



## ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN U.G.D. DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN

Ariza Cabrera, E.; Manzano Quiñones, I.; Campos Jiménez, M.G.  
Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar.

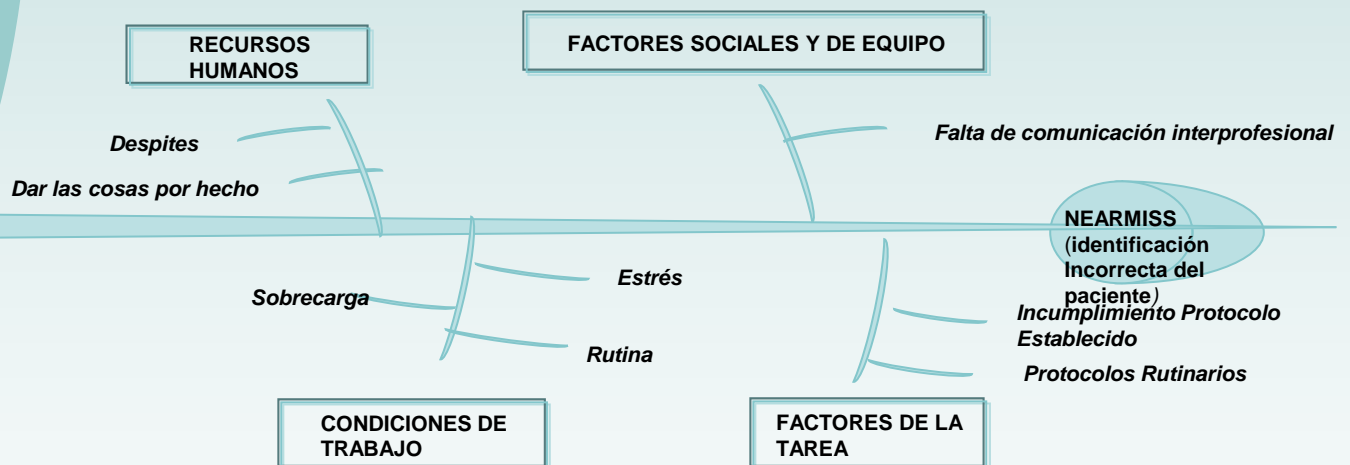
**INTRODUCCIÓN:** Desde el año 2010 se implantó en la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Nuclear del Hospital Punta Europa (A.G.S. Campo de Gibraltar) un sistema de cultura de seguridad. Dentro de los protocolos que se instauran se encuentra el de la identificación de pacientes, siendo uno de los principales. También se implantó un sistema de recogida de eventos adversos donde se analizan todos aquellos que trascienden.

**Descripción del problema:** Se analizó el circuito del paciente desde la llegada al servicio hasta la finalización de la prueba. Las barreras que se sobrepasaron fueron: dispensación del fármaco correcto pero con la etiqueta identificativa incorrecta; administración correcta del fármaco por parte de enfermería pero añadiéndose al protocolo del paciente una identificación incorrecta; realización de estudio gammagráfico al paciente identificado en la etiqueta errónea. Se hace el estudio pero no se puede finalizar ya que se descubre que el paciente no se le había administrado la dosis correspondiente. El error se descubre por azar.

El **objetivo** del estudio es analizar una identificación de paciente incorrecto.

**MÉTODO:** Estudio Retrospectivo mediante análisis Causa Raíz de un evento Nearmiss ("casi ocurre"), ya que no llegó a tener consecuencias en el paciente descrito. Para la realización del estudio existe ya un circuito de expertos destinado a la recogida y análisis de eventos, proporcionando medidas de mejora y con feed-back hacia los profesionales, contribuyendo a evitar otros sucesos adversos. Nos centramos en la recogida de datos, implicando a todo el personal interviniente. Los datos obtenidos se analizaron mediante los cinco primeros ¿Por qué?

**RESULTADO:** Mediante el siguiente diagrama de Ishikawa (espina de pescado) se representaron los factores causales que provocaron el Nearmiss.



**CONCLUSIONES:** Una vez concluido el estudio se deduce que gracias al sistema de notificación de efectos adversos implantado ya en nuestra unidad, hemos detectado el Nearmiss y nos lleva a replantearnos la posible mejora de los sistemas y circuitos de comunicación entre profesionales, implantando como mejora la doble comprobación de la etiqueta identificativa (la que lleva en el protocolo del paciente y la que suministra la unidad de Radiofarmacia).

Como medidas de mejora podríamos mencionar: la verificación verbal, identificación de todo paciente por su nombre completo y dos apellidos, fecha de nacimiento, número de seguridad social,....

### Bibliografía:

- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2010. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/>
- III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Disponible en: [http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_1\\_c\\_6\\_planes\\_estrategias/III\\_plan\\_andaluz\\_salud/III\\_plan\\_andaluz\\_salud.pdf](http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/III_plan_andaluz_salud/III_plan_andaluz_salud.pdf)
- National Center for Patient Safety. Disponible en: <http://www.patientsafety.gov/>