

ANÁLISIS CAUSA-RAÍZ TRAS UN EVENTO ADVERSO PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Nº

Martínez Villegas, I., Machuca Romero, E., Jiménez Hernández, V., Pérez Montero, M. j.

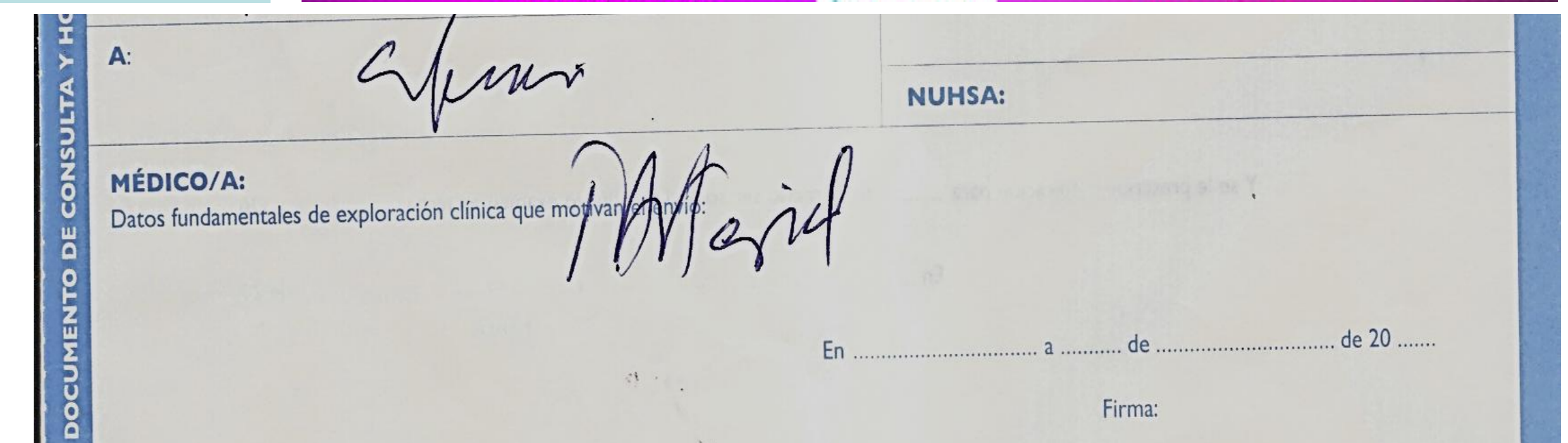
Zona Básica de Salud Barrio Bajo, Sanlúcar, UGC Jerez-Costa Noroeste.

ismael.martinez.sspa@juntadeandalucia.es



RESUMEN

Aplicamos el proceso de investigación retrospectiva de eventos adversos, análisis causa-raíz (ACR), a fin de determinar los factores subyacentes que han contribuido a la aparición del suceso centinela.



Material y método

En octubre de 2015, un paciente acude a sala de enfermería con una orden médica en papel, el enfermero cree entender que ha de inyectar un "nolotil IM" y aplica el tratamiento; minutos más tarde el paciente acude de nuevo a enfermería mareado, enrojecido, refiere dificultad para respirar, por lo que se avisa al médico de urgencias. En la anamnesis el paciente refiere alergia al metamizol, por lo que se le coge una vía y se comienza con tratamiento de urgencia (antihistamínicos, corticoides y adrenalina) siendo trasladado al hospital para observación donde fue dado de alta a las 24 horas. El ACR es un método de resolución de problemas encaminado a identificar las causas de eventos adversos, dirigiendo medidas correctivas sobre la causa primaria con objeto de minimizar la probabilidad de vuelva a ocurrir un elemento adverso semejante. Responde a las preguntas ¿Qué sucedió? ¿Por qué sucedió? Y ¿Qué puede hacerse para prevenir que suceda de nuevo?

Resultados:

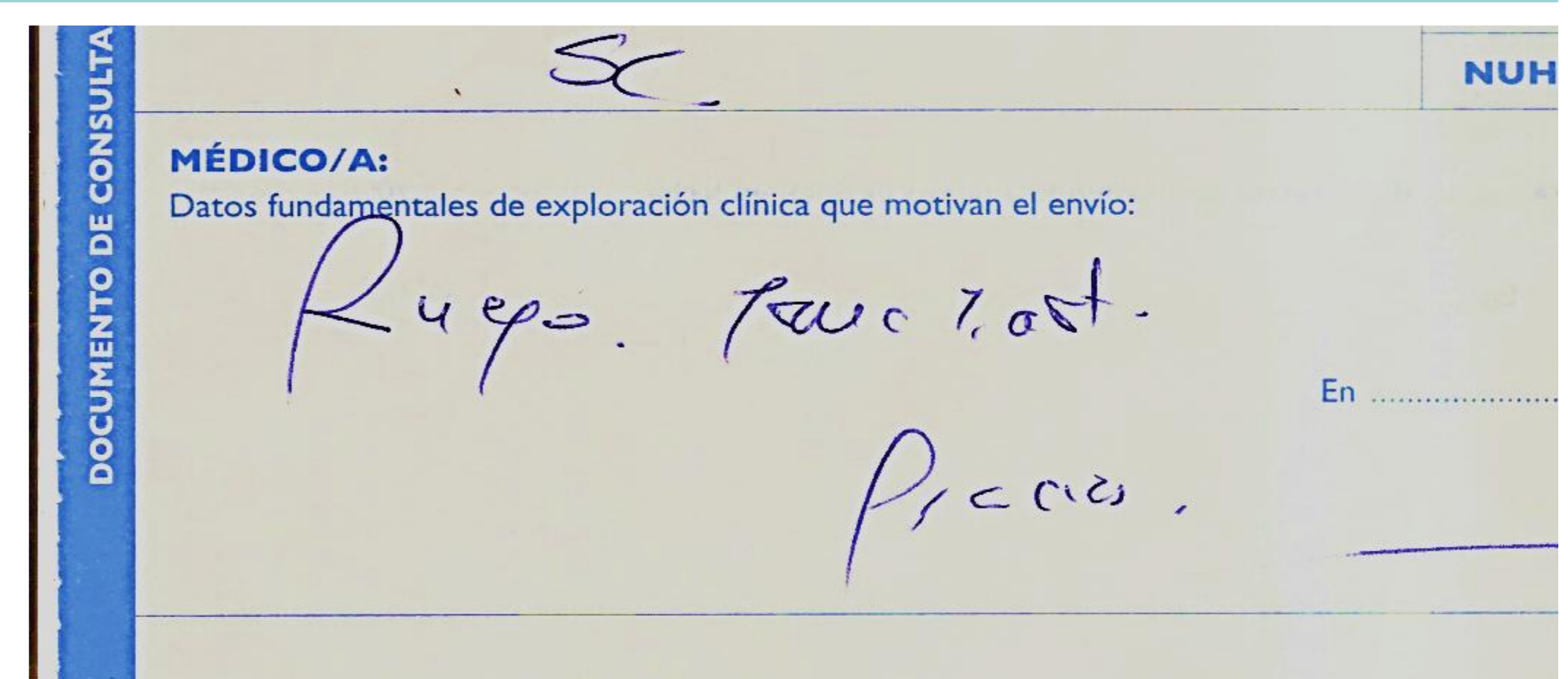
¿Qué sucedió? Definimos el suceso centinela como: Reacción anafiláctica por error grave de medicación. En una matriz de probabilidad-severidad nos informa del riesgo de volver a ocurrir en corto plazo (**frecuente**), produjo aumento de la estancia hospitalaria y atención sanitaria (**moderado**).

¿Por qué sucedió? Utilizamos el diagrama de Ishikawa para identificar las múltiples causas que intervinieron en dicho efecto. Destacándose como causa proximal el error de transcripción, como causas subyacentes la mala comunicación médico-enfermería, actitud negativa, letras ilegibles, sobrecarga de trabajo en enfermería, no corroborar el fármaco, no comprobar las alergias medicamentosas antes de aplicar el tratamiento, falta de un circuito de comunicación efectivos,.. etc. y como causa raíz se determina fallos en la comunicación efectiva (el uso de prescripciones en formato papel).

¿Qué puede hacerse para prevenir que suceda de nuevo? Se instaura en el centro el uso de prescripción electrónica, estableciéndose una comunicación más segura. Se formaliza un protocolo de administración segura de medicamentos en el que se incluyen buenas prácticas en el uso de medicamentos. Se revisa el protocolo de comunicación de incidente crítico. Se realiza una sesión clínica formando a los profesionales en los nuevos canales de comunicación y nuevos protocolos.

Conclusiones

El ACR reconoce la causa primaria promoviendo medidas correctoras y a su vez establece acciones para evaluar a esas propuestas. En nuestro caso se pone en marcha un medio de comunicación que elimina los errores debido a la caligrafía de la prescripción manuscrita, por otra parte evaluamos el porcentaje de cumplimiento de la prescripción electrónica que supera el 90% tras dos meses de instaurar el nuevo protocolo de comunicación.



BIBLIOGRAFIA

Palabras-claves: Análisis Causa-Raíz, evento adverso, Ishikawa.

Bibliografía : Wald H, Shojania KG. Root Cause Analysis, Cp. 5. En: Shojania KG, Duncan B, McDonald K, Watcher R, editors. Making Health Care Safer: a critical analysis of patient safety practices. Evidence Report/Technology Assessment N.º 43, Agency for Healthcare Research and Quality 2001. Consultado 04/06/2004.

Observatorio de seguridad del paciente, buenas prácticas en el uso del medicamento.

<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/index.html>