

Jornada Científica de Sistemas de Notificación de incidentes de seguridad para el aprendizaje.

 29 de mayo 2025

 Salas Polivalentes, Ministerio de Sanidad



SINWASP
Sistema de Notificación
y Aprendizaje para la
Seguridad del Paciente



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

Jornada Científica de Sistemas de Notificación de incidentes de seguridad para el aprendizaje.

 29 de mayo 2025

 Salas Polivalentes, Ministerio de Sanidad

Alarma no atendida en Urgencias

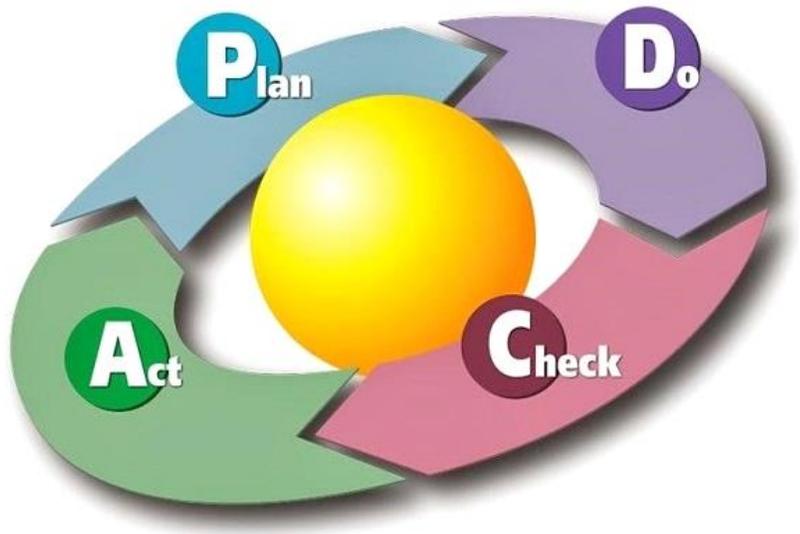
Julián Alcaraz Martínez
Coordinador de Calidad



SINWASP
Sistema de Notificación
y Aprendizaje para la
Seguridad del Paciente



Mesa 2: Alarma no atendida en Urgencias

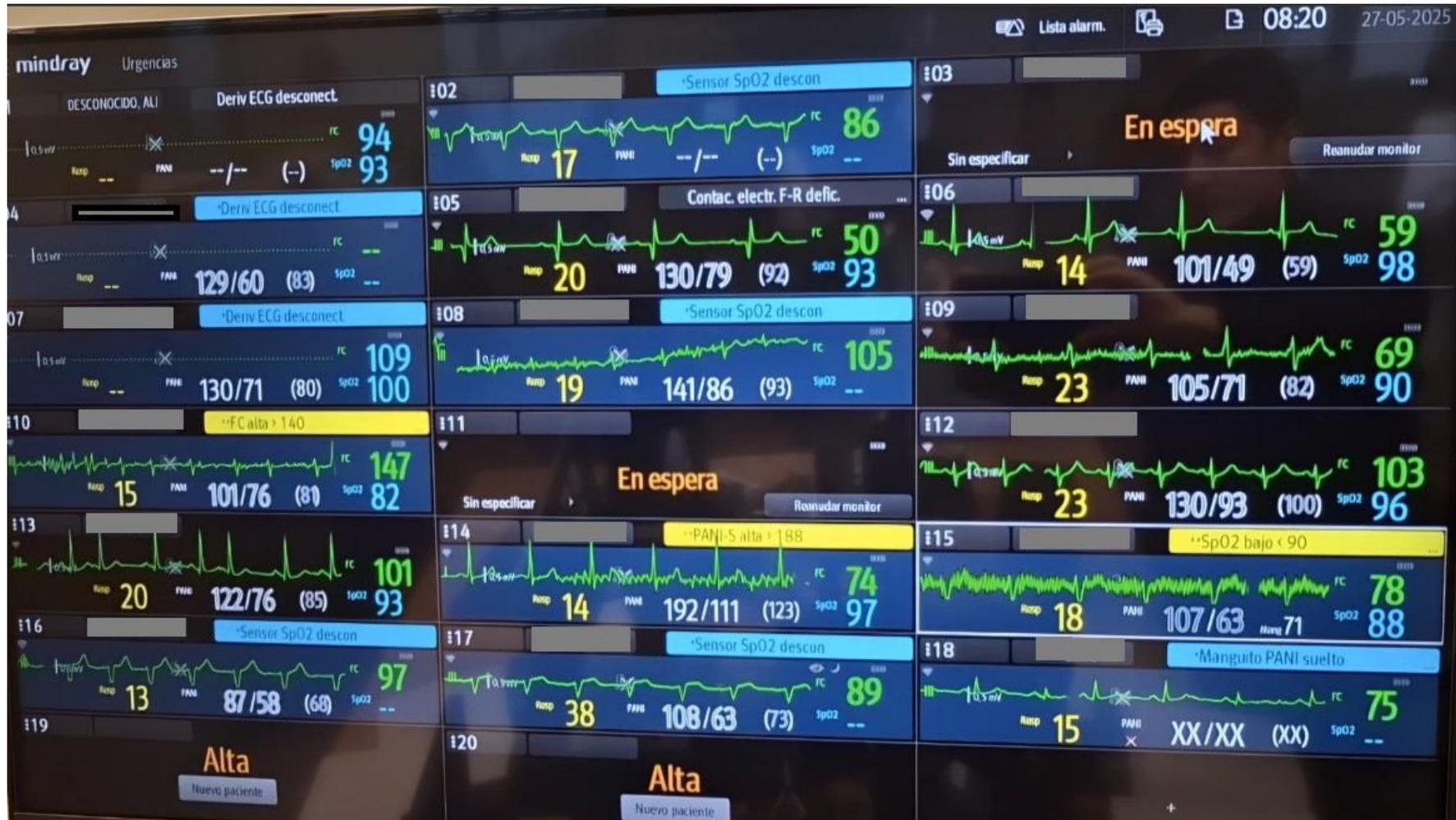


Servicio de Urgencias





Servicio de Urgencias





Servicio de Urgencias





Medical device alarm safety

Scope of problem

100s → 1,000s → 10,000s

100s of alarm signals per patient, per day = 1,000s of alarm signals on each unit = tens of thousands of alarm signals throughout a hospital per day

85-99% of alarm signals don't require clinical intervention

Alarm Fatigue

Clinicians become desensitized, overwhelmed or immune to the sound of an alarm.



Fatigued clinicians may:

- Turn down alarm volume
- Turn off alarm
- Adjust alarm settings

These actions can have serious or fatal consequences.

Sentinel Event Alert 50:

Alarm Fatigue

Recommendations/Solutions

1. Have a process for safe alarm management and response
2. Inventory alarm-equipped medical devices
3. Have guidelines for alarm settings
4. Have guidelines for tailoring alarm settings and limits for individual patients
5. Inspect, check, and maintain alarm-equipped devices

These actions correspond with recommendations from The Joint Commission, the Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI) and ECRI Institute.

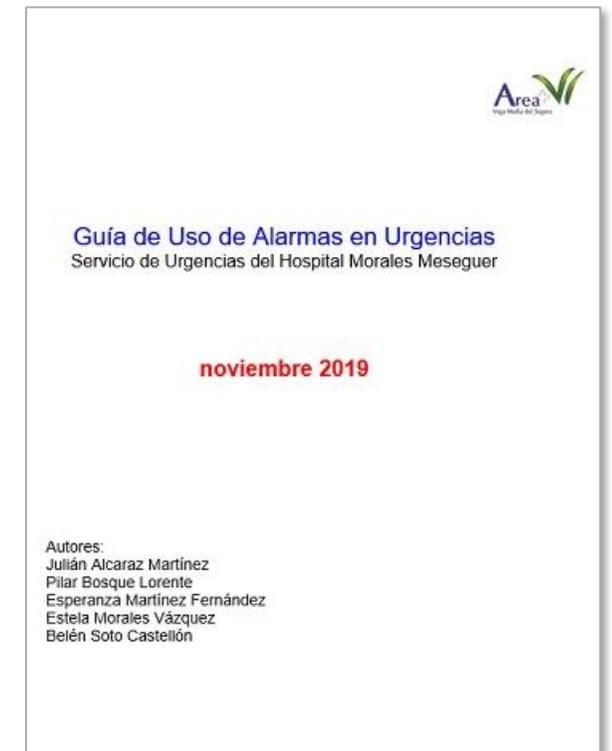
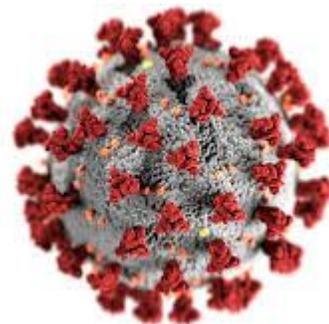


For additional solutions view our Sentinel Event Alert at www.jointcommission.org/sea_issue_50/



Sentinel Event Alert 50: Medical device alarm safety in hospitals. 2013

2018: muestreo en 8 días, 81 casos con 36 alarmas no atendidas (44,4%)





Breve descripción del incidente:

“Paciente en tratamiento con quimioterapia que acude al servicio de urgencias y es diagnosticado de fiebre neutropénica. A su llegada presentaba constantes estables y buen estado general. Tras la evaluación inicial y pruebas diagnósticas queda pendiente de ingreso, pasando a una cama de observación.

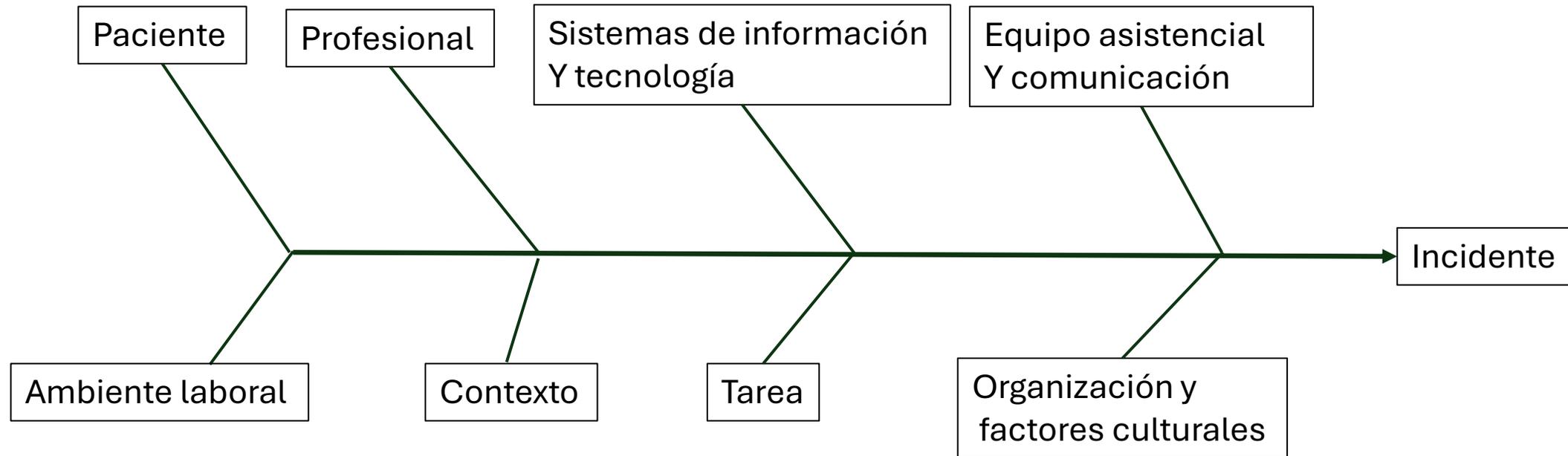
Una hora después, se detecta que **estaba sonando la alarma** de tensión arterial (TA) del monitor y tenía unas cifras de TA de 57/33. Desde hacía 3 tomas (cada 15 min) estaba con cifras similares y la alarma había sonado, pero **estaba sin atender**. Llevaba sólo 1 vía aplicada a su reservorio y 500cc de suero fisiológico cayendo lentamente desde que llegó al centro, cinco horas antes. Estaba pautado para 2 horas.

Se actuó con las medidas necesarias, remontando inicialmente las tensiones y mejorando su estado, pero el paciente acabó finalmente en UCI”

ACR: fase análisis



Análisis de causas subyacentes:



Causas subyacentes:

Paciente: El paciente debido a su situación de bajo gasto **no avisó** de que se encontrara mal. Tenía patología grave de base. El reservorio no dejaba pasar líquido a un ritmo mayor.

Profesionales: Los profesionales del área de boxes **no comprobaron el ritmo** de infusión ni si se habían cumplido las pautas de volumen a infundir **No se atendieron las dos alarmas**.

Tarea: Existe un protocolo de uso de alarmas, que **no se usa** ni se evalúa.

Equipo: No se realizó una **buena transferencia** en el paso de una sala a otra. No hay una **clara delimitación de funciones** en la atención a las alarmas

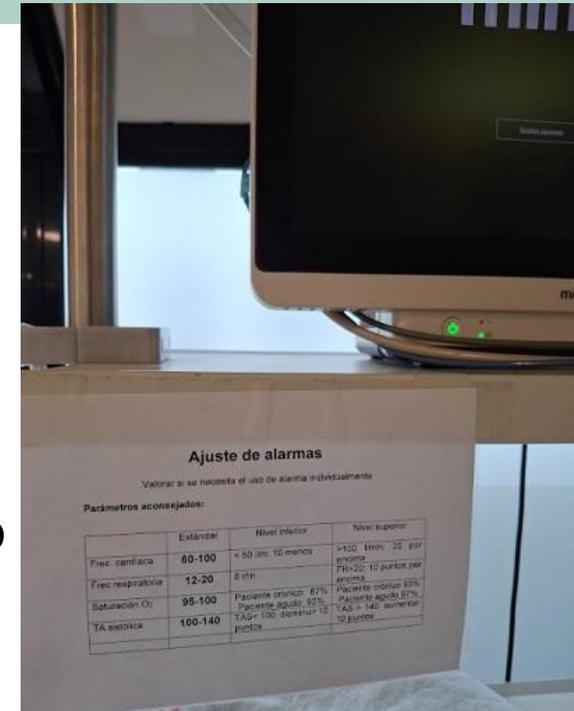
Factores ambientales: En la sala de observación o camas de urgencias, se produce la “fatiga por alarma” (ver alerta 50 de la Joint Commission). En ese momento estaban con una ocupación muy importante (**18 camas**), con las habituales **interrupciones** por atención inmediata de pacientes nuevos graves de las camas de Urgencias

Tecnología: Todas las alarmas tienen **similar sonido** y no suelen ajustarse a los parámetros de cada paciente

Factores de organización y cultura: La cultura de seguridad es mejorable

Acciones de mejora:

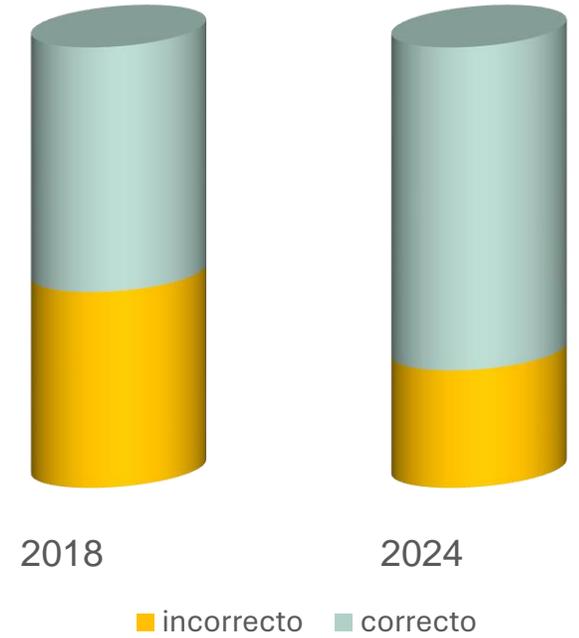
- Se ha comentado el caso en sesión y se ha realizado **debriefing**
- Se ha revisado y distribuido **el protocolo de uso** de alarmas y se han puesto **recordatorios** de ajuste adecuado de parámetros junto a cada monitor.
- Se han puesto **dos pantallas centrales** con la información de todos los monitores en tiempo real y con posibilidad de ajustar desde ahí los parámetros o consultar las alertas.
- Se ha incluido como uno de los parámetros a comprobar en las **Rondas de Seguridad** de Urgencias el ajuste a cada paciente de las alarmas y las alarmas activas y no atendidas.
- Se ha realizado **monitorización** de alarmas no atendidas.



Resultados:

2018: muestreo en 8 días, 81 casos con 36 alarmas no atendidas (44,4%)

2024: muestreo en 3 días, 30 casos con 9 alarmas no atendidas (30%)



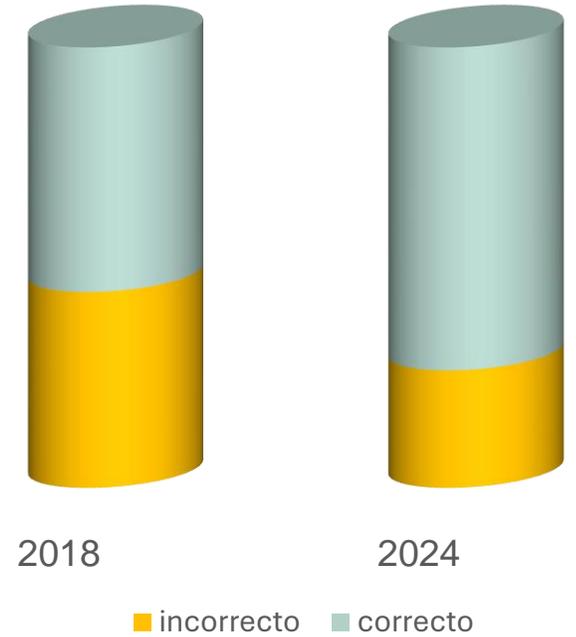
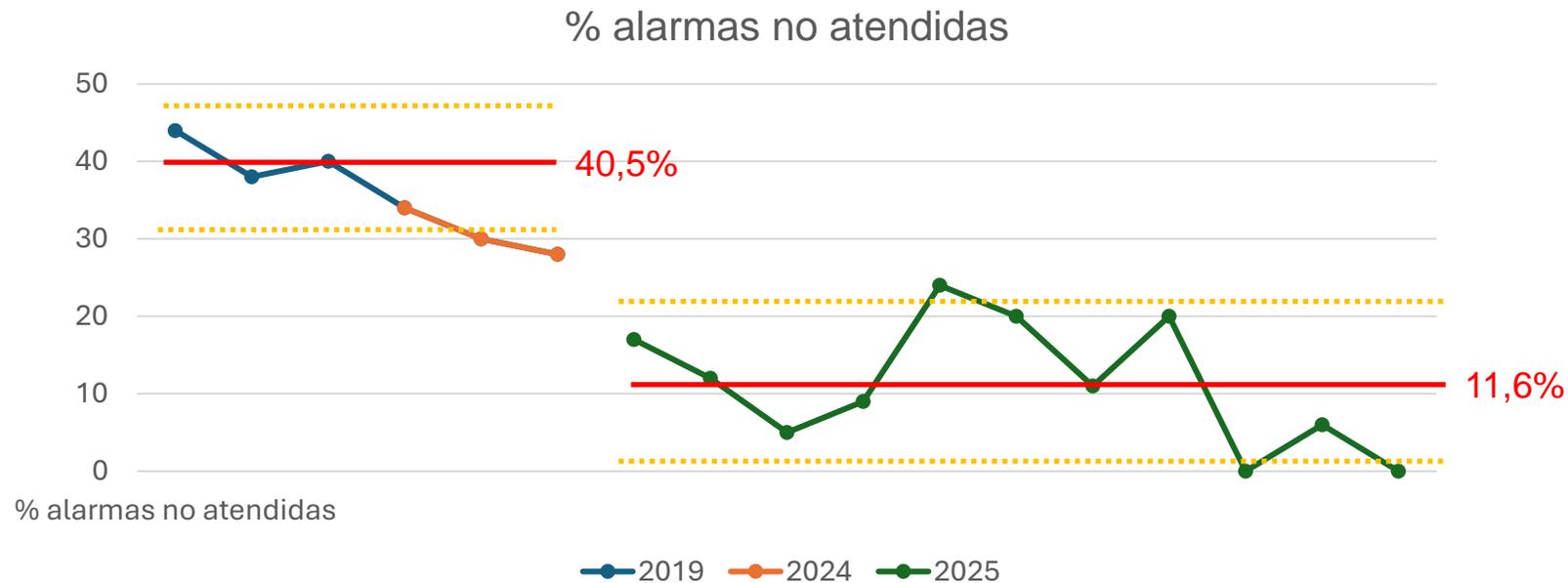
Resultados:

2018: muestreo en 8 días, 81 casos con 36 alarmas no atendidas (44,4%)

2024: muestreo en 3 días, 30 casos con 9 alarmas no atendidas (30%)

2025:

Gráfico de control



Conclusiones:

“Incluso los milagros llevan un poco de tiempo”

Hada Madrina. Cenicienta 1950



SILÊNCIO



¡Muchas gracias!



Personas que han participado en este trabajo

José Omar Valerio de León¹, Jesús Leal Llopis², Julia Muñoz Arqueros¹, Ana B Cano Sánchez¹, Gustavo Cela Campos¹, Sara Ramos López¹, José A Serrano Martínez¹, Cristina N Esteban Lloret¹, Isabel M Reina Nicolás¹, Estela Morales Vázquez¹, Esperanza Martínez Fernández¹ y Sandra Moreno Reina¹.

¹ Servicio de Urgencias.

² Supervisor de Calidad Asistencia e investigación.