos para reducir su riesgo y determinar las responsabilidades para la mejora. |
| SAC 4 | |

Fase 1

EVENTOS CENTINELA

Hechos inesperados que producen o *pueden producir* muerte o lesión grave física o psíquica.

- Gravedad real o potencial (*pueden producir*)
- Evitabilidad (condiciones latentes)
- Análisis inmediato (causas raíz)
- Cambios urgentes obligados.

Fallecimiento inesperado.

Suicidio de un paciente.

Fallecimiento de un recién nacido a término.

Muerte materna.

Pérdida de función permanente no relacionada con la evolución de un paciente.

Intervención quirúrgica en un paciente o en una localización equivocada.

Reacción hemolítica post-transfusional.

Olvido de material tras una intervención.

Aplicación de dosis excesiva de radioterapia.

Hiperbilirrubinemia neonatal severa.

Muerte de un paciente en la sala de espera de Urgencias.

Retraso en un tratamiento.

Caída de paciente con lesión.

Error grave de medicación.

EA relacionado con la anestesia.

Shock anafiláctico en un paciente ingresado.

Violación o maltrato sexual.

Confusión de la documentación de un paciente en quirófano o en pruebas diagnósticas de riesgo.

Errores graves en documentación clínica.

Informe anatomopatológico equivocado.

El Análisis Causa-Raíz (ACR)

El ACR es una metodología sistemática y comprensiva para identificar las fallas, en los procesos de atención y los sistemas hospitalarios, que pueden no ser aparentes en forma inmediata, y que pueden haber contribuido a la ocurrencia de un evento adverso y/o casi daño. El objetivo de un ACR es establecer: *¿qué sucedió?, ¿por qué sucedió? y ¿qué puede hacerse para prevenir que suceda de nuevo?*

FASES DEL ANÁLISIS CAUSA RAIZ

1. Incidentes y sucesos centinela: **¿Qué sucesos analizamos?**
2. Grupo de trabajo: equipo y consultores.
3. Recogida de información.
4. Descripción del efecto y sus causas: mapa de los hechos.
5. Análisis de causas, factores contribuyentes y barreras.
6. Desarrollo de soluciones y plan de acción.
7. Implantación y seguimiento de las medidas.

Fase 2

EQUIPO DE TRABAJO

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------|---|
| Datos básicos del evento a analizar | Detalles | ? |
| | Área/s y/o Servicio/s | ? |

| Integrantes del Grupo de Trabajo | Rol | Cargo |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | Facilitador/Coordinador |
| | Lider Clínico | ? |
| | Responsable/s Dirección | ? |
| | Otros integrantes | ? |
| | | ? |

Fase 2

EQUIPO DE TRABAJO

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------|--|
| Datos básicos del evento a analizar | Detalles | Problemas con la estimulación transcutanea mediante Marcapasos Externo en paciente con bloqueo AV. |
| | Área/s y/o Servicio/s | Urgencias – 061-UCI |

| Integrantes del Grupo de Trabajo | Rol | Cargo |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | Facilitador/Coordinador |
| | Lider Clínico | ? |
| | Responsable/s Dirección | ? |
| | Otros integrantes | ? |
| | | ? |

Fase 2

EQUIPO DE TRABAJO

| | | |
|--|------------------------------|--|
| Datos básicos del evento a analizar | Detalles | Problemas con la estimulación transcutánea mediante Marcapasos Externo en paciente con bloqueo AV. |
| | Área/s y/o Servicio/s | Urgencias – 061-UCI |

| Integrantes del Grupo de Trabajo | Rol | Cargo |
|---|-------------------------|-------------------------|
| | | Facilitador/Coordinador |
| | Lider Clínico | ¿ |
| | Responsable/s Dirección | ¿ |
| | Otros integrantes | ¿ |
| | | ¿ |

Fase 2

EQUIPO DE TRABAJO

| | | |
|--|------------------------------|--|
| Datos básicos del evento a analizar | Detalles | Problemas con la estimulación transcutánea mediante Marcapasos Externo en paciente con bloqueo AV. |
| | Área/s y/o Servicio/s | Urgencias – 061-UCI |

| Integrantes del Grupo de Trabajo | Rol | Cargo |
|---|-------------------------|------------------------------------|
| | | Facilitador/Coordinador |
| | Lider Clínico | Jefe Urgencias - 061 / Supervisora |
| | Responsable/s Dirección | ¿ |
| | Otros integrantes | ¿ |
| | | ¿ |

Fase 2

EQUIPO DE TRABAJO

| | | |
|--|------------------------------|--|
| Datos básicos del evento a analizar | Detalles | Problemas con la estimulación transcutanea mediante Marcapasos Externo en paciente con bloqueo AV. |
| | Área/s y/o Servicio/s | Urgencias – 061-UCI |

| Integrantes del Grupo de Trabajo | Rol | Cargo |
|---|-------------------------|------------------------------------|
| | | Facilitador/Coordinador |
| | Líder Clínico | Jefe Urgencias - 061 / Supervisora |
| | Responsable/s Dirección | Director médico - Subdirector - |
| | Otros integrantes | è |
| | | è |

Fase 2

EQUIPO DE TRABAJO

| | | |
|--|------------------------------|--|
| Datos básicos del evento a analizar | Detalles | Problemas con la estimulación transcutanea mediante Marcapasos Externo en paciente con bloqueo AV. |
| | Área/s y/o Servicio/s | Urgencias – 061-UCI |

| Integrantes del Grupo de Trabajo | Rol | Cargo |
|---|-------------------------|--|
| | | Facilitador/Coordinador |
| | Líder Clínico | Jefe Urgencias - 061 / Supervisora |
| | Responsable/s Dirección | Director médico - Subdirector - |
| | Otros integrantes | Sanitarios implicados urgencias y 061 |
| | | Médicos Urgencias – 061 no directamente implicados |

Fase 3

RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Entrevistas

- Hechos
- Causas

Datos

- Documentación clínica
- Protocolos, normas, reglamentos
- Documentación de mantenimiento

Inspección in situ

- Revisión de recursos, aparatos.



Fase 4

Representación gráfica detallada del proceso

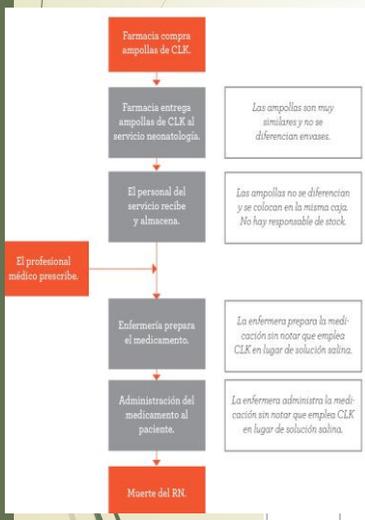
MAPA DE LOS HECHOS

Árbol de decisión

Cronología narrativa y tabla cronológica

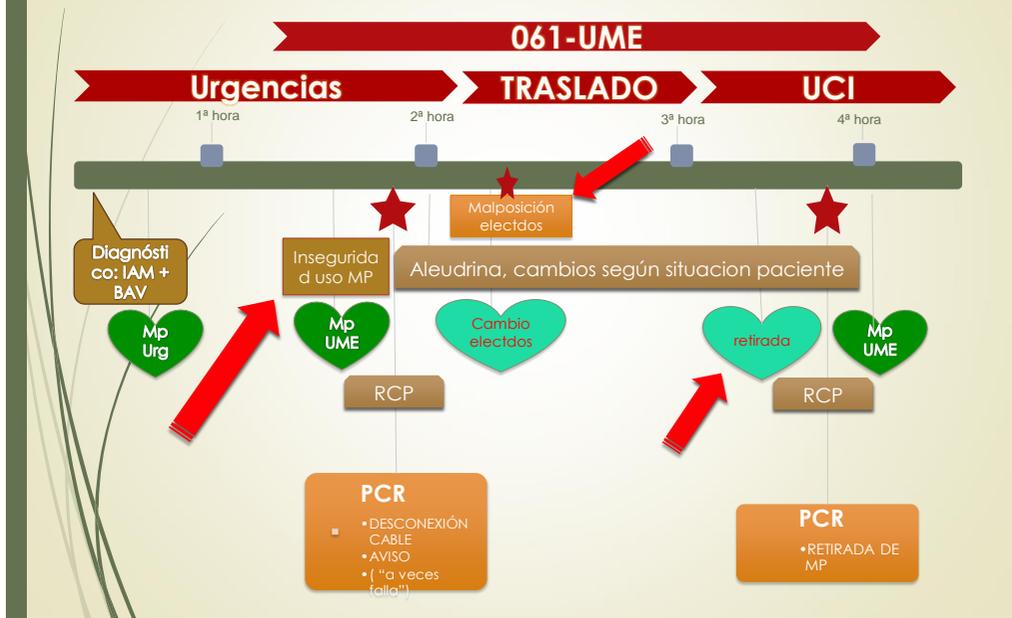
Línea de tiempo

Tabla persona - tiempo.



| HECHOS | | BARRERAS | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Que ocurrió, que se hizo | Información adicional | Que se hizo bien, que funcionó bien: | Que funcionó mal, que no se hizo bien |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

LINEA DE TIEMPO



Fase 5

identificación de las causas

- Análisis de los factores
- Definición de Causas
- Categorización de las mismas

FACTORES PARA ANALIZAR

Factores para analizar el Riesgo y la Seguridad:

- Factores del paciente
- Factores de la tarea a realizar
- Factores individuales del personal
- Factores del equipo de personal
- Ambiente de trabajo
- Organización y administración
- Contexto institucional.

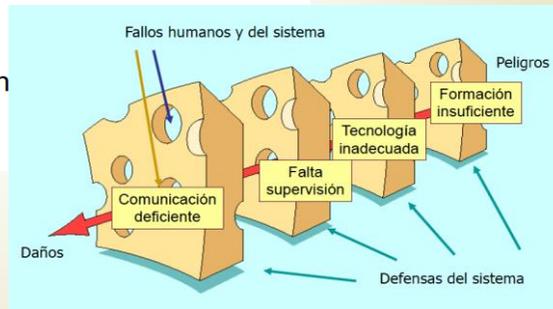


Diagrama de ishikawa



Diagrama de ishikawa

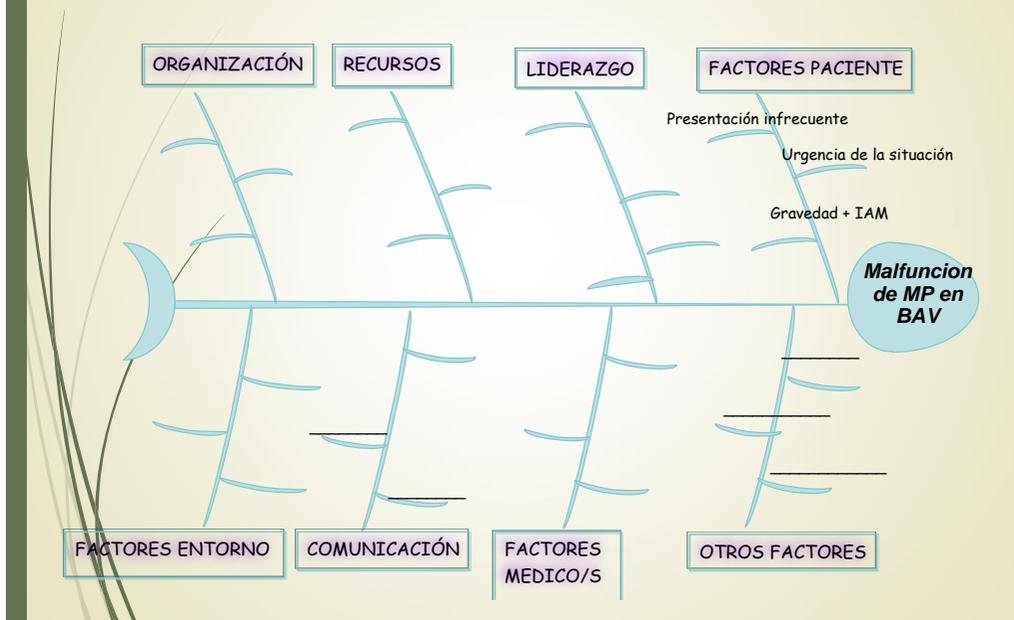


Diagrama de ishikawa

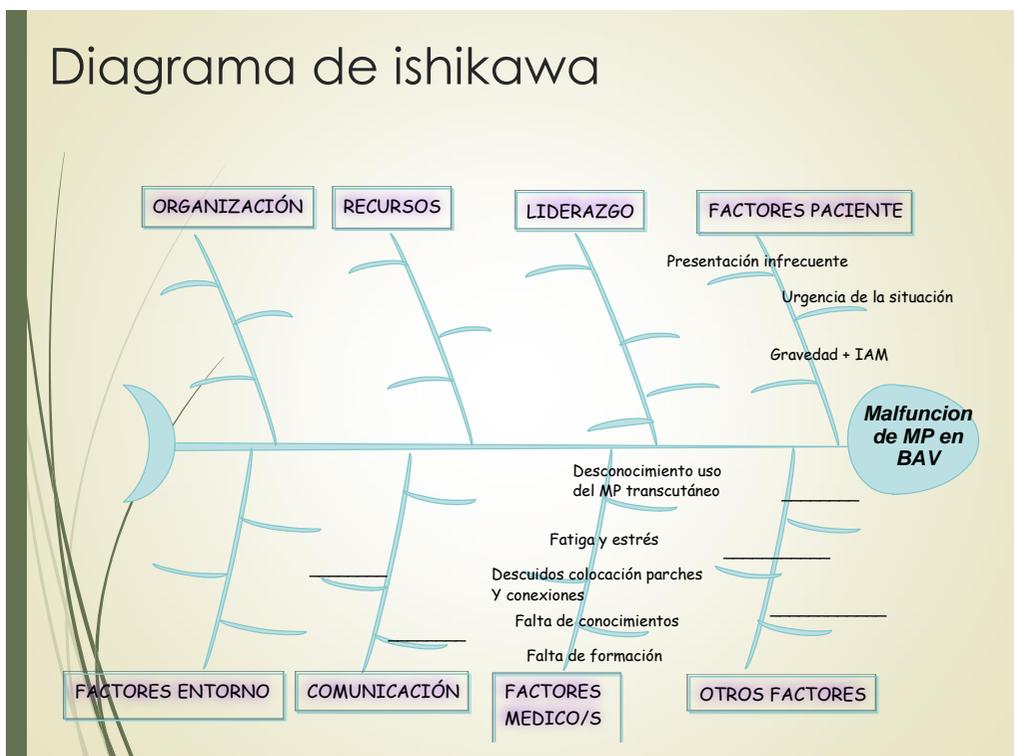


Diagrama de ishikawa

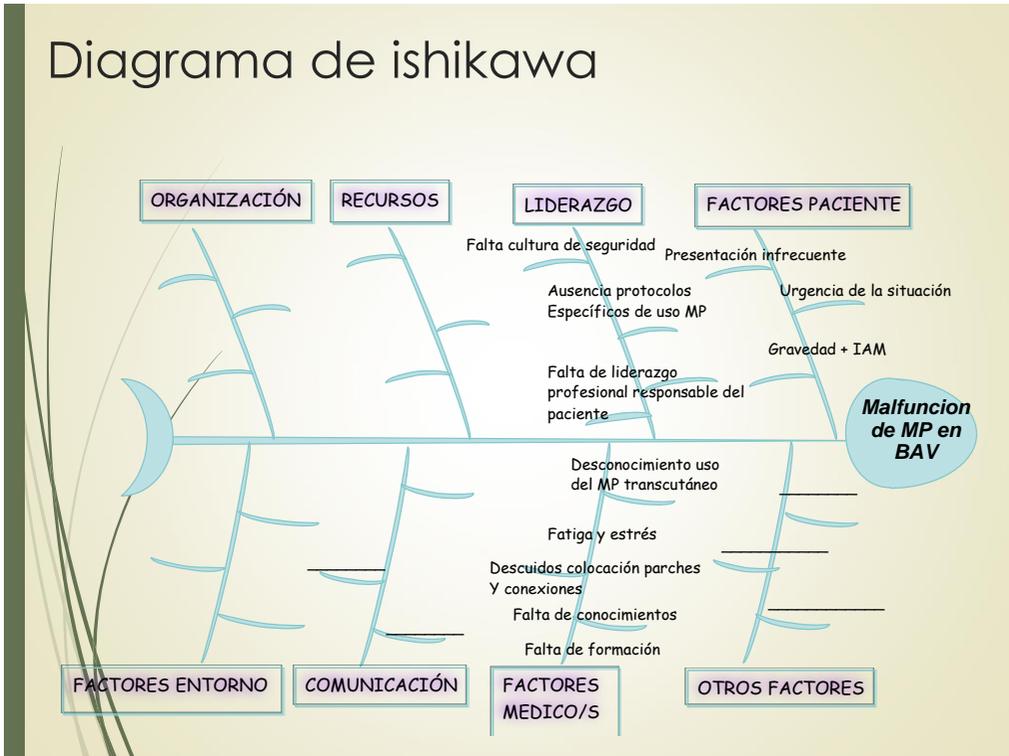


Diagrama de ishikawa

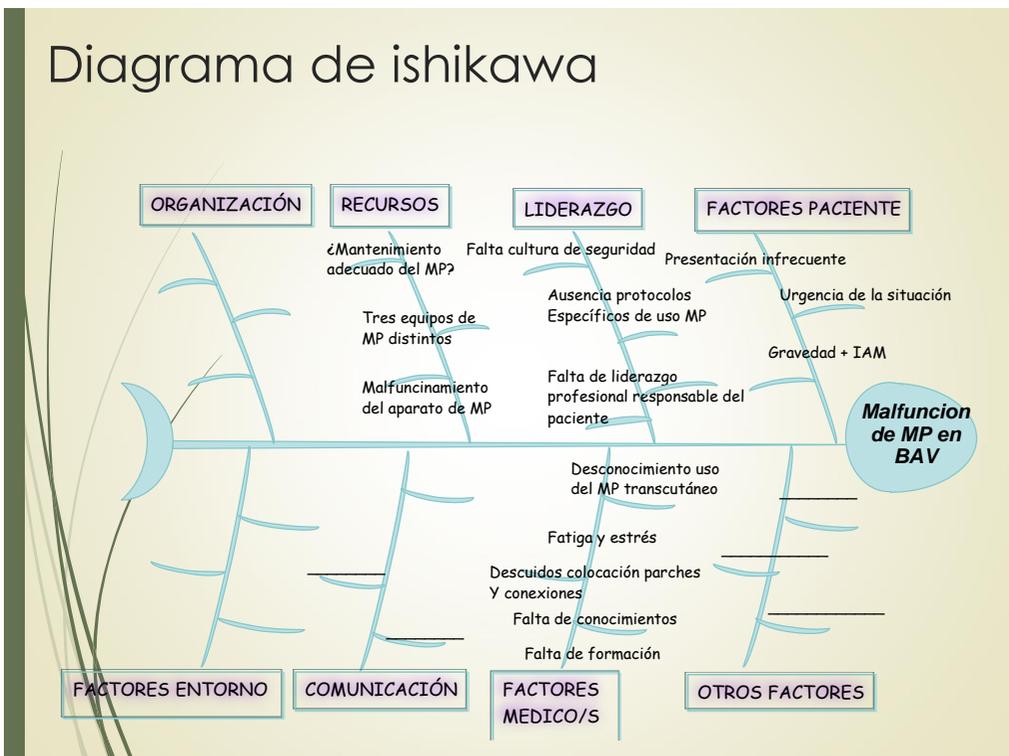


Diagrama de ishikawa

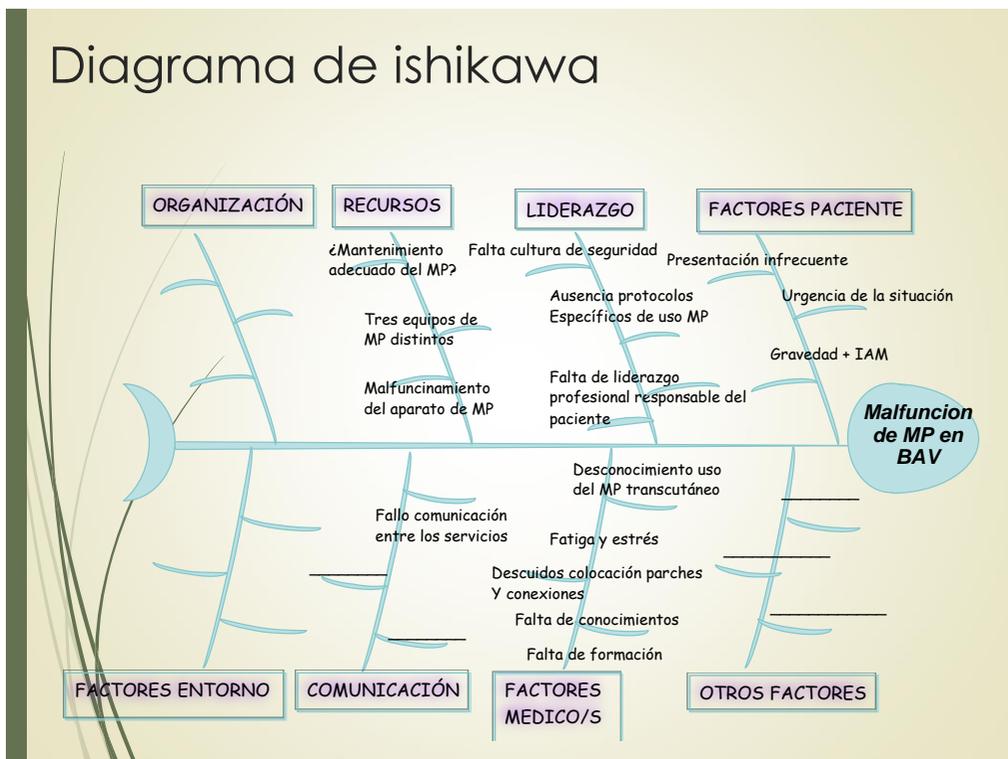


Diagrama de ishikawa



Diagrama de ishikawa



| FACTORES CONTRIBUYENTES | CAUSAS PROFUNDAS IDENTIFICADAS POR EL COMITÉ DE SEGURIDAD | CRIBADO* C. RAIZ O SUBYACENTE |
|---|---|-------------------------------------|
| Factores relacionados con el paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Complejidad del caso - Problemas de comunicación (lenguaje, sordera, etc.) - Trastornos de la personalidad - Factores sociales o culturales | | |
| Factores relacionados con el profesional sanitario: <ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos. - Aptitudes - Competencia. - Actitud - Salud Física o mental - Fatiga | | |
| Factores relacionados con el Equipo Humano: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación Verbal y/o escrita. - Supervisión y asesoramiento. - Estructura del equipo (Falta de liderazgo). - Dotación de personal. - Sobrecarga de trabajo y sistemas de turnos | | |
| Factores relacionados con Tareas y Tecnología: <ul style="list-style-type: none"> - Diseño de tareas y claridad de funciones. - Disponibilidad y uso de protocolos. - Disponibilidad y exactitud del resultado de las pruebas. - Problemas tecnológicos y de mantenimiento. - Diseño de tareas y claridad de funciones | | |
| Factores Ambientales del Trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Soporte administrativo. - Soporte de los directivos. - Ambiente de trabajo. | | |
| Factores Organizativos y de Recursos: <ul style="list-style-type: none"> - Recursos financieros - Estructura organizativa - Política, normativa y objetivos - Prioridades en cultura de la seguridad - Contexto económico y regulador - Servicio Nacional de Sanidad - Vínculos con organizaciones externas | | |

Categorización de las causas

HERRAMIENTA 2. Diferenciación de causas-raíz y factores contribuyentes

| CAUSA #1 | CAUSA #2 |
|--|--|
| <p>1. Si causa #1 no hubiera estado presente, ¿habría ocurrido el evento centinela?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ</p> | <p>1. Si causa #2 no hubiera estado presente, ¿habría ocurrido el evento centinela?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SÍ</p> |
| <p>2. Si causa #1 es removida o solucionada, ¿se repetirá el evento centinela?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ</p> | <p>2. Si causa #2 es removida o solucionada, ¿se repetirá el evento centinela?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SÍ</p> |
| <p>3. Si causa #1 es removida o solucionada, ¿reaparecerán las condiciones que favorecieron la ocurrencia del evento?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ</p> | <p>3. Si causa #2 es removida o solucionada, ¿reaparecerán las condiciones que favorecieron la ocurrencia del evento?</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SÍ</p> |
| <p>CAUSA #1 = CAUSA-RAÍZ</p> | <p>CAUSA #2 = CAUSA SUBYACENTE</p> |

| FACTORES CONTRIBUYENTES | CAUSAS PROFUNDAS IDENTIFICADAS POR EL COMITÉ DE SEGURIDAD | CRIBADO C. RAÍZ SUBYACENTE |
|---|--|----------------------------------|
| Factores relacionados con el paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Complejidad del caso - Problemas de comunicación (lenguaje, sordera, etc.) - Trastornos de la personalidad - Factores sociales o culturales | <ul style="list-style-type: none"> - GRAVEDAD DEL PACIENTE - PRESENTACIÓN INFRECUENTE | |
| Factores relacionados con el profesional sanitario: <ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos. - Aptitudes - Competencia. - Actitud - Salud Física o mental - Fatiga | <ul style="list-style-type: none"> - DESCONOCIMIENTO DEL APARATAJE POR PARTE DE LOS PROFESIONALES, FALTA DE CONOCIMIENTOS Y FORMACION - FATIGA/ESTRÉS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES - FALLO DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE LOS DISTINTOS SERVICIOS | |
| Factores relacionados con el Equipo Humano: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación Verbal y/o escrita. - Supervisión y asesoramiento. - Estructura del equipo (Falta de liderazgo). - Dotación de personal. - Sobrecarga de trabajo y sistemas de turnos | <ul style="list-style-type: none"> - FALTA DE LIDERAZGO EN EL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PACIENTE - SOBRECARGA DE TRABAJO EN LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO | |
| Factores relacionados con Tareas y Tecnología: <ul style="list-style-type: none"> - Diseño de tareas y claridad de funciones. - Disponibilidad y uso de protocolos. - Disponibilidad y exactitud del resultado de las pruebas. - Problemas tecnológicos y de mantenimiento. - Diseño de tareas y claridad de funciones | <ul style="list-style-type: none"> - FALTA DE UN DOCUMENTO O RECOMENDACIONES DE USO Y MANEJO DEL APARATAJE (MARCAPASOS) - EL MARCAPASOS NO SE LE UTILIZA HABITUALMENTE - EXISTENCIA DE MÚLTIPLES APARATOS, CADA SERVICIO USAS UN TIPO DE MARCAPASOS - FALLOS EN LAS CONEXIONES DEL APARATO | |
| Factores Ambientales del Trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Soporte administrativo. - Soporte de los directivos. - Ambiente de trabajo. | <ul style="list-style-type: none"> - | |
| Factores Organizativos y de Recursos: <ul style="list-style-type: none"> - Recursos financieros - Estructura organizativa - Política, normativa y objetivos - Prioridades en cultura de la seguridad - Contexto económico y regulador - Servicio Nacional de Sanidad - Vínculos con organizaciones externas | <ul style="list-style-type: none"> - FACTORES ORGANIZATIVOS - MASIFICACIÓN URGENCIAS - SOBRECARGA DE TRABAJO - PRESIÓN ASISTENCIAL - OTRAS | |

| FACTORES CONTRIBUYENTES | CAUSAS PROFUNDAS IDENTIFICADAS POR EL COMITÉ DE SEGURIDAD | CRIBADO* C. RAIZ SUBYACENTE |
|---|---|--|
| Factores relacionados con el paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Complejidad del caso - Problemas de comunicación (lenguaje, sordera, etc.) - Trastornos de la personalidad - Factores sociales o culturales | <ul style="list-style-type: none"> - GRAVEDAD DEL PACIENTE - PRESENTACIÓN INFRECUENTE | <ul style="list-style-type: none"> - SUBYACENTE |
| Factores relacionados con el profesional sanitario: <ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos. - Aptitudes - Competencia. - Actitud - Salud Física o mental - Fatiga | <ul style="list-style-type: none"> - DESCONOCIMIENTO DEL APARATAJE POR PARTE DE LOS PROFESIONALES, FALTA DE CONOCIMIENTOS Y FORMACION - FATIGA/ESTRÉS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES - FALLO DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE LOS DISTINTOS SERVICIOS | |
| Factores relacionados con el Equipo Humano: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación Verbal y/o escrita. - Supervisión y asesoramiento. - Estructura del equipo (Falta de liderazgo). - Dotación de personal. - Sobrecarga de trabajo y sistemas de turnos | <ul style="list-style-type: none"> - FALTA DE LIDERAZGO EN EL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PACIENTE - SOBRECARGA DE TRABAJO EN LAS ENFERMERAS DEL AUCI | |
| Factores relacionados con Tareas y Tecnología: <ul style="list-style-type: none"> - Diseño de tareas y claridad de funciones. - Disponibilidad y uso de protocolos. - Disponibilidad y exactitud del resultado de las pruebas. - Problemas tecnológicos y de mantenimiento. - Diseño de tareas y claridad de funciones | <ul style="list-style-type: none"> - FALTA DE UN DOCUMENTO CON RECOMENDACIONES DE USO Y MANEJO DEL APARATAJE (MARCAPASOS) - EL MARCAPASOS NO SE LE UTILIZA HABITUALMENTE - EXISTENCIA DE MÚLTIPLES APARATOS, CADA SERVICIO USASU TIPO DE MARCA DE MARCAPASOS - FALLOS EN LAS CONEXIONES DEL APARATO | |
| Factores Ambientales del Trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Soporte administrativo. - Soporte de los directivos. - Ambiente de trabajo. | | |
| Factores Organizativos y de Recursos: <ul style="list-style-type: none"> - Recursos financieros - Estructura organizativa - Política, normativa y objetivos - Prioridades en cultura de la seguridad - Contexto económico y regulador - Servicio Nacional de Sanidad - Vínculos con organizaciones externas | <ul style="list-style-type: none"> - FACTORES ORGANIZATIVOS - MASIFICACIÓN URGENCIAS - SOBRECARGA DE TRABAJO - PRESIÓN ASISTENCIAL - OTRAS | |

| FACTORES CONTRIBUYENTES | CAUSAS PROFUNDAS IDENTIFICADAS POR EL COMITÉ DE SEGURIDAD | CRIBADO* C. RAIZ SUBYACENTE |
|---|---|--|
| Factores relacionados con el paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Complejidad del caso - Problemas de comunicación (lenguaje, sordera, etc.) - Trastornos de la personalidad - Factores sociales o culturales | <ul style="list-style-type: none"> - GRAVEDAD DEL PACIENTE - PRESENTACIÓN INFRECUENTE | <ul style="list-style-type: none"> - SUBYACENTE |
| Factores relacionados con el profesional sanitario: <ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos. - Aptitudes - Competencia. - Actitud - Salud Física o mental - Fatiga | <ul style="list-style-type: none"> - DESCONOCIMIENTO DEL APARATAJE POR PARTE DE LOS PROFESIONALES, FALTA DE CONOCIMIENTOS Y FORMACION - FATIGA/ESTRÉS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES - FALLO DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE LOS DISTINTOS SERVICIOS | <ul style="list-style-type: none"> - RAIZ - SUBYACENTE - RAIZ |
| Factores relacionados con el Equipo Humano: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación Verbal y/o escrita. - Supervisión y asesoramiento. - Estructura del equipo (Falta de liderazgo). - Dotación de personal. - Sobrecarga de trabajo y sistemas de turnos | <ul style="list-style-type: none"> - FALTA DE LIDERAZGO EN EL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PACIENTE - SOBRECARGA DE TRABAJO EN LAS ENFERMERAS DEL AUCI | |
| Factores relacionados con Tareas y Tecnología: <ul style="list-style-type: none"> - Diseño de tareas y claridad de funciones. - Disponibilidad y uso de protocolos. - Disponibilidad y exactitud del resultado de las pruebas. - Problemas tecnológicos y de mantenimiento. - Diseño de tareas y claridad de funciones | <ul style="list-style-type: none"> - FALTA DE UN DOCUMENTO CON RECOMENDACIONES DE USO Y MANEJO DEL APARATAJE (MARCAPASOS) - EL MARCAPASOS NO SE LE UTILIZA HABITUALMENTE - EXISTENCIA DE MÚLTIPLES APARATOS, CADA SERVICIO USASU TIPO DE MARCA DE MARCAPASOS - FALLOS EN LAS CONEXIONES DEL APARATO | |
| Factores Ambientales del Trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Soporte administrativo. - Soporte de los directivos. - Ambiente de trabajo. | | |
| Factores Organizativos y de Recursos: <ul style="list-style-type: none"> - Recursos financieros - Estructura organizativa - Política, normativa y objetivos - Prioridades en cultura de la seguridad - Contexto económico y regulador - Servicio Nacional de Sanidad - Vínculos con organizaciones externas | <ul style="list-style-type: none"> - FACTORES ORGANIZATIVOS - MASIFICACIÓN URGENCIAS - SOBRECARGA DE TRABAJO - PRESIÓN ASISTENCIAL - OTRAS | |

| FACTORES CONTRIBUYENTES | CAUSAS PROFUNDAS IDENTIFICADAS POR EL COMITÉ DE SEGURIDAD | CRIBADO* C. RAIZ SUBYACENTE |
|---|---|--|
| Factores relacionados con el paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Complejidad del caso - Problemas de comunicación (lenguaje, sordera, etc.) - Trastornos de la personalidad - Factores sociales o culturales | <ul style="list-style-type: none"> - GRAVEDAD DEL PACIENTE - PRESENTACIÓN INFRECUENTE | <ul style="list-style-type: none"> - SUBYACENTE |
| Factores relacionados con el profesional sanitario: <ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos. - Aptitudes - Competencia. - Actitud - Salud Física o mental - Fatiga | <ul style="list-style-type: none"> - DESCONOCIMIENTO DEL APARATAJE POR PARTE DE LOS PROFESIONALES, FALTA DE CONOCIMIENTOS Y FORMACION - FATIGA/ESTRÉS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES - FALLO DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE LOS DISTINTOS SERVICIOS | <ul style="list-style-type: none"> - RAIZ - SUBYACENTE - RAIZ |
| Factores relacionados con el Equipo Humano: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación Verbal y/o escrita. - Supervisión y asesoramiento. - Estructura del equipo (Falta de liderazgo). - Dotación de personal. - Sobrecarga de trabajo y sistemas de turnos | <ul style="list-style-type: none"> - FALTA DE LIDERAZGO EN EL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PACIENTE - SOBRECARGA DE TRABAJO EN LAS ENFERMERAS DEL AUCI | <ul style="list-style-type: none"> - SUBYACENTE - SUBYACENTE |
| Factores relacionados con Tareas y Tecnología: <ul style="list-style-type: none"> - Diseño de tareas y claridad de funciones. - Disponibilidad y uso de protocolos. - Disponibilidad y exactitud del resultado de las pruebas. - Problemas tecnológicos y de mantenimiento. - Diseño de tareas y claridad de funciones | <ul style="list-style-type: none"> - FALTA DE UN DOCUMENTO CON RECOMENDACIONES DE USO Y MANEJO DEL APARATAJE (MARCAPASOS) - EL MARCAPASOS NO SE LE UTILIZA HABITUALMENTE - EXISTENCIA DE MÚLTIPLES APARATOS, CADA SERVICIO USASU TIPO DE MARCA DE MARCAPASOS - FALLOS EN LAS CONEXIONES DEL APARATO | |
| Factores Ambientales del Trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Soporte administrativo. - Soporte de los directivos. - Ambiente de trabajo. | | |
| Factores Organizativos y de Recursos: <ul style="list-style-type: none"> - Recursos financieros - Estructura organizativa - Política, normativa y objetivos - Prioridades en cultura de la seguridad - Contexto económico y regulador - Servicio Nacional de Sanidad - Vínculos con organizaciones externas | <ul style="list-style-type: none"> - FACTORES ORGANIZATIVOS - MASIFICACIÓN URGENCIAS - SOBRECARGA DE TRABAJO - PRESIÓN ASISTENCIAL - OTRAS | |

| FACTORES CONTRIBUYENTES | CAUSAS PROFUNDAS IDENTIFICADAS POR EL COMITÉ DE SEGURIDAD | CRIBADO* C. RAIZ SUBYACENTE |
|---|---|--|
| Factores relacionados con el paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Complejidad del caso - Problemas de comunicación (lenguaje, sordera, etc.) - Trastornos de la personalidad - Factores sociales o culturales | <ul style="list-style-type: none"> - GRAVEDAD DEL PACIENTE - PRESENTACIÓN INFRECUENTE | <ul style="list-style-type: none"> - SUBYACENTE |
| Factores relacionados con el profesional sanitario: <ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos. - Aptitudes - Competencia. - Actitud - Salud Física o mental - Fatiga | <ul style="list-style-type: none"> - DESCONOCIMIENTO DEL APARATAJE POR PARTE DE LOS PROFESIONALES, FALTA DE CONOCIMIENTOS Y FORMACION - FATIGA/ESTRÉS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES - FALLO DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE LOS DISTINTOS SERVICIOS | <ul style="list-style-type: none"> - RAIZ - SUBYACENTE - RAIZ |
| Factores relacionados con el Equipo Humano: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación Verbal y/o escrita. - Supervisión y asesoramiento. - Estructura del equipo (Falta de liderazgo). - Dotación de personal. - Sobrecarga de trabajo y sistemas de turnos | <ul style="list-style-type: none"> - FALTA DE LIDERAZGO EN EL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PACIENTE - SOBRECARGA DE TRABAJO EN LAS ENFERMERAS DEL AUCI | <ul style="list-style-type: none"> - SUBYACENTE - SUBYACENTE |
| Factores relacionados con Tareas y Tecnología: <ul style="list-style-type: none"> - Diseño de tareas y claridad de funciones. - Disponibilidad y uso de protocolos. - Disponibilidad y exactitud del resultado de las pruebas. - Problemas tecnológicos y de mantenimiento. - Diseño de tareas y claridad de funciones | <ul style="list-style-type: none"> - FALTA DE UN DOCUMENTO CON RECOMENDACIONES DE USO Y MANEJO DEL APARATAJE (MARCAPASOS) - EL MARCAPASOS NO SE LE UTILIZA HABITUALMENTE - EXISTENCIA DE MÚLTIPLES APARATOS, CADA SERVICIO USASU TIPO DE MARCA DE MARCAPASOS - FALLOS EN LAS CONEXIONES DEL APARATO | <ul style="list-style-type: none"> - RAIZ - SUBYACENTE - RAIZ - SUBYACENTE |
| Factores Ambientales del Trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Soporte administrativo. - Soporte de los directivos. - Ambiente de trabajo. | | |
| Factores Organizativos y de Recursos: <ul style="list-style-type: none"> - Recursos financieros - Estructura organizativa - Política, normativa y objetivos - Prioridades en cultura de la seguridad - Contexto económico y regulador - Servicio Nacional de Sanidad - Vínculos con organizaciones externas | <ul style="list-style-type: none"> - FACTORES ORGANIZATIVOS - MASIFICACIÓN URGENCIAS - SOBRECARGA DE TRABAJO - PRESIÓN ASISTENCIAL - OTRAS | |

| FACTORES CONTRIBUYENTES | CAUSAS PROFUNDAS IDENTIFICADAS POR EL COMITÉ DE SEGURIDAD | CRIBADO* C. RAIZ SUBYACENTE |
|---|--|--|
| Factores relacionados con el paciente: <ul style="list-style-type: none"> - Complejidad del caso - Problemas de comunicación (lenguaje, sordera, etc.) - Trastornos de la personalidad - Factores sociales o culturales | <ul style="list-style-type: none"> - GRAVEDAD DEL PACIENTE - PRESENTACIÓN INFRECUENTE | SUBYACENTE |
| Factores relacionados con el profesional sanitario: <ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos. - Aptitudes - Competencia. - Actitud - Salud Física o mental - Fatiga | <ul style="list-style-type: none"> - DESCONOCIMIENTO DEL APARATAJE POR PARTE DE LOS PROFESIONALES, FALTA DE CONOCIMIENTOS Y FORMACION - FATIGA/ESTRÉS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES - FALLO DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE LOS DISTINTOS SERVICIOS | RAIZ SUBYACENTE RAIZ |
| Factores relacionados con el Equipo Humano: <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación Verbal y/o escrita. - Supervisión y asesoramiento. - Estructura del equipo (Falta de liderazgo). - Dotación de personal. - Sobrecarga de trabajo y sistemas de turnos | <ul style="list-style-type: none"> - FALTA DE LIDERAZGO EN EL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PACIENTE - SOBRECARGA DE TRABAJO EN LAS ENFERMERAS DE LA UCI | SUBYACENTE SUBYACENTE |
| Factores relacionados con Tareas y Tecnología: <ul style="list-style-type: none"> - Diseño de tareas y claridad de funciones. - Disponibilidad y uso de protocolos. - Disponibilidad y exactitud del resultado de las pruebas. - Problemas tecnológicos y de mantenimiento. - Diseño de tareas y claridad de funciones | <ul style="list-style-type: none"> - FALTA DE UN DOCUMENTO CON RECOMENDACIONES DE USO Y MANEJO DEL APARATAJE (MARCAPASOS) - EL MARCAPASOS NO SE LE UTILIZA HABITUALMENTE - EXISTENCIA DE MÚLTIPLES APARATOS, CADA SERVICIO USA SU TIPO DE MARCA DE MARCAPASOS - FALLOS EN LAS CONEXIONES DEL APARATO | RAIZ SUBYACENTE RAIZ SUBYACENTE |
| Factores Ambientales del Trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Soporte administrativo. - Soporte de los directivos. - Ambiente de trabajo. | | |
| Factores Organizativos y de Recursos: <ul style="list-style-type: none"> - Recursos financieros - Estructura organizativa - Política, normativa y objetivos - Prioridades en cultura de la seguridad - Contexto económico y regulador - Servicio Nacional de Sanidad - Vínculos con organizaciones externas | <ul style="list-style-type: none"> • FACTORES ORGANIZATIVOS • MASIFICACIÓN URGENCIAS • SOBRECARGA DE TRABAJO • PRESIÓN ASISTENCIAL • OTRAS | SUBYACENTES |

Fase 6

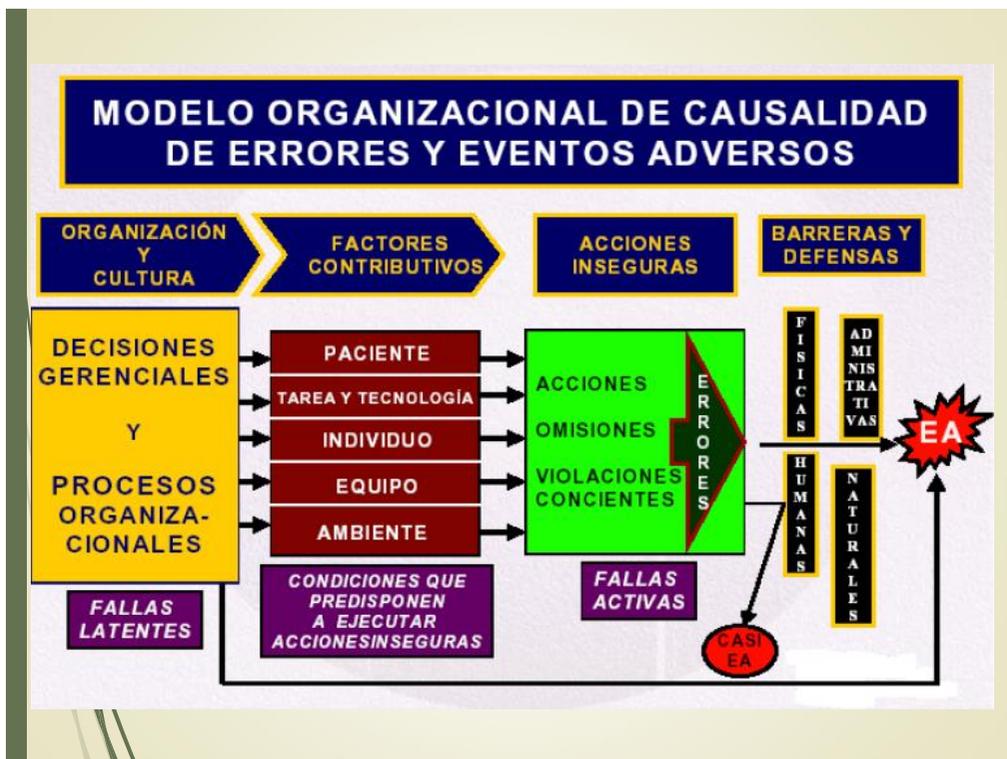
ANÁLISIS DE LAS BARRERAS

Pretende identificar:

Las barreras que debieran haberse colocado para prevenir el incidente.

La razón por la que ha fracasado la barrera.

Qué barreras se deberán implementar para evitar la repetición del incidente.



Análisis de barreras

Evento Adverso analizado: Problemas con la estimulación transcutánea mediante Marcapasos Externo en paciente con bloqueo AV.

| RIESGO | ¿QUÉ BARRERAS HAY? | GRADO DEL IMPACTO | BARRERA ADICIONAL (MEJORA) | GRADO DE IMPACTO | COSTES ASOCIADOS A LA NUEVA BARRERA | RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN |
|---------------------------------------|---|-------------------|----------------------------|------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Malfuncionamiento del MP Transcutáneo | Comprobación periódica del funcionamiento por mantenimiento | Alto | | | | |
| Uso incorrecto del MP | - | - | | | | |
| Uso incorrecto del MP | - | - | | | | |
| Distintos tipos de MP | - | - | | | | |

Análisis de barreras

Evento Adverso analizado: Problemas con la estimulación transcutánea mediante Marcapasos Externo en paciente con bloqueo AV.

| RIESGO | ¿QUÉ BARRERAS HAY? | GRADO DEL IMPACTO | BARRERA ADICIONAL (MEJORA) | GRADO DE IMPACTO | COSTES ASOCIADOS A LA NUEVA BARRERA | RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN |
|---------------------------------------|---|-------------------|------------------------------------|------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Malfuncionamiento del MP Transcutáneo | Comprobación periódica del funcionamiento por mantenimiento | Alto | Hacer registro comprobación tarea. | Medio | Coste bajo | Jefe del Servicio de Mantenimiento |
| Uso incorrecto del MP | - | - | | | | |
| Uso incorrecto del MP | - | - | | | | |
| Distintos tipos de MP | - | - | | | | |

Análisis de barreras

Evento Adverso analizado: Problemas con la estimulación transcutánea mediante Marcapasos Externo en paciente con bloqueo AV.

| RIESGO | ¿QUÉ BARRERAS HAY? | GRADO DEL IMPACTO | BARRERA ADICIONAL (MEJORA) | GRADO DE IMPACTO | COSTES ASOCIADOS A LA NUEVA BARRERA | RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN |
|---------------------------------------|---|-------------------|---|------------------|-------------------------------------|---|
| Malfuncionamiento del MP Transcutáneo | Comprobación periódica del funcionamiento por mantenimiento | Alto | Hacer registro comprobación tarea. | Medio | Coste bajo | Jefe del Servicio de Mantenimiento |
| Uso incorrecto del MP | - | - | Curso de formación obligatorio todo personal sanitario de Urgencias – 061 - UCI | Alto | Coste medio | Coordinadores comisiones de Formación Continuada Jefes de Servicio Unidades Implicadas |
| Uso incorrecto del MP | - | - | | | | |
| Distintos tipos de MP | - | - | | | | |

Análisis de barreras

Evento Adverso analizado: Problemas con la estimulación transcutánea mediante Marcapasos Externo en paciente con bloqueo AV.

| RIESGO | ¿QUÉ BARRERAS HAY? | GRADO DEL IMPACTO | BARRERA ADICIONAL (MEJORA) | GRADO DE IMPACTO | COSTES ASOCIADOS A LA NUEVA BARRERA | RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN |
|---------------------------------------|---|-------------------|---|------------------|-------------------------------------|---|
| Malfuncionamiento del MP Transcutáneo | Comprobación periódica del funcionamiento por mantenimiento | Alto | Hacer registro comprobación tarea. | Medio | Coste bajo | Jefe del Servicio de Mantenimiento |
| Uso incorrecto del MP | - | - | Curso de formación obligatorio todo personal sanitario de Urgencias – 061 - UCI | Alto | Coste medio | Coordinadores comisiones de Formación Continuada Jefes de Servicio Unidades Implicadas |
| Uso incorrecto del MP | - | - | Manual funcionamiento accesible y guía rápida de uso en el propio MP | Medio | | Jefes de Servicio Unidades Implicadas Electromedicina |
| Distintos tipos de MP | - | - | | | | |

Análisis de barreras

Evento Adverso analizado: Problemas con la estimulación transcutánea mediante Marcapasos Externo en paciente con bloqueo AV.

| RIESGO | ¿QUÉ BARRERAS HAY? | GRADO DEL IMPACTO | BARRERA ADICIONAL (MEJORA) | GRADO DE IMPACTO | COSTES ASOCIADOS A LA NUEVA BARRERA | RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN |
|---------------------------------------|---|-------------------|---|------------------|-------------------------------------|---|
| Malfuncionamiento del MP Transcutáneo | Comprobación periódica del funcionamiento por mantenimiento | Alto | Hacer registro comprobación tarea. | Medio | Coste bajo | Jefe del Servicio de Mantenimiento |
| Uso incorrecto del MP | - | - | Curso de formación obligatorio todo personal sanitario de Urgencias – 061 - UCI | Alto | Coste medio | Coordinadores comisiones de Formación Continuada Jefes de Servicio Unidades Implicadas |
| Uso incorrecto del MP | - | - | Manual funcionamiento accesible y guía rápida de uso en el propio MP | Medio | | Jefes de Servicio Unidades Implicadas Electromedicina |
| Distintos tipos de MP | - | - | Recomendación de homogeneización de aparataje | Medio | | Central de Compras Directores de Gestion de los Centros |

Fase 7

PROPUESTAS DE MEJORA Y PLAN DE ACCIÓN

| CAUSA RAIZ DETECTADA | | PROPUESTA DE MEJORA |
|----------------------|---|--|
| 1 | Falta de conocimientos por falta de formación | Realización de cursos/sesiones formativas |
| 2 | Falta de un documento con recomendaciones de uso y manejo del marcapasos | Realizar el documento (monográfico + infografía) |
| 3 | Coexistencia de múltiples aparatos (marcapasos) para una misma función/asistencia | Solicitar la unificación de aparatos |

| ACCIÓN DE MEJORA | RESPONSABLE | CRONOGRAMA | EVALUACIÓN |
|------------------|-------------|------------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Fase 8

INFORME FINAL

- resumen del incidente
- comentario sobre el proceso
- propuestas de mejora recomendadas
- referencias bibliográficas consultadas

