

CONFIDENCIAL

CUESTIONARIO MODULAR (MRF2)

Para Identificación de Eventos Adversos

Por Revisión de Historias Clínicas.

Instrucciones:

1. **Complete íntegramente el módulo A**
Información del paciente y antecedentes (Páginas 2 y 3)
2. **Complete íntegramente el módulo B sólo si es preciso**
La lesión y sus efectos (Página 4)
3. **Complete los apartados relevantes del módulo C (identificados en A7)**
Periodo de hospitalización durante el cual ocurrió el EA (Páginas 5 y 6)
4. **Complete los apartados relevantes del módulo D (identificados en modulo C)**
Principales problemas en el proceso de asistencia (Páginas de la 7 a la 13)
5. **Complete íntegramente el módulo E sólo si es preciso**
Factores causales y posibilidad de prevención (Página 14)
6. "EA" significa evento adverso
7. Por favor señale o escriba las respuestas o notas de forma legible
8. Una vez completado el formulario, devuélvalo al jefe del equipo
9. Hay disponible un manual con definiciones
10. El sistema permite la información de varios incidentes y EA por paciente.

Módulo A: INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y ANTECEDENTES DE EA

A1 INFORMACIÓN DEL REVISOR

Fecha de revisión

d	d	m	m	a	a

ID del revisor:

--	--	--

Caso número:

--	--	--	--

A2 PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PRINCIPAL

Proceso actual: Conteste en función del **resultado esperable** del proceso que provocó el ingreso.

3A Recuperación completa al estado de salud basal del paciente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, la recuperación completa es: <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1 Muy Probable</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2 Probable</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3 Poco Probable</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4 Improbable</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	1 Muy Probable	<input type="checkbox"/>	2 Probable	<input type="checkbox"/>	3 Poco Probable	<input type="checkbox"/>	4 Improbable	3B Recuperación con invalidez residual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, entonces la incapacidad es: <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1 No-progresiva</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2 Lentamente</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3 Rápidamente</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	1 No-progresiva	<input type="checkbox"/>	2 Lentamente	<input type="checkbox"/>	3 Rápidamente	3C Enfermedad terminal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, el pronóstico es: <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1 Probablemente muera en este ingreso</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2 Probablemente muera en tres meses</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3 Espera sobrevivir >3 meses</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	1 Probablemente muera en este ingreso	<input type="checkbox"/>	2 Probablemente muera en tres meses	<input type="checkbox"/>	3 Espera sobrevivir >3 meses
<input type="checkbox"/>	1 Muy Probable																					
<input type="checkbox"/>	2 Probable																					
<input type="checkbox"/>	3 Poco Probable																					
<input type="checkbox"/>	4 Improbable																					
<input type="checkbox"/>	1 No-progresiva																					
<input type="checkbox"/>	2 Lentamente																					
<input type="checkbox"/>	3 Rápidamente																					
<input type="checkbox"/>	1 Probablemente muera en este ingreso																					
<input type="checkbox"/>	2 Probablemente muera en tres meses																					
<input type="checkbox"/>	3 Espera sobrevivir >3 meses																					

Índice Charlson:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

A3 IDENTIFICAR LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SUCESO

Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--

a) DESCRIBA EL SUCESO _____

b) EL SUCESO PRODUJO:

- 1 Es un falso positivo de la Guía de Cribado o el evento no cumple con los criterios de inclusión.
- 2 Alguna lesión o complicación
- 3 Suceso sin lesión (p.e. caída del enfermo sin consecuencias).

Especifique: _____

c) CAUSA DE LA LESIÓN

Ayuda a la decisión:

- ¿Si el paciente se hubiera quedado en casa, le habría pasado lo mismo?*
- ¿Los factores de riesgo del paciente justifican lo que ha ocurrido?*
- ¿A otro paciente con características similares le habría ocurrido lo mismo?*

Después de considerar los detalles clínicos del paciente, *independientemente de la posibilidad de prevención*, **¿cómo de seguro está de que LA ASISTENCIA SANITARIA ES LA CAUSANTE DE LA LESIÓN? Valore la presencia de factores de riesgo y su comorbilidad en la GC.**

- 1 Ausencia de evidencia de que el efecto adverso se deba al manejo del paciente.
La lesión se debe enteramente a la patología del paciente (No hay EA, entonces parar)
- 2 Mínima probabilidad de que el manejo fuera la causa.
- 3 Ligera probabilidad de que el manejo fuera la causa.
- 4 Moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa.
- 5 Es muy probable de que el manejo fuera la causa
- 6 Total evidencia de que el manejo fuera la causa del efecto adverso

Si no se ha producido lesión u otras complicaciones (pregunta A3, apartado b = 1) no hay EA → PARAR.

Si se ha producido un incidente (pregunta A3 apartado b = 3) pasar directamente al módulo E.

Si la lesión se ha debido sólo al proceso de la enfermedad o no hay evidencia de que el manejo fuera la causa de la lesión o complicación (pregunta A3 apartado c) = 1 no hay EA → PARAR.

A4 INDIQUE LA CONSECUENCIA DEL EA EN EL PACIENTE

Marque el EA según proceda (sólo marque una casilla)

Complicaciones de los cuidados

- Úlcera por presión
- Quemaduras o erosiones
- Caídas y fracturas consecuentes
- EAP e Insuficiencia respiratoria
- Otras consecuencias de inmovilización prolongada
- Flebitis
- Otros _____

Efectos de la medicación o productos sanitarios

- Náuseas, vómitos o diarrea
- Prurito, rash y otras manifestaciones alérgicas
- Reacción cutánea por contacto
- Úlcus o hemorragia digestiva alta
- Alteraciones neurológicas
- Estupor o desorientación
- Cefalea
- Glucemia alterada
- Hepatotoxicidad
- Hemorragia, epistaxis, hematomas
- IAM, AVC, TEP, TVP
- Insuficiencia cardíaca y shock
- Agravamiento de la función renal
- Alteración del ritmo cardíaco o actividad eléctrica
- Desequilibrio de electrolitos
- Hipotensión
- Neutropenia
- Retención urinaria (anestesia)
- Dolor (analgesia poco efectiva)
- Otros _____

Infección relacionada con la asistencia

- Infección de sitio quirúrgico o de herida traumática
- Infección del tracto urinario
- Bacteriemia asociada a dispositivo
- Sepsis o shock séptico
- Neumonía (incluye por aspiración)
- Infección de úlcera por presión
- Colonización / infección por MOMR
- Infección oportunista
- Otros _____

Complicaciones de un procedimiento

- Hemorragia o hematoma
- Lesión en un órgano
- Neumotórax
- Hematuria
- Perforación timpánica
- Desgarro uterino
- Trastorno circulatorio (férula muy ajustada)
- Eventración o evisceración
- Deshiciencia de suturas
- Seroma
- Adherencias y alteraciones funcionales
- Complicaciones neonatales por parto
- Complicaciones locales por radioterapia
- Otros _____

Otros

- Peor curso evolutivo de la patología principal
- Pendiente de especificar
- Otros _____

Especifique en qué proceso de la asistencia ocurrió el evento. Señale un único ítem. Esto identificará el apartado del módulo C que deberá completar

- C0.** Cuidados en un proceso previo a la admisión a estudio
- C1.** Cuidados en el proceso de admisión (incluye valoración preoperatoria y valoración en urgencias antes de la valoración completa)
- C2.** Cuidados durante un procedimiento
- C3.** Cuidados postoperatorios o posteriores al procedimiento, Reanimación o C. Intensivos
- C4.** Cuidados en sala
- C5.** Valoración al final de la admisión a estudio y cuidados al alta.

A5 ADECUACIÓN DE LOS INFORMES PARA JUZGAR EL EA

¿La Historia clínica proporciona la información suficiente para valorar el EA?

- 1 No, el EA pasa desapercibido en la HC
- 2 No, la información para juzgar el EA está incompleta o es poco adecuada
- 3 Sí, hay suficiente información para identificar el EA
- 4 Sí, es fácil identificar los factores contribuyentes, el impacto y la evitabilidad del EA

Módulo B: LA LESIÓN Y SUS EFECTOS

B1 INVALIDEZ CAUSADA POR EL EA

Describe el impacto del EA en el paciente (p.e. aumento del dolor y del sufrimiento durante x días, retraso en la recuperación de la enfermedad primaria; al paciente no se le ha proporcionado una asistencia y apoyo adecuados; contribuyó o causó la muerte del paciente)

Valoración del grado de invalidez

Deterioro físico

- 0 Ninguna incapacidad (considerándose EA si se prolongó la estancia en el hospital)
- 1 Leve incapacidad social
- 2 Severa incapacidad social y/o leve incapacidad laboral
- 3 Severa incapacidad laboral
- 4 Incapacidad laboral absoluta
- 5 Incapacidad para deambular salvo con ayuda de otros
- 6 Encamado
- 7 Inconsciente
- 8 Fallecimiento (especifique la relación con el EA)
 - 8.1 No existe relación entre el EA y el fallecimiento
 - 8.2 El EA está relacionado con el fallecimiento
 - 8.3 El EA causó el fallecimiento
- 9 No se puede juzgar razonablemente

Dolor:

- 0 Sin dolor
- 1 Dolor leve
- 2 Dolor moderado
- 3 Dolor severo

Trauma emocional

- 0 Sin trauma emocional
- 1 Mínimo trauma emocional y / o recuperación en 1 mes
- 2 Moderado trauma, recuperación entre 1 a 6 meses
- 2 Moderado trauma, recuperación entre 6 meses a 1 año
- 4 Trauma severo con efecto mayor a 1 año
- 5 No se puede juzgar razonablemente

B2 REPERCUSIÓN DE LOS EA EN LA HOSPITALIZACIÓN

¿Parte de la hospitalización, o toda, se debió al EA? (incluido el traslado a otro hospital)

- 1 No aumentó la estancia
- 2 Parte de la estancia
- 3 Causó un reingreso (la estancia siguiente por completo o la hospitalización que está siendo estudiada fue provocada por un EA previo)

Estime los días adicionales que el paciente permaneció en el hospital debido al EA: ____ días

De ellos, ¿cuántos días permaneció en la UCI? ____ días

B3 ASISTENCIA ADICIONAL COMO RESULTADO DEL EA Señale todas las oportunas

- La atención sanitaria no se vio afectada
- Requirió un nivel más elevado de observación y monitorización (constantes vitales, efectos secundarios...)
- Requirió una prueba adicional (radiografía, cultivo,...) u otro procedimiento
- Tratamiento médico o rehabilitación (antibióticos, curas,...)
- Intervención quirúrgica adicional
- Intervención o tratamiento de soporte vital (intubación orotraqueal, RCP...)

B4 GRAVEDAD DEL EA

De acuerdo con la información anterior ¿cuál fue la gravedad del EA?

- 1 Leve. Aquel que ocasiona lesión sin prolongación de la estancia hospitalaria.
- 2 Moderado. Aquel que ocasiona prolongación de la estancia al menos de 1 día de duración.
- 3 Grave. Aquel que ocasiona fallecimiento o incapacidad al alta o que requirió intervención quirúrgica.

Modulo C: PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE EL CUAL OCURRIÓ EL EA

Indique en qué momento de la asistencia tuvo lugar el EA (C0 a C5) y conteste la última pregunta del módulo.

C0 EA PREVIO A LA ADMISIÓN

(Incluyendo la atención en Urgencias, Atención Primaria, otros servicios u otros hospitales)

El EA ocurrió:

- 1. En Urgencias en una atención previa
- 2. En Atención Primaria o Domiciliaria en una atención previa
- 3. En Consultas externas de atención especializada
- 4. En el mismo servicio en una hospitalización previa
- 5. En otro servicio del hospital en una hospitalización previa
- 6. En otro hospital o área en una hospitalización previa
- 7. En el propio domicilio del paciente (o en un centro sociosanitario).

¿Conoce los factores de riesgo extrínseco presentes en el momento del EA? Sí No

Si es así, indique las opciones que crea oportunas

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Sonda urinaria abierta | <input type="checkbox"/> 8 Catéter umbilical (en arteria) |
| <input type="checkbox"/> 2 Sonda urinaria cerrada | <input type="checkbox"/> 9 Nutrición parenteral |
| <input type="checkbox"/> 3 Catéter venoso periférico | <input type="checkbox"/> 10 Nutrición enteral |
| <input type="checkbox"/> 4 Catéter arterial | <input type="checkbox"/> 11 Sonda Nasogástrica |
| <input type="checkbox"/> 5 Catéter central de inserción periférica | <input type="checkbox"/> 12 Traqueostomía |
| <input type="checkbox"/> 6 Catéter venoso central | <input type="checkbox"/> 13 Ventilación mecánica |
| <input type="checkbox"/> 7 Catéter umbilical (en vena) | <input type="checkbox"/> 14 Terapia inmunosupresora |

C1 EA EN LOS CUIDADOS EN EL MOMENTO DE ADMISIÓN A LA PLANTA

(Incluyendo la valoración preoperatoria)

El EA ocurrió:

- 1. En Urgencias u observación, antes de la admisión a planta
- 2. Durante la valoración inicial en planta
- 3. Durante la valoración preoperatoria
- 4. Durante el proceso de hospitalización

C2 EA DURANTE UN PROCEDIMIENTO

(incluyendo operaciones quirúrgicas, anestesia, manipulación de fracturas, procedimientos invasivos, endoscópicos, radiológicos)

El EA ocurrió:

- 1. Durante la preparación previa del paciente para el procedimiento
- 2. Justo antes de la realización del procedimiento
- 3. Durante la realización del procedimiento
- 4. Al finalizar el procedimiento

C3 EA DURANTE LA ASISTENCIA INMEDIATA AL PROCEDIMIENTO, EN LA ASISTENCIA EN REANIMACIÓN O EN CUIDADOS INTENSIVOS

El EA ocurrió:

- 1. Durante los cuidados inmediatamente posteriores al procedimiento (durante su permanencia en el área de despertar)
- 2. Durante los cuidados en reanimación/sala de alta dependencia
- 3. Durante los cuidados en la unidad de cuidados intensivos

C4 EA DURANTE LA ASISTENCIA EN SALA
(Incluyendo errores en el manejo clínico)

El EA ocurrió:

- 1 Durante los cuidados postoperatorios (incluyendo postparto)
- 2 Durante la administración de tratamiento médico (no quirúrgico)
- 3 Durante la rehabilitación
- 4 Durante la movilización del paciente
- 5 Durante la realización de cualquier otro procedimiento de enfermería (Considerar C2)
- 6 Durante el traslado del paciente
- 7 Durante un periodo sin vigilancia directa (por la noche, estando el paciente solo, etc.)
- 8 Otro (especifique) _____

C5 EA EN EL PROCESO DEL ALTA (de la hospitalización a estudio)

El EA ocurrió:

- 1. Durante la valoración de la idoneidad del proceso del alta
- 2. Durante la planificación de los cuidados posteriores al alta (plan)
- 3. Durante la coordinación con otros niveles asistenciales
- 4. Durante el asesoramiento / información al alta
- 5. Durante el traslado al alta

¿Cuál fue la naturaleza del problema principal en esta fase de la asistencia?
(Indique las opciones que crea oportunas)

- 1 Error de diagnóstico o de identificación → D1
- 2 Fallo en la supervisión / registro / valoración clínica (incluyendo accesibilidad a los resultados de las pruebas) → D2
- 3 Cuidados de enfermería o de auxiliar Úlceras por presión, caídas o problemas con drenajes, catéteres o sondaje. → D3
- 4 Control de la infección relacionada con los cuidados → D4
- 5 Problemas técnicos relacionados con un procedimiento (incluyendo procedimientos de enfermería o diagnósticos) → D5
- 6 Reacción adversa medicamentosa, error de medicación o problemas en la administración de fluidos o sangre. → D6
- 7 Otros Especifique _____

Completar tantos módulos D como se haya especificado.

Módulo D: PRINCIPALES PROBLEMAS EN EL PROCESO DE LA ASISTENCIA

D1 EA RELACIONADO CON UN ERROR DIAGNÓSTICO O DE IDENTIFICACIÓN

¿Ocurrió el EA por un error en la identificación del paciente?

Sí No

En caso afirmativo, especifique (Señale todas las oportunas)

- 1 No existen medidas adecuadas para la identificación del paciente
- 2 Las medidas no se implementaron
- 3 Las medidas no son adecuadas (ausencia de segundo apellido, DNI, NHC, ...)
- 4 Hubo problemas en la aplicación de las medidas (nombre ilegible, etc).
- 5 No se comprobó la identidad del paciente
- 6 Otros (especifique) _____

¿Ocurrió el EA por un error en el diagnóstico?

Sí No

En caso afirmativo, dé detalles

Indique qué no se reconoció o valoró suficientemente:

- 1 Motivo del ingreso o consulta del paciente
- 2 Alergias a medicamentos o a productos sanitarios
- 3 Hipertensión arterial o sus complicaciones
- 4 Diabetes mellitus o sus complicaciones
- 5 Embarazo o sus complicaciones
- 6 Antecedentes de IAM, AVC o ICC
- 7 Obesidad, sobrepeso o sus complicaciones
- 8 Cualquier complicación en el curso de la enfermedad del paciente
- 9 Otros (especifique) _____

Factores contribuyentes al error diagnóstico (señale todas las que crea oportunas).

- 1 Fallo para realizar una adecuada anamnesis
- 2 Fallo para realizar un examen físico satisfactorio
- 3 Fallo en la indicación de las pruebas pertinentes
- 4 La prueba se realizó incorrectamente (en complicaciones de procedimientos invasivos, considerar D5)
- 5 La prueba se informó incorrectamente
- 6 Fallo en recibir el informe
- 7 Fallo en actuar tras conocer los resultados de las pruebas o exploraciones
- 8 Fallo en sacar conclusiones razonables / sensatas o hacer un diagnóstico diferencial
- 9 Fallo para obtener una opinión de experto de: (especifique)
- 10 Opinión experta incorrecta
- 11 Otros (especifique) _____

¿Ocurrió el EA por un retraso en el diagnóstico?

Sí No

En caso afirmativo, especifique:

- 1 Demora en la citación en AP
- 2 Demora en la derivación a otro especialista
- 3 Demora en la citación en Consultas de Atención Especializada
- 4 Demora en la atención en Urgencias
- 5 Demora en el ingreso del paciente
- 6 Demora en el traslado a una unidad de cuidados especiales
- 7 Demora en la realización de una técnica diagnóstica
- 8 Demora en la recepción de los resultados de la técnica diagnóstica
- 9 Demora en la derivación al alta del paciente
- 10 Otros (especifique) _____

Estime el tiempo de la demora: _____ días

_____ horas

D2 EA DERIVADO DE UN FALLO EN LA SUPERVISIÓN / REGISTRO / VALORACIÓN CLÍNICA

¿Ocurrió el EA por problemas en la monitorización / observación del paciente? Sí No

En caso afirmativo, dé detalles

El control inadecuado se debió a un fallo en la monitorización de:

- 1 Glucemia
- 2 Temperatura
- 3 Tensión arterial
- 4 Diuresis, función renal o alteración hidro-electrolítica
- 5 Escaras, movilidad, estado de sondas y vías (considerar D3)
- 6 Ritmo cardíaco o respiratorio, insuficiencia cardíaca, vascular o respiratoria (considerar D6)
- 7 Estado nutricional, tolerancia, deposiciones
- 8 Estado cognitivo, nivel de conciencia, orientación, agitación
- 9 Evolución del proceso principal y aparición de complicaciones (considerar D1)
- 10 Otros (especifique) _____

¿Ocurrió el EA por fallo en el registro de las observaciones / actividades? Sí No

En caso afirmativo, dé detalles

¿En qué proceso fue poco satisfactorio el registro?

- 1 Fallo a la hora de anotar las observaciones de rutina (Tª, PA, balance de fluidos, ...)
- 2 Fallo en el registro de la hoja de observaciones de enfermería
- 3 Fallo en el registro de la hoja de evolución médica
- 4 Fallo a la hora de registrar el plan
- 5 Fallo en el registro de las pruebas / exploraciones pedidas o pendientes
- 6 Fallo en el registro de las interconsultas pedidas o pendientes
- 7 Fallo en el registro de las hojas de procedimientos / anestesia
- 8 Fallo en el registro del tratamiento (Considerar D6)
- 9 Fallo en el registro en las derivaciones o informes de alta
- 10 Otro (especifique) _____

El fallo se debió a:

- 1 Pérdida o no disponibilidad de la hoja de registro correspondiente
- 2 No se cumplimentó el apartado adecuado
- 3 Poca información o información no válida
- 4 Problemas de legibilidad o del idioma
- 5 Problemas con la accesibilidad al sistema informático
- 6 Caída del servidor u otros problemas técnicos
- 7 No disponibilidad de claves de acceso a la aplicación oportuna
- 8 Otro (especifique) _____

D3 EA RELACIONADO CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

¿Fue el problema del paciente la aparición o el agravamiento de una UPP? Sí No

En caso afirmativo, especifique (señale todas las oportunas)

- 1 No existe una estrategia para la prevención de las UPP en el centro
- 2 No se realizó la valoración del riesgo
- 3 La valoración del riesgo no se hizo de forma adecuada o con la periodicidad pertinente
- 4 No se identificaron las medidas preventivas acordes al riesgo
- 5 No se pudo implementar la medida preventiva por no disponibilidad (p ej. colchones)
- 6 La movilización del paciente no fue adecuada
- 7 Los cuidados de la piel del paciente no fueron adecuados.
- 8 Cualquier fallo estructural que impidiera una prevención adecuada (butacas, colchones)
- 9 Otros (especifique) _____

De acuerdo a la situación más desfavorable, ¿qué riesgo tenía el paciente de desarrollar una UPP?

- 1 Bajo (por ejemplo más de 14 puntos en la escala de Norton)
- 2 Moderado (entre 12 y 14 puntos)
- 3 Muy alto (entre 5 y 11 puntos)

¿Qué medidas preventivas se implementaron? Señale todas las oportunas.

- 1 Ninguna
- 2 Cambios posturales
- 3 Protección de talones
- 4 Reductores de presión en cama o silla
- 5 Cuidados específicos de la piel
- 6 Cuidados para el estado nutricional y de hidratación del paciente.

¿Fue el problema del paciente una caída? Sí No

En caso afirmativo, especifique (señale todas las oportunas)

- 1 No existe una estrategia para la prevención de las caídas en el centro
- 2 No se realizó la valoración del riesgo
- 3 La valoración del riesgo no se hizo de forma adecuada o con la periodicidad pertinente.
- 4 No se identificaron las medidas preventivas acordes al riesgo
- 5 No se pudo implementar la medida preventiva por no disponibilidad (pej. barandillas)
- 6 La sujeción del paciente no fue adecuada
- 7 No se acudió a la llamada del paciente o su acompañante a tiempo
- 8 Cualquier fallo estructural que impidiera una prevención adecuada (timbre, iluminación, freno)
- 9 Otros (especifique) _____

De acuerdo a la situación más desfavorable, ¿qué riesgo tenía el paciente de caerse?

- 1 Bajo
- 2 Moderado (por ejemplo 1 o 2 en la escala Downton)
- 3 Muy alto (por ejemplo > 2 en la escala de Downton)

¿Qué medidas preventivas se implementaron? Señale todas las oportunas.

- 1 Ninguna
- 2 Accesibilidad, eliminación de obstáculos
- 3 Valoración adecuada de efectos secundarios de la medicación (sedación, estupor)
- 4 Inmovilización o sujeción mecánica
- 5 Barandillas y otros apoyos estructurales
- 6 Uso de bastón, andador o silla de ruedas

¿Se relacionó el problema con el cuidado de cateterismos / drenaje / sondajes? Sí No

En caso afirmativo, especifique (señale todas las oportunas)

- 1 No existe una estrategia para la prevención de problemas relacionados con cateterismos
- 2 No se realizó la valoración del riesgo
- 3 La valoración del riesgo no se hizo de forma adecuada o con la periodicidad pertinente
- 4 No se identificaron las medidas preventivas acordes al riesgo
- 5 No se pudo implementar la medida preventiva por no disponibilidad (ej. conexiones del sistema)
- 6 La sujeción de la sonda / catéter no fue adecuada
- 7 No se valoró la oportunidad de la retirada del sondaje / vía (pej, pasar medicación a vo)
- 8 Cualquier fallo estructural que impidiera una prevención adecuada
- 9 Otros (especifique) _____

¿Qué riesgo había de que el paciente tuviera un problema con el sondaje, catéter o drenaje?

- 1 Bajo
- 2 Moderado
- 3 Muy alto (por ejemplo en administración de amiodarona – Considerar D6)

¿Qué medidas preventivas se implementaron? Señale todas las oportunas.

- 1 Ninguna
- 2 Inserción aséptica
- 3 Valoración adecuada de la necesidad de sedación o tratamiento farmacológico para la agitación
- 4 Inmovilización o sujeción mecánica
- 5 Recambio periódico de acuerdo al protocolo local o valoración de la necesidad del mismo
- 6 Inserción en vía preferente (pej, basilica o subclavia para CVP)

D4 EA RELACIONADOS CON UN FALLO EN LA PREVENCIÓN / CONTROL DE LA INFECCIÓN

¿Cuál fue la localización de la infección?

(Si el paciente presenta más de una localización, considerar completar un nuevo MRF2 completo)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Sitio quirúrgico (considerar D5) | <input type="checkbox"/> 8 Piel y partes blandas |
| <input type="checkbox"/> 2 Tracto urinario | <input type="checkbox"/> 9 Osteoarticular |
| <input type="checkbox"/> 3 Vías respiratorias | <input type="checkbox"/> 10 Ojos, nariz, boca |
| <input type="checkbox"/> 4 Neumonía | <input type="checkbox"/> 11 Sistema nervioso central |
| <input type="checkbox"/> 5 Tuberculosis | <input type="checkbox"/> 12 Endocarditis |
| <input type="checkbox"/> 6 Bacteriemia o sepsis | <input type="checkbox"/> 13 Sistémica (incluyendo VIH y hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> 7 Tubo digestivo | <input type="checkbox"/> 14 Otras: _____ |

¿Cómo ha sido el diagnóstico de la infección?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Clínico |
| <input type="checkbox"/> 2 Cultivo positivo |
| <input type="checkbox"/> 3 Serología |
| <input type="checkbox"/> 4 Otros métodos diagnósticos |
| <input type="checkbox"/> 5 No fue diagnosticada por el equipo asistencial |

Indique los microorganismos implicados

- | |
|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 _____ |
| <input type="checkbox"/> 2 _____ |
| <input type="checkbox"/> 3 _____ |
| <input type="checkbox"/> 4 _____ |
| <input type="checkbox"/> 5 _____ |

En el caso en que se trate de una infección asociada a la asistencia, indique:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1 No existe una estrategia específica para la prevención en esta localización |
| <input type="checkbox"/> 2 No se realizó la valoración del riesgo |
| <input type="checkbox"/> 3 La valoración del riesgo no se hizo de forma adecuada o con la periodicidad pertinente |
| <input type="checkbox"/> 4 No se identificaron las medidas preventivas acordes al riesgo |
| <input type="checkbox"/> 5 No se implementaron todas las medidas que constituyen el bundle para su prevención |
| <input type="checkbox"/> 6 No se pudo implementar la medida preventiva por no disponibilidad |
| <input type="checkbox"/> 7 Cualquier fallo estructural que impidiera una prevención adecuada |
| <input type="checkbox"/> 8 Otros (especifique) _____ |

¿Qué factores se asociaron con la infección? Señale todas las oportunas.

Efecto secundario a fármacos (Considerar D6 incluso ante ausencia de profilaxis perioperatoria)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Infección Inducida por antibióticos (C. Difficile) |
| <input type="checkbox"/> Infección por hongos |
| <input type="checkbox"/> Fármacos inmunosupresores |

Cuerpo extraño (Considerar D3)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Sonda urinaria |
| <input type="checkbox"/> Catéter vascular |
| <input type="checkbox"/> Traqueostomía, intubación o ventilación mecánica |
| <input type="checkbox"/> Drenaje |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |

Factores estructurales y del entorno

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Cloración y tratamiento del agua |
| <input type="checkbox"/> Bioseguridad en quirófano |
| <input type="checkbox"/> Esterilización / desinfección |
| <input type="checkbox"/> Precauciones de aislamiento |

¿Qué medidas preventivas se implementaron? Señale todas las oportunas.

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Ninguna |
| <input type="checkbox"/> 2 Profilaxis antibiótica (pej. para la endocarditis) |
| <input type="checkbox"/> 3 Asepsia y antisepsia |
| <input type="checkbox"/> 4 Precauciones de aislamiento (si se trata de una transmisión cruzada) |
| <input type="checkbox"/> 5 Bundle completo para su localización |
| <input type="checkbox"/> 6 Otras _____ |

D5 EA RELACIONADOS CON UN PROCEDIMIENTO

¿Se trata del procedimiento indicado en la Guía de Cribado?

Sí No

Especifique con qué procedimiento se corresponde el EA

- 1 Intervención quirúrgica convencional o laparoscópica
- 2 Cirugía sin ingreso _____
- 3 Cirugía mayor ambulatoria
- 4 Cirugía menor
- 5 Radiología intervencionista
- 6 Hemodinámica
- 7 Procedimientos diagnósticos invasivos (colonoscopia, broncoscopia, punción lumbar,...)
- 8 Biopsia (incluyendo los procedimientos del apartado anterior)
- 9 Inserción de catéter o sondaje
- 10 Manipulación de fractura
- 11 Otros _____

¿Ocurrió el EA por un retraso en la realización del procedimiento?

Sí No

En caso afirmativo, especifique:

- 1 Demora en la citación en AP
- 2 Demora en la derivación a otro especialista
- 3 Demora en la citación en Consultas de Atención Especializada
- 4 Demora en la atención en Urgencias
- 5 Demora en el ingreso del paciente
- 6 Demora en el traslado a la unidad en la que se realiza el procedimiento
- 7 Problemas en la programación del procedimiento (incluyendo suspensión del procedimiento)
- 8 Demora en la preparación del paciente para el procedimiento (ayunas, anticoagulación)
- 9 Demora en la realización del propio procedimiento
- 10 Otros _____

Estime el tiempo de la demora: _____ días o _____ horas

¿Ocurrió el EA por un problema relacionado con el procedimiento?

Sí No

En caso afirmativo, dé detalles

Por favor, especifique:

- 1 No existe una estrategia que incluya un listado de verificación para este procedimiento
- 2 No se realizó el listado de verificación
- 3 Alguno de los requisitos del listado de verificación no se cumplió
- 4 No se identificaron las medidas adecuadas al riesgo (problemas en la intubación, obesidad,...)
- 5 No se pudo implementar la medida por no disponibilidad (ej. visualización de imágenes en quir)
- 6 Cualquier fallo estructural que impidiera una actuación adecuada
- 7 Otros (especifique) _____

Factores relacionados con el problema en el procedimiento (señale todas las que crea oportunas).

- 1 Fallo para realizar una adecuada anamnesis
- 2 Fallo para realizar un examen físico satisfactorio
- 3 Fallo en la indicación del procedimiento o procedimiento inadecuado
- 4 Preparación inadecuada del paciente antes del procedimiento (ayunas, rasurado, anticoagulación)
- 5 Identificación errónea del paciente (considerar D1) o de la localización quirúrgica
- 6 Incidente en la anestesia: intubación, reacción al agente anestésico (considerar D6)
- 7 Problema con el aparataje, dispositivos o instrumental
- 8 Dificultad en la delimitación anatómica, presencia de adherencias o no visualización
- 9 El procedimiento se realizó incorrectamente
- 10 Ocurrió un incidente crítico durante el procedimiento
- 11 Monitorización inadecuada durante el procedimiento
- 12 Vigilancia inadecuada posterior al procedimiento
- 13 Curas o tratamiento posterior inadecuado (considerar D2 en problemas con los drenajes)
- 14 Otros (especifique) _____

D6 EA RELACIONADO CON MEDICAMENTOS O FLUIDOS (incluyendo SANGRE)

¿Cómo se administró el medicamento / fluido?

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Intravenoso | <input type="checkbox"/> 4 oral | <input type="checkbox"/> 7 tópico |
| <input type="checkbox"/> 2 Intramuscular | <input type="checkbox"/> 5 sublingual | <input type="checkbox"/> 8 rectal |
| <input type="checkbox"/> 3 Subcutáneo | <input type="checkbox"/> 6 Intratecal | <input type="checkbox"/> 9 Otro _____ |

¿Qué medicamento fue?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 antineoplásico | <input type="checkbox"/> 8 cardiovascular | <input type="checkbox"/> 15 antidepresivo |
| <input type="checkbox"/> 2 inmunosupresor | <input type="checkbox"/> 9 vasodilatador | <input type="checkbox"/> 16 antiepiléptico |
| <input type="checkbox"/> 3 antibiótico | <input type="checkbox"/> 10 diurético | <input type="checkbox"/> 17 sedante o hipnótico |
| <input type="checkbox"/> 4 analgésico | <input type="checkbox"/> 11 IECAS o ARA-II | <input type="checkbox"/> 18 narcóticos (p.e.morfina/petidina) |
| <input type="checkbox"/> 5 antiinflamatorio | <input type="checkbox"/> 12 anticoagulante | <input type="checkbox"/> 19 antipsicótico |
| <input type="checkbox"/> 6 broncodilatador | <input type="checkbox"/> 13 antidiabético | <input type="checkbox"/> 20 protector gástrico |
| <input type="checkbox"/> 7 Potasio | <input type="checkbox"/> 14 sangre o expansores | <input type="checkbox"/> 21 Otros _____ |

Nombre del fármaco _____

¿Ocurrió el EA por un retraso en el tratamiento? Sí No

En caso afirmativo, especifique:

- 1 Demora en la citación en AP
- 2 Demora en la derivación a otro especialista
- 3 Demora en la citación en Consultas de Atención Especializada
- 4 Demora en la atención en Urgencias
- 5 Demora en el ingreso del paciente
- 6 Demora en la recepción de pruebas de indicación / monitorización del tratamiento (Considerar D1)
- 7 Demora a la hora de recibir las órdenes de tratamiento oportunas
- 8 Demora en la organización para la administración del tratamiento
- 9 Otros _____

Estime el tiempo de la demora: _____ días o _____ horas

¿Ocurrió el EA por una reacción adversa medicamentosa (RAM)? Sí No

¿Ocurrió el EA por un error de medicación? Sí No

Indique qué no se trató o valoró suficientemente:

- 1 Motivo del ingreso o consulta del paciente (incluye indicación de IECA/ARA-II en Sd Coronario Agudo)
- 2 Alergias a medicamentos o a productos sanitarios
- 3 Hipertensión arterial o sus complicaciones
- 4 Diabetes mellitus o sus complicaciones (incluye indicación de IECA/ARA-II en proteinuria o microalb.)
- 5 Embarazo o sus complicaciones
- 6 Antecedentes de IAM, AVC o ICC
- 7 Obesidad, sobrepeso o sus complicaciones
- 8 Cualquier posible complicación (incluye prevención con anticoagulantes o protectores gástricos)
- 9 Otros (especifique) _____

Factores relacionados con el error de medicación (señale todas las que crea oportunas).

- 1 No prescripción estando indicado
- 2 Indicación incorrecta (Considerar D1 en diagnóstico o paciente erróneos y D2 en error de valoración)
- 3 Existe una alternativa más eficaz o más segura
- 4 Dosis inadecuada
- 5 Frecuencia de administración incorrecta o insuficiente
- 6 Duración del tratamiento incorrecta (pej. profilaxis perioperatoria)
- 7 Error en el registro (Considerar D2 si letra ilegible o no registro en el libro de enfermería)
- 8 Error en la preparación o manipulación del tratamiento
- 9 Vía de administración inadecuada
- 10 Otro error en la administración del tratamiento
- 11 Monitorización insuficiente de la acción del tratamiento o sus efectos secundarios
- 12 Interacción farmacológica
- 13 Duplicidad o error en la conciliación de la medicación
- 14 Otros (especifique) _____

MÓDULO E: FACTORES CONTRIBUYENTES Y POSIBILIDAD DE PREVENCIÓN DEL EA

E1 INDIQUE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYERON AL EVENTO ADVERSO

Elija como máximo 10 de los siguientes factores y adjudique a cada uno de ellos un porcentaje según su contribución en la ocurrencia del EA (suma total 100%)

Peso Factores

Factores del paciente o sus familiares

- Comorbilidad preexistente
- Complejidad del cuadro principal
- Cultura / creencia que dificulte el manejo
- Déficit cognitivo o trastorno mental
- Actitud no cooperativa (incumplimiento)
- Idioma diferente o no comprensible
- Mala comunicación con los profesionales
- Mala comunicación con los familiares
- Bajo nivel económico
- Ausencia de familiares o redes de apoyo

Factores individuales del prof. sanitario

- Salud, discapacidad, estrés o fatiga
- Baja motivación
- Conocimientos o destrezas inadecuados
- Poca experiencia en el lugar de trabajo
- Desconocimiento de tareas o protocolos
- Supervisión inadecuada
- Formación inadecuada o insuficiente
- Actitud no cooperativa
- Horario inadecuado

Factores de comunicación oral y escrita

- Indicaciones verbales ambiguas
- Uso incorrecto del lenguaje
- Uso de un canal inadecuado
- Registros insuficientes o inadecuados
- La información no llega a todo el equipo
- Lenguaje corporal inadecuado

Factores relacionados con la tarea

- Ausencia de guías o protocolos
- Protocolo inadecuado u obsoleto
- Protocolo no accesible o no conocido
- Ausencia de verificación del proceso
- Tarea demasiado compleja

Peso Factores

Factores de equipamiento y recursos

- Acceso / disponibilidad HC informatizada
- Problemas de mantenimiento de equipos
- Diseño inadecuado de recursos (timbre,...)
- Almacenamiento / accesibilidad inadecuado
- No disponibilidad del producto / fármaco
- Etiquetado incorrecto
- Envase o nombre parecido
- Caducidad
- Equipamiento / recurso nuevo
- Equipamiento no estándar

Factores del entorno de trabajo

- Seguridad y accesos a zonas restringidas
- Entorno inadecuado (ruido, luz, temperatura)
- Entorno inadecuado (limpieza, camas, espacio)
- Distracciones en el entorno
- Ratio inadecuado de personal / paciente
- Presión asistencial elevada
- Rotación excesiva de personal / inexperiencia
- Realización de tareas ajenas
- Fatiga ligada a los turnos de trabajo

Factores del trabajo en equipo y liderazgo

- Las funciones no están claramente definidas
- No hay un liderazgo efectivo
- Ausencia de sistemas de evaluación / incentivos
- Conflicto entre los miembros del equipo
- Ausencia de mecanismos de apoyo ante el error
- No se promueve la cultura de seguridad

Factores organizativos y de gestión

- Cita o programación erróneas
- Lista de espera prolongada
- Error en la información sanitaria
- Estructura organizativa insuficiente
- Estructura asistencial insuficiente

E2 VALORE LA POSIBILIDAD DE PREVENCIÓN DEL EA

Ayuda a la decisión:

¿Si el paciente hubiera sido atendido en otro centro o sistema sanitario, le hubiera ocurrido el EA?

¿Identifica algo que se hiciera sin cumplir con los estándares de cuidado?

¿Qué capacidad tiene el sistema de manejar la situación de riesgo?

A su juicio, ¿hay alguna evidencia de que el EA se podría haber evitado?

Sí No

Valore en una escala de 6 puntos la evidencia de posibilidad de prevención.

- 1 Ausencia de evidencia de posibilidad de prevención.
- 2 Mínima posibilidad de prevención.
- 3 Ligera posibilidad de prevención.
- 4 Moderada posibilidad de prevención.
- 5 Elevada posibilidad de prevención.
- 6 Total evidencia de posibilidad de prevención.

Describa brevemente la manera en que el EA podría haberse prevenido
