

## INTRODUCCIÓN:

- Enfermera 1: vacuna al niño (12 meses) estando indicado, según calendario vigente. Lo anota en la cartilla de vacunas y lo registra en la aplicación como "vacuna aislada" y no dentro del calendario. Informa a la madre. La madre refiere que entendió que debía poner otra vacuna a las 3 semanas (La enfermera no reconoce haber dado esa información)
- La madre del niño acude de nuevo a las tres semanas y la Enfermera 2, mira el ordenador (área del calendario y NO todas las vacunas) y observa que faltaría la vacuna TV, según calendario, y no mira la cartilla de vacunación, por lo que vuelve a vacunar al niño de la TV.
- Cuando la enfermera va a registrar la vacuna en la cartilla de vacunación, observa que ya tiene una vacuna TV registrada. Se ha duplicado la administración de la vacuna.
- La enfermera realiza la comunicación del evento adverso, en impreso correspondiente.



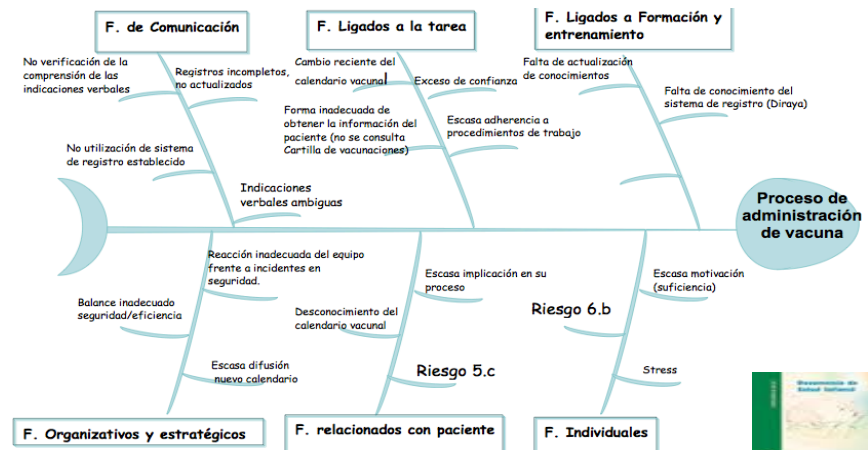
# ANÁLISIS DE UN EVENTO ADVERSO NOTIFICADO UGC ARMILLA

## OBJETIVOS

- Identificar factores que contribuyeron al Evento Adverso.
- Investigar retrospectivamente QUÉ, CÓMO y POR QUÉ ocurrió, en busca de la causa raíz.
- Orientar los resultados obtenidos a aumentar la seguridad en los procedimientos.

## MÉTODO: (Causa Raíz): Análisis Descriptivo Retrospectivo.

- 1.- En base a una notificación de incidente.
- 2.- Recabar información.
- 3.- Secuencia cronológica de los hechos.
- 4.- Análisis de la información mediante causa – raíz.
- 5.- identificar acciones de mejora e implementarlas



## Resultados:

ACCIONES DE MEJORA	Responsable	Fecha
Difusión a los profesionales del Calendario Vacunas	Responsable de Vacunas UGC	Segundo semestre de 2013
Colocación de cartel informativo calendario vacunal	Coordinador de Cuidados	Junio 2013
Repaso de Procedimiento de Vacunación Infantil: Información, verificación, registro y vacunación	Responsable de Vacunas UGC	Segundo semestre de 2013
Dar información a la madre del niño de las posibles consecuencias. Pedir Disculpas y atender sus necesidades	Equipo Directivo y Técnicos del Distrito	Junio 2013
Fomentar cultura de Seguridad del Paciente	Grupo de Mejora Seguridad del Paciente	Junio – Diciembre 2013

## Conclusiones:

- Antes del acto de la vacunación, es importante:
- Elección de la vacuna adecuada: La decisión debe tomarse una vez consultado el registro vacunal (carné o cartilla de vacunas e historia clínica del paciente) para evitar errores.
  - Es necesario realizar un registro exhaustivo y concordante en ambos documentos.
  - Información y consentimiento. Los padres deben recibir información completa sobre las vacunas a administrar. Es recomendable al menos la aceptación verbal de la vacunación.
  - Una vez realizado lo anterior, administrar la vacuna/as.

Fomentar la cultura de Seguridad del Paciente entre los profesionales:

- Usar una metodología de trabajo específica y sistemática, para obtener buenos resultados.
- Notificar los errores, dentro de la línea de trabajo de la mejora continua como sistema de garantía de seguridad del paciente.

## Autores:

UGC de ARMILLA

LUPIAÑEZ CASTILLO, J.  
MOLINA MATEOS P.  
AROSTEGUI MARTINEZ, J.



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

## Bibliografía:

- Barrera Becerra, Concepción, Et Al. *Estrategia Para La Seguridad Del Paciente en el SSPA 2011-2014*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2011.
- Duke Okes. *Root Cause Analysis The Core of Problem Solving and Corrective Action*. Milwaukee, EEUU: American Society for Quality, Quality Press; 2009.