

## ESQUEMA PARA APRENDER DE LOS ERRORES

Bacteriemia zero, 1ª edición, 2009. Basado en el proyecto "Keystone ICU" desarrollado por la Universidad Johns Hopkins (Pronovost et al., N Eng J Med, 2006; 2725:32). Adaptado al español con permiso de la Universidad Johns Hopkins por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y el Departamento de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. Publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España. "Keystone ICU" es propiedad de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins. En la adaptación de los instrumentos de "Bacteriemia zero" ha colaborado la SEMICYUC mediante un contrato con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

### Proceso de investigación

#### I. ¿Qué ocurrió? (Reconstruya la cronología y explique qué ocurrió).

#### II. ¿Por qué ocurrió? El siguiente cuadro le será de ayuda para examinar y evaluar su caso. Revise los factores que contribuyeron en el incidente y si contribuyeron de manera negativa (aumentaron el daño) o de manera positiva (redujeron el impacto del daño).

Factores que contribuyeron al incidente	Contribuyeron negativamente	Contribuyeron positivamente
<b>Factores relacionados con el paciente:</b>		
<b>Factores relacionados con la tarea:</b>		
<b>Factores relacionados con los profesionales a cargo del cuidado médico</b>		
<b>Factores relacionados con el equipo</b>		
<b>Factores relacionados con la capacitación y la educación</b>		
<b>Factores relacionados con la tecnología de la información y los sistemas informatizados de prescripción médica (C</b>		
<b>El entorno</b>		

Factores que contribuyeron al incidente	Contribuyeron negativamente	Contribuyeron positivamente
<b>El ambiente institucional</b>		

**III. ¿Cómo reduciría la probabilidad de que este defecto se repita?**

¿Qué medidas específicas tomaría para reducir el riesgo del defecto?	¿Quién guiará este esfuerzo?	Fecha de seguimiento	¿Cómo sabrá que el riesgo se redujo? (acciones pendientes)

**RESUMEN DEL CASO**

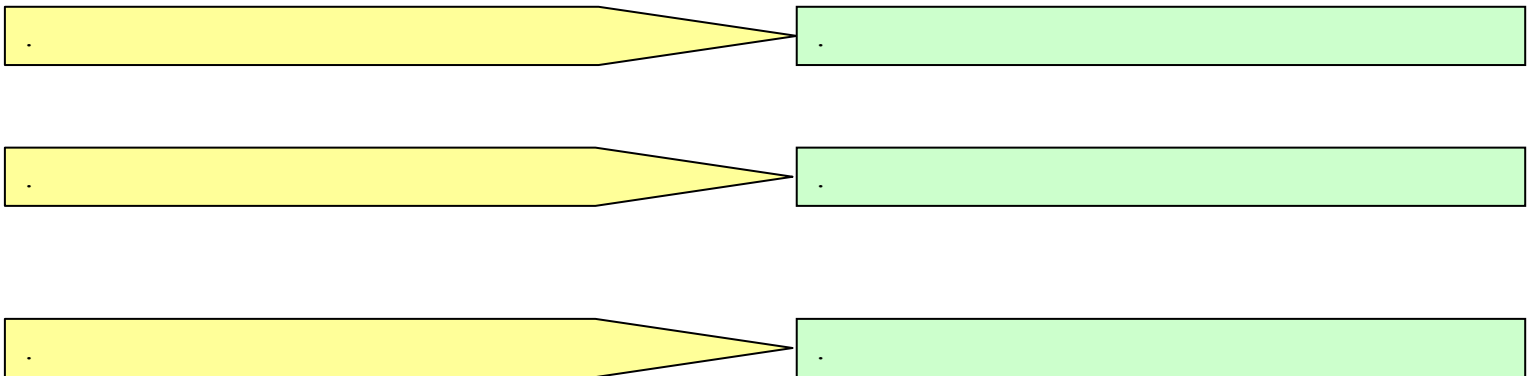
**Consejos de seguridad:**

- 

Caso en cuestión:

**Fallos del sistema:**

**Oportunidades de mejora:**



**MEDIDAS QUE SE TOMARON PARA EVITAR EL DAÑO**