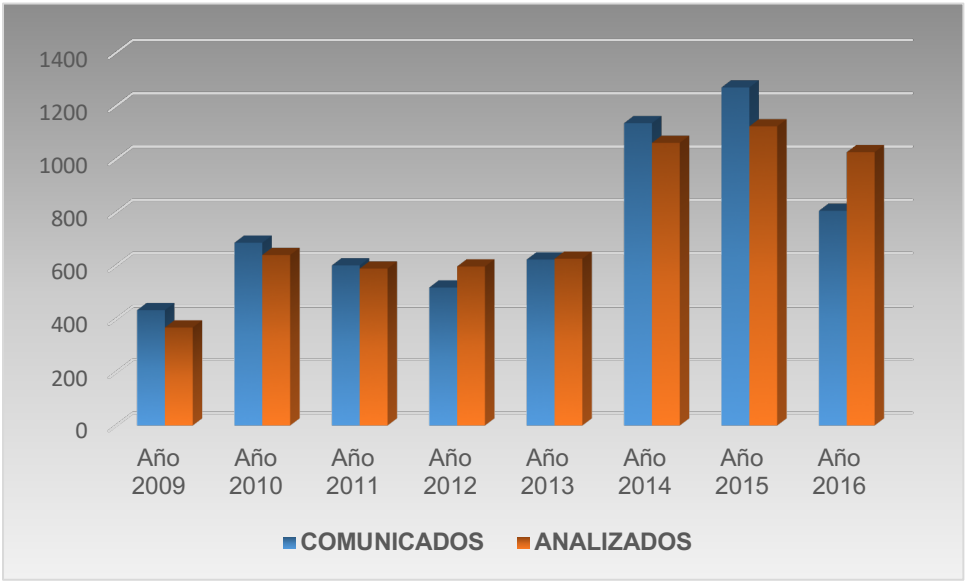
SENSAR

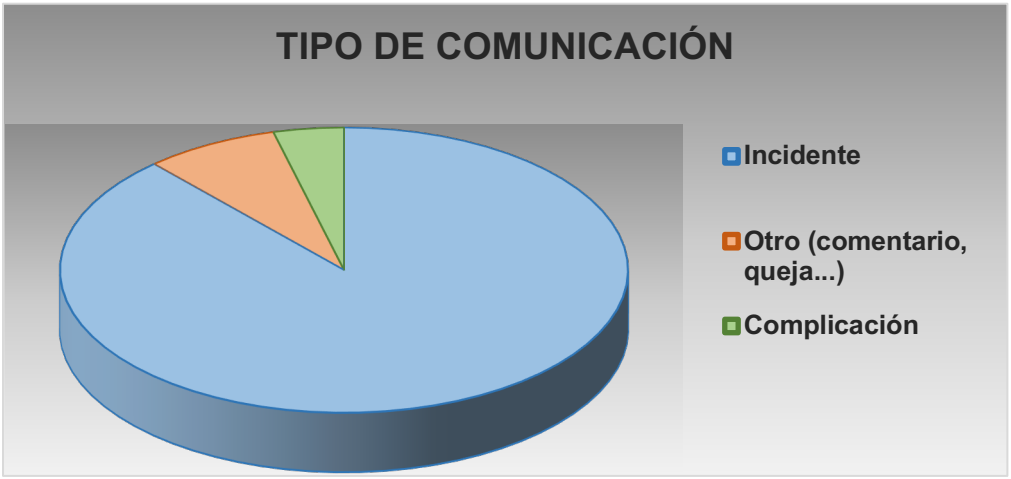
SEGURIDAD DEL PACIENTE

MEMORIA 2016

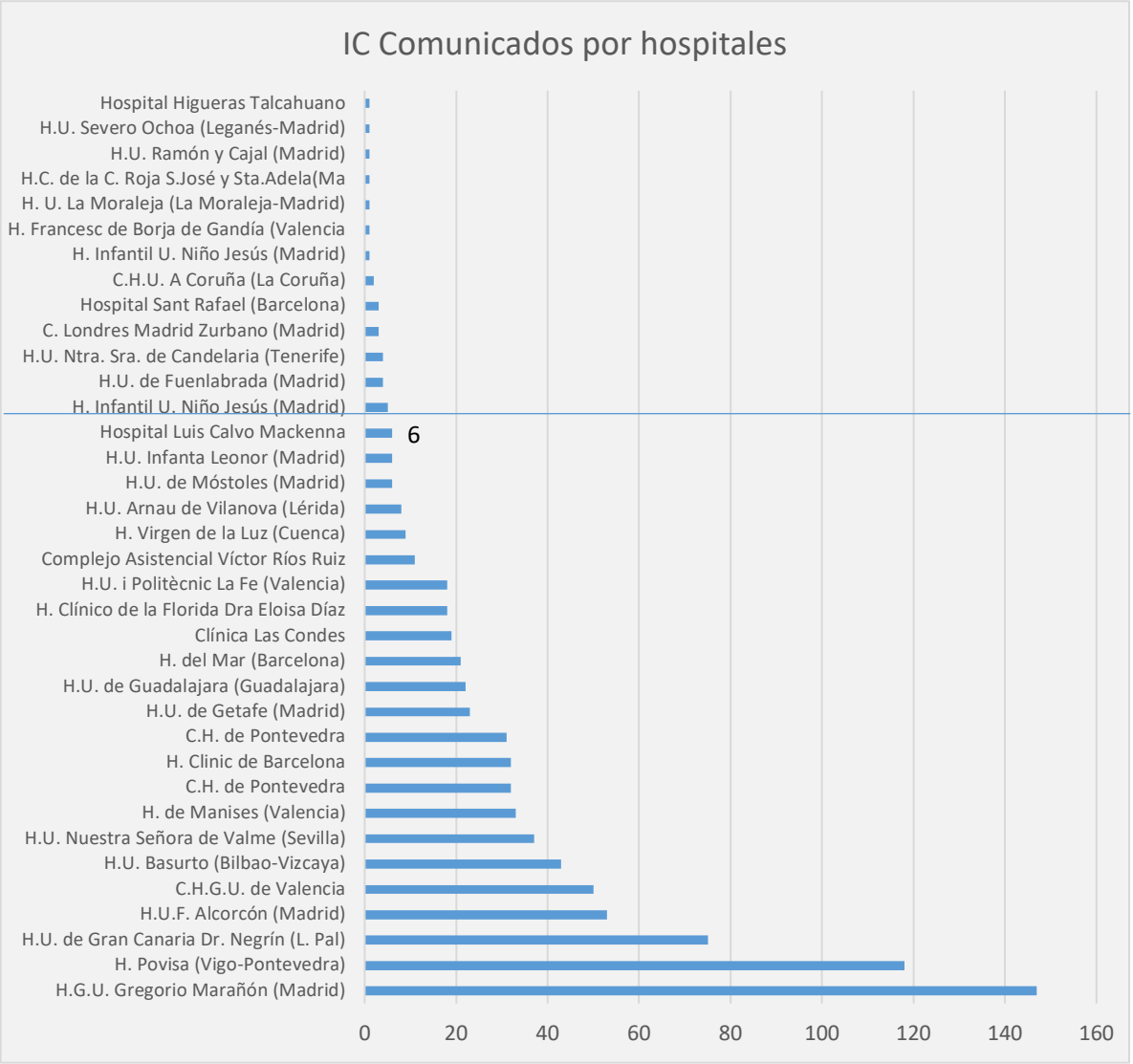
- En Diciembre de 2016 hay **92 hospitales** adscritos a SENSAR. Hay hospitales españoles públicos y privados y 5 hospitales de Chile.
- El número de **comunicaciones** y **análisis** de incidentes durante el año 2016 han sido de **806** y **1026** respectivamente. Se observa un pequeño descenso en el número total de incidentes comunicados.



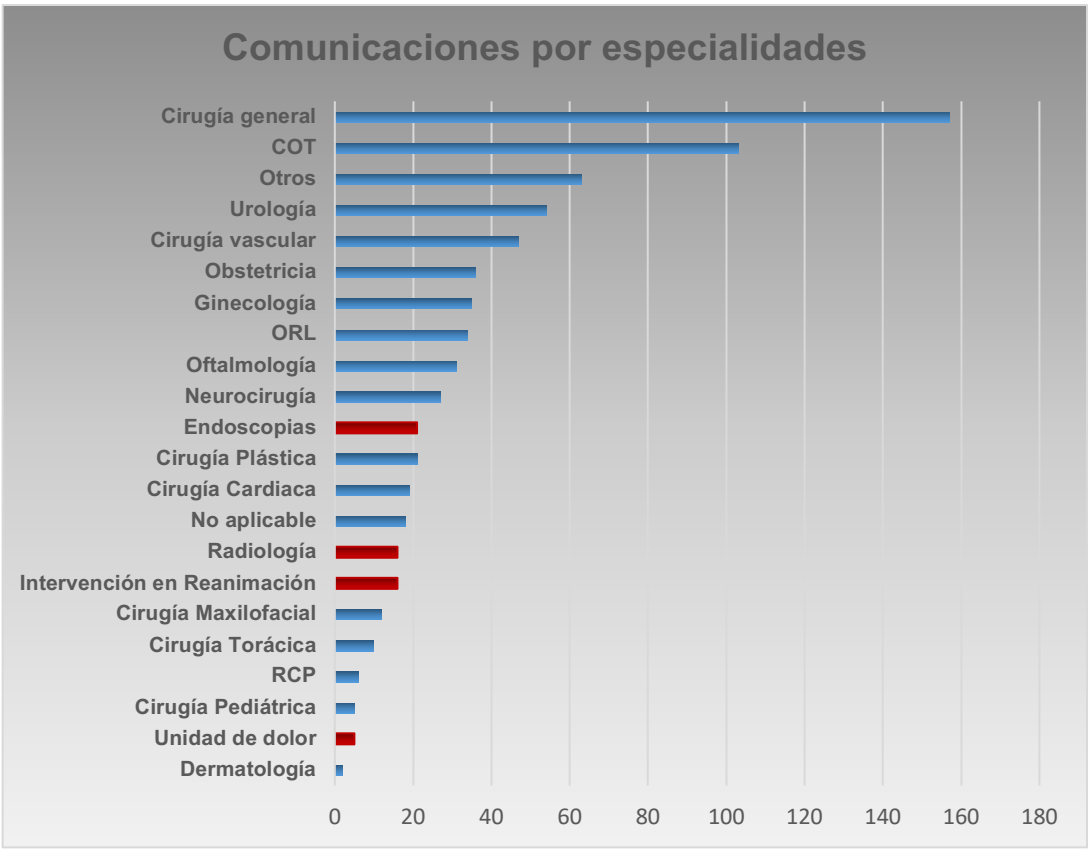
- Los incidentes comunicados fueron clasificados en su mayoría como incidentes, siendo pocos los que se clasificaron como quejas, comentarios o complicaciones



- Hay **23 hospitales activos**, definidos como aquellos que comunican más de 6 IC al año; 13 hospitales que comunican entre 1 y 5 IC anuales, y 56 hospitales sin ninguna actividad en el último año.



- Las comunicaciones por **especialidades** se muestran en la siguiente gráfica:



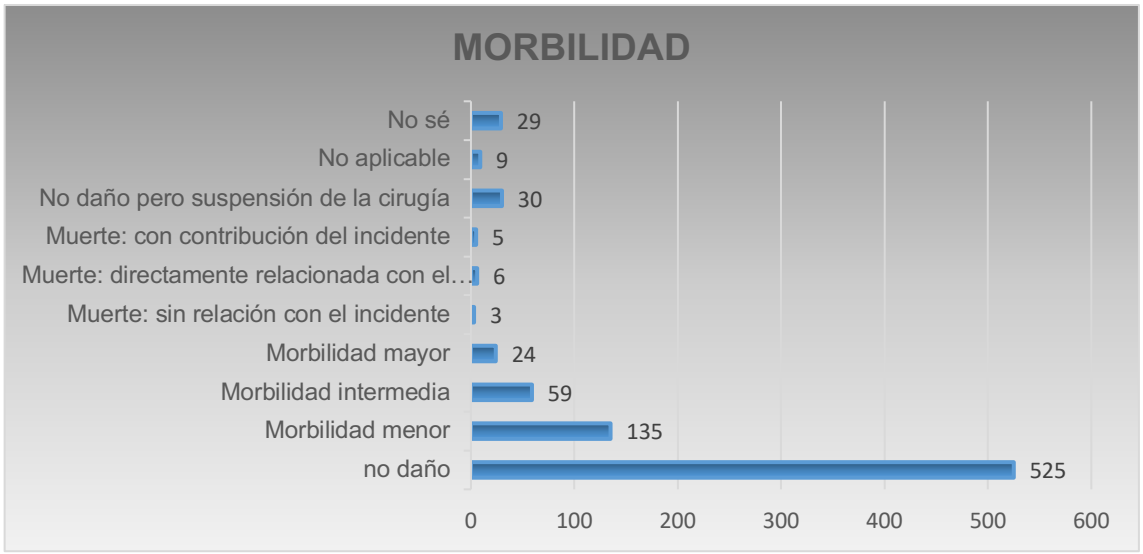
No solo hay incidentes comunicados en el **área quirúrgica**, sino también en **áreas alejadas de quirófano** como salas de endoscopias y radiología, donde se realizan actos anestésicos. También hay incidentes comunicados en áreas de **Reanimación** y en **Unidades del Dolor**.

Dado que este año se han publicado las recomendaciones para la realización de sedaciones seguras, a continuación mostramos un resumen de los Incidentes comunicados ocurridos en salas de endoscopias:

- Fallecimiento por complicaciones tras sedación para endoscopia en paciente anciana ASA V.
- Mala valoración y preparación de paciente previa realización de endoscopia urgente
- Fallo de fibro desechable para IOT despierto para endoscopia urgente
- PCR tras CPRE en paciente ASA IV de 86 años
- No se solicita estudio de coagulación en paciente anticoagulado para realizar colonoscopia

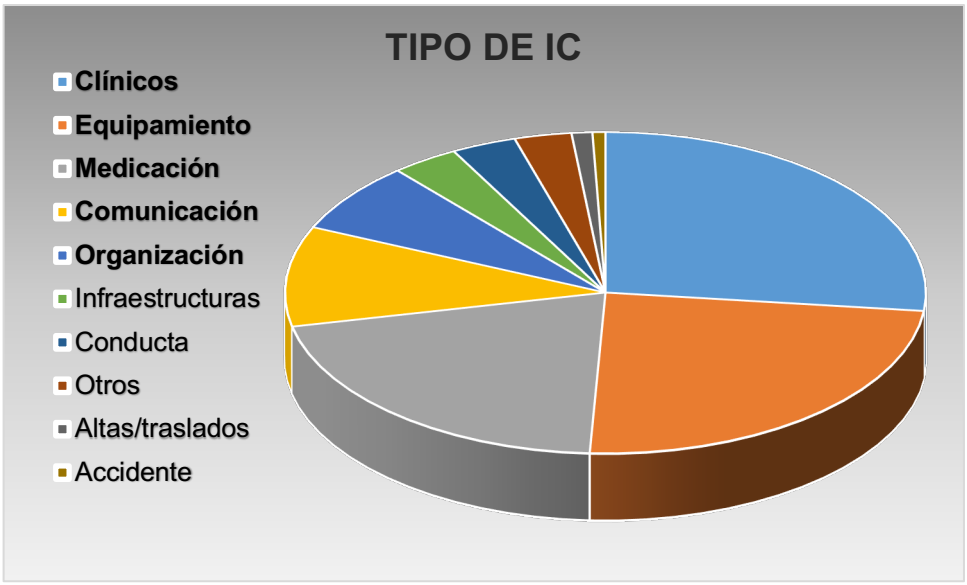
- Error de identificación en URPA de paciente proveniente de realizarse colonoscopia
- Problemas con el manejo de antiagregantes y anticoagulantes previo a colonoscopias
- Fallecimiento durante CPRE en paciente ASA IV de 95 años
- Circuito de endoscopia urgente mal definido
- Se entrega solución laxante a paciente para eco-endoscopia digestiva
- Fallo de EtCO2 y analizador de gases
- Fallos repetidos del respirador de la sala de endoscopias
- Desaturación moderada-grave durante la inducción para una CPRE por error en el manejo del respirador
- Sala de rayos para CPRE que o reúne las condiciones mínimas de salubridad, temperatura y contaminación de gases
- Depresión moderada-severa en paciente sedado por endoscopista para una colonoscopia
- Falta información preoperatoria de paciente al que se le va a realizar EDA
- Fallo de equipamiento (pieza de válvula APL) en salas de endoscopias

- En cuanto a la **morbilidad** se mantiene el mayor número de incidentes comunicados **sin daño o con morbilidad menor**, lo que remarca la fortaleza del sistema para aprender de incidentes sin daño.

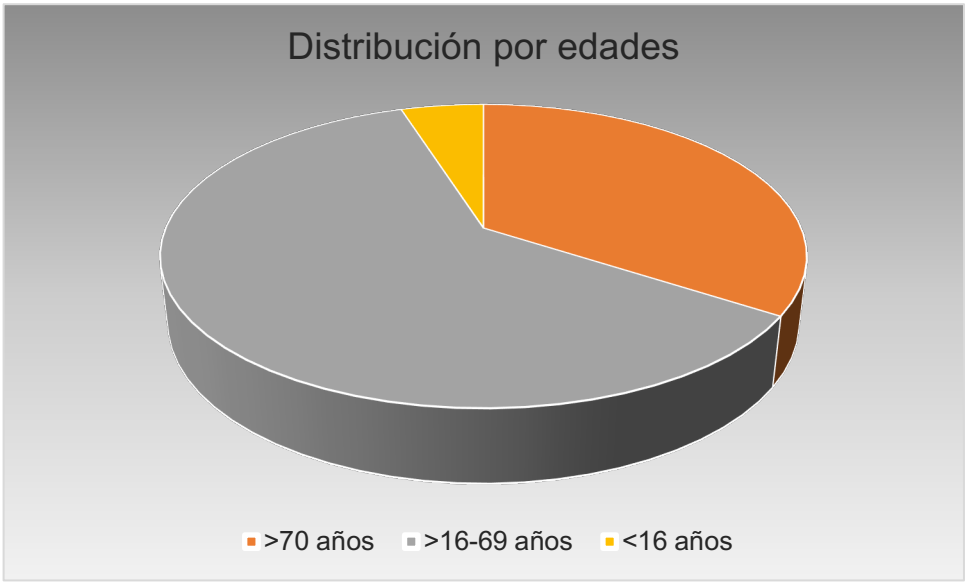


- Se comunicaron 6 **muertes directamente relacionadas con el incidente**, que resumimos:
    - Paciente con cardiopatía isquémica que fallece en PO inmediato por bradicardia extrema y asistolia a pesar de maniobras de RCP, presentando elevaciones de ST en precordiales V1-V5.
    - Fallecimiento en PO de recambio de válvula mitral por rotura del surco AV
    - Fallecimiento por imposibilidad de desconexión de circulación extracorpórea tras problemas técnicos para colocar prótesis aórtica biológica
    - Muerte de paciente de 92 años tras la cementación de una hemiartroplastia en paciente EPOC y con cardiopatía isquémica
    - Fallecimiento por una PCR en unidad de hemodiálisis y combinación de factores (falta de personal, de material, de conocimiento, ayuda inadecuada…)
    - Muerte tras mala colocación de SNG inadvertida por combinación de factores
    - Muerte por oclusión de la válvula de espiración en la mascarilla de VMNI
    - Fallecimiento que plantea dudas sobre el manejo clínico de la situación
    - Muerte tras demora en el diagnóstico de RCP

- Los **tipos** principales de incidentes comunicados fueron **clínicos**, de **equipamiento** y de **medicación**, seguidos de los de comunicación y organización.

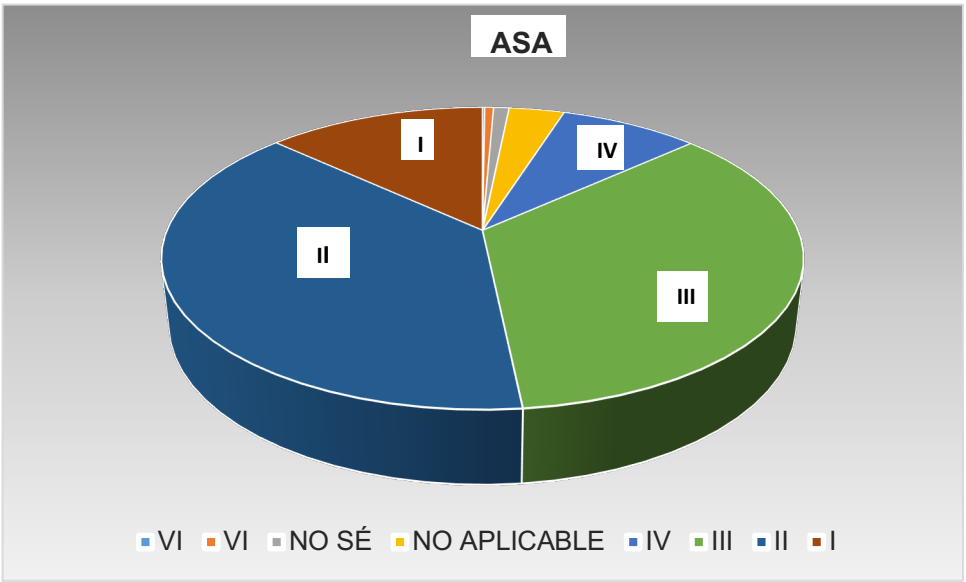


- La distribución por **edades** de los pacientes de los incidentes comunicados, se muestra en el siguiente gráfico:



Se comunican más incidentes en pacientes de mayor edad. Hay pocos incidentes comunicados en edades pediátricas.

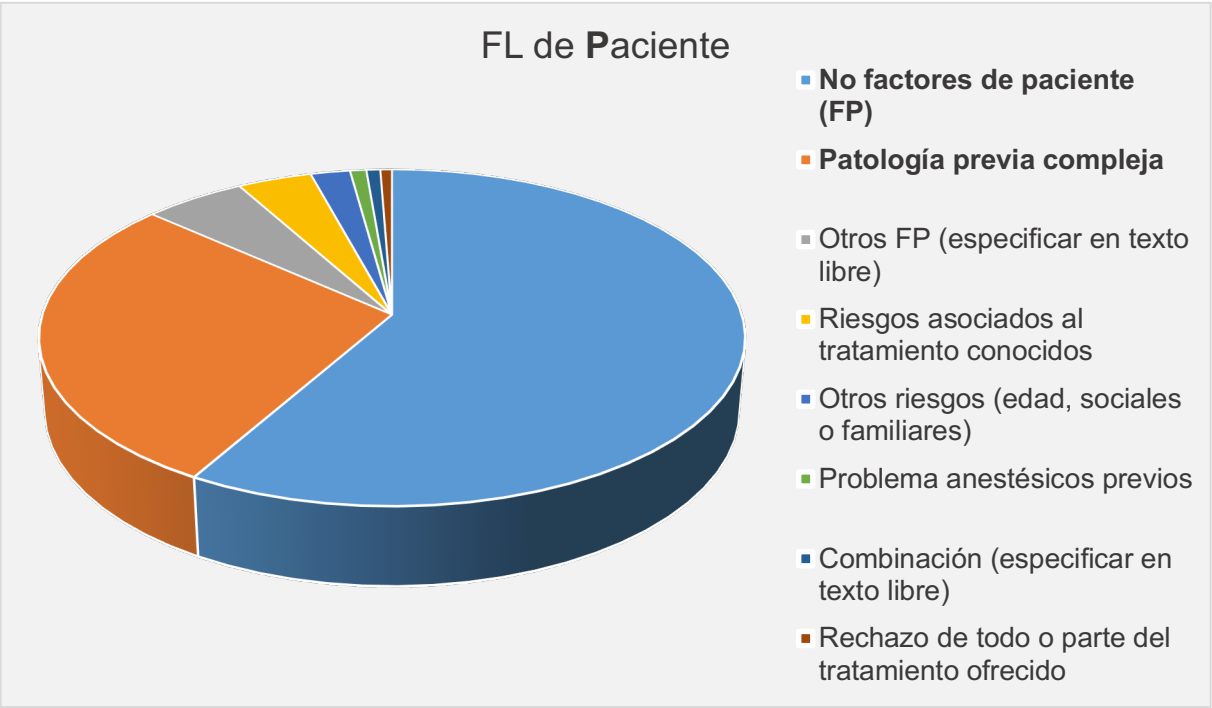
- La mayoría de los enfermos de los IC comunicados fueron **ASA** II y III:



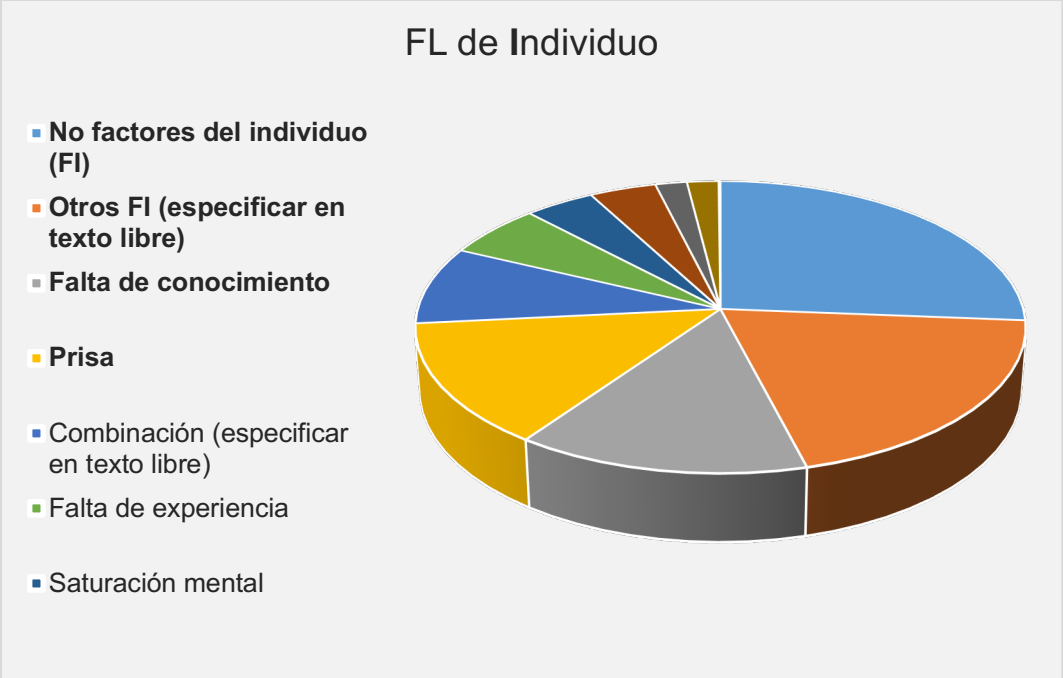
- Atendiendo al **error activo**, es decir, cualquier acto de comisión u omisión del individuo en contacto directo con el paciente que conduce o puede conducir a un resultado no deseado (Reason 1990), en la mayoría de los casos se encontró una equivocación en aplicación de prácticas seguras, seguido de distracción por falta de atención:

- **Factores latentes o contribuyentes:**

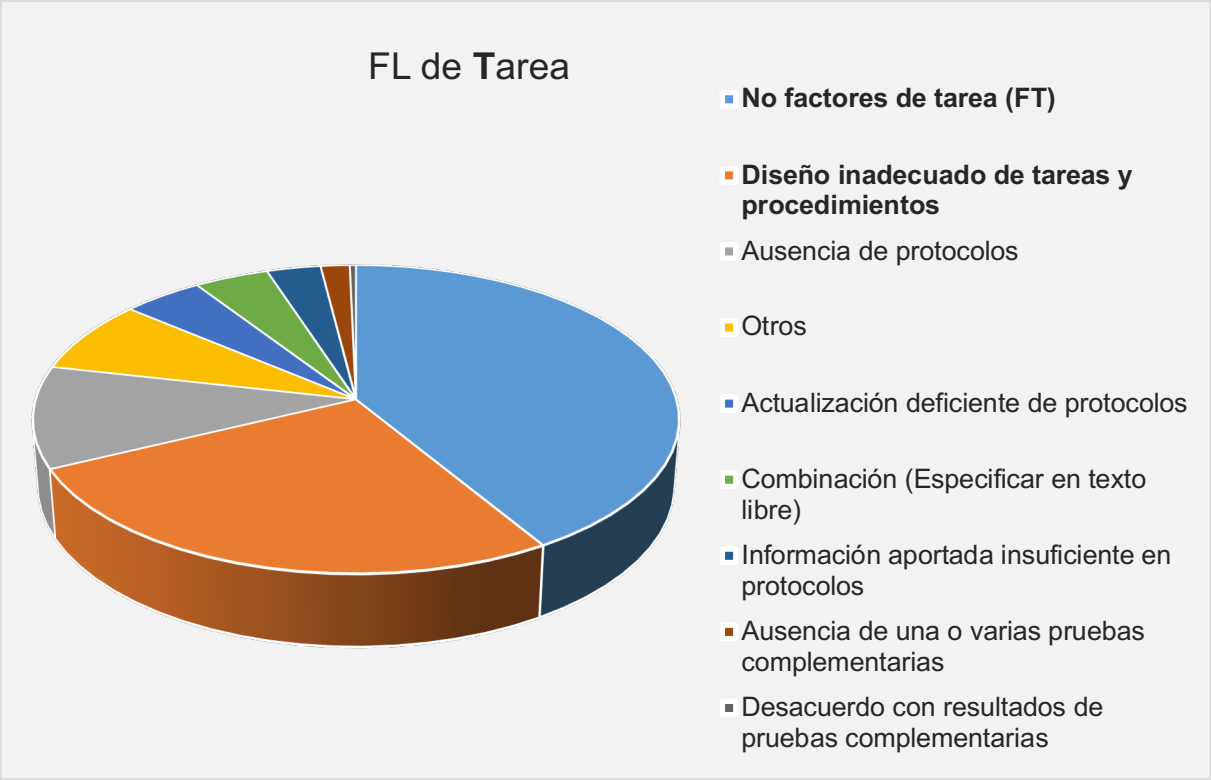
- En la mayoría de los IC analizados no hay factores contribuyentes asociados a los **pacientes**, o el más frecuentemente asociado es la patología previa compleja



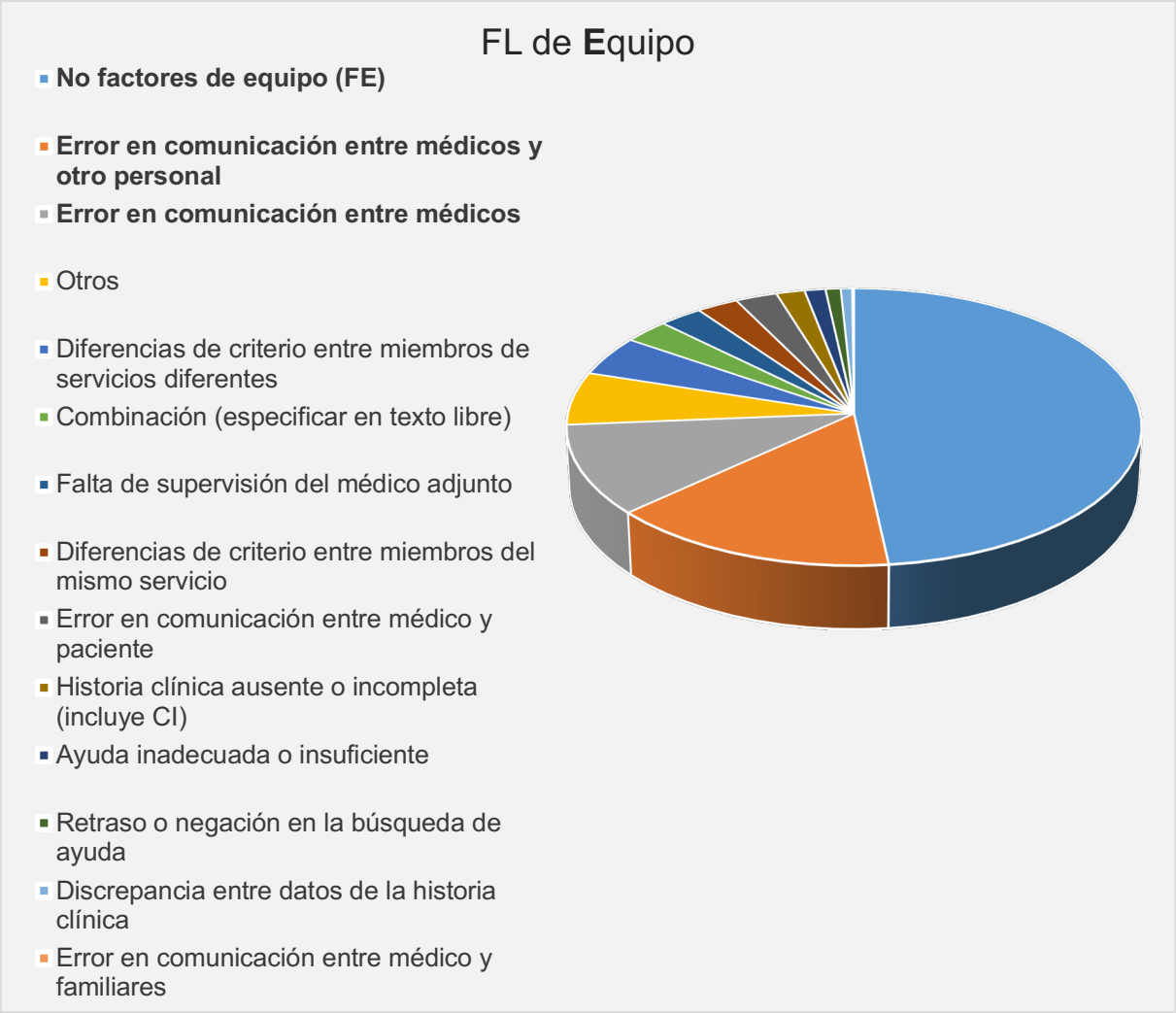
- Los factores contribuyentes de **Individuo** tienen una distribución más amplia, incluyendo “no factores de individuo”, falta de conocimiento, prisa y otros, como los más frecuentes:



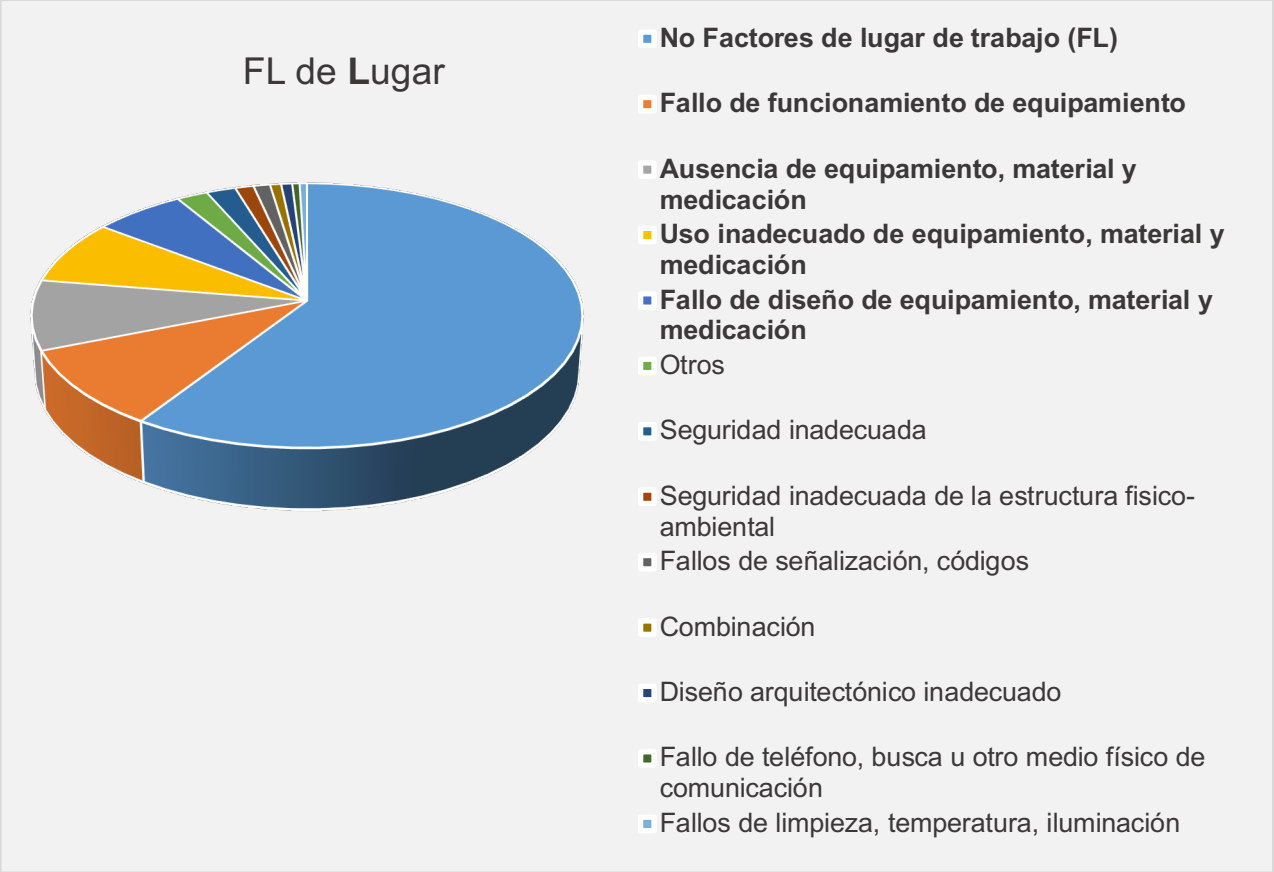
- Los factores latentes de la **tarea** más frecuentemente identificados fueron el diseño inadecuado de tareas y procedimientos:



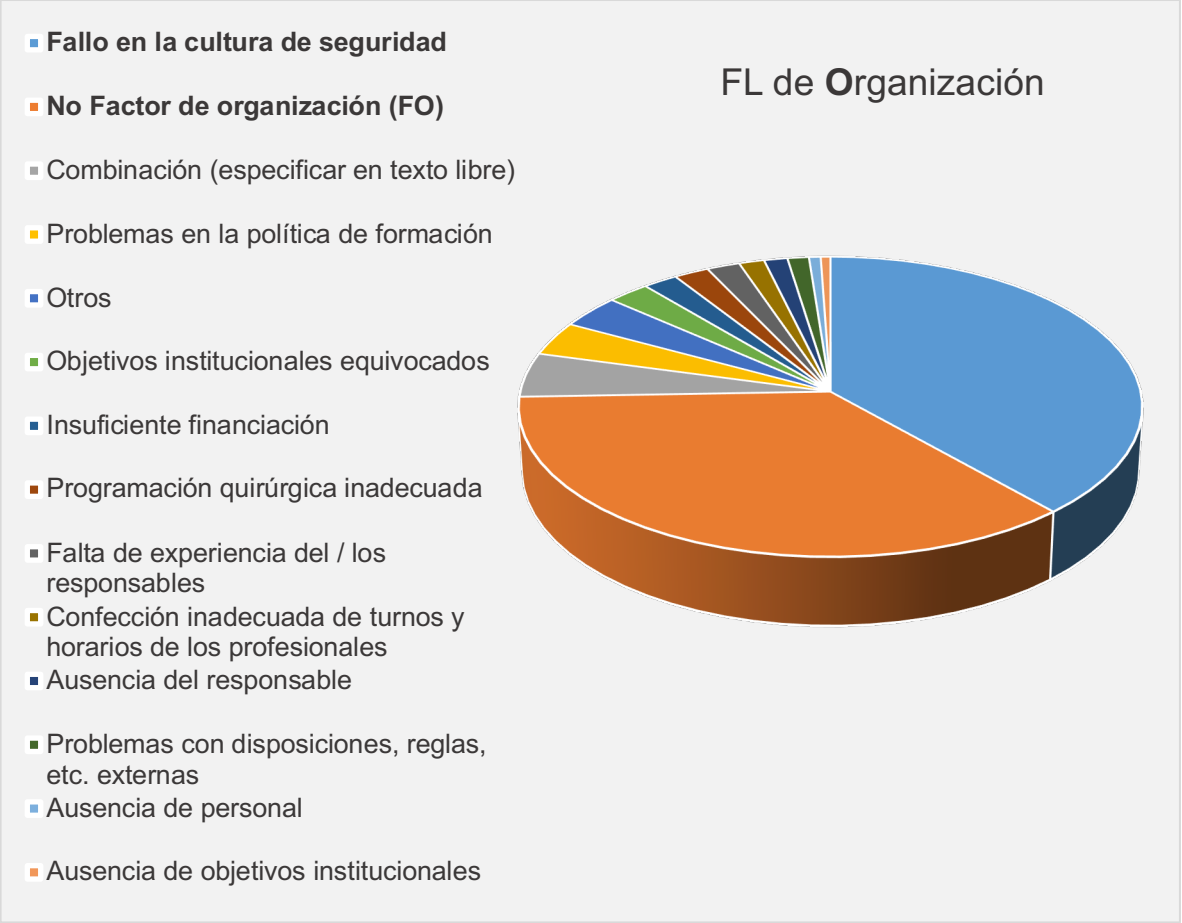
- Cuando se detectaron factores contribuyentes del **equipo,** los más frecuentes fueron fallos de comunicación entre médico y otro personal y entre médicos:

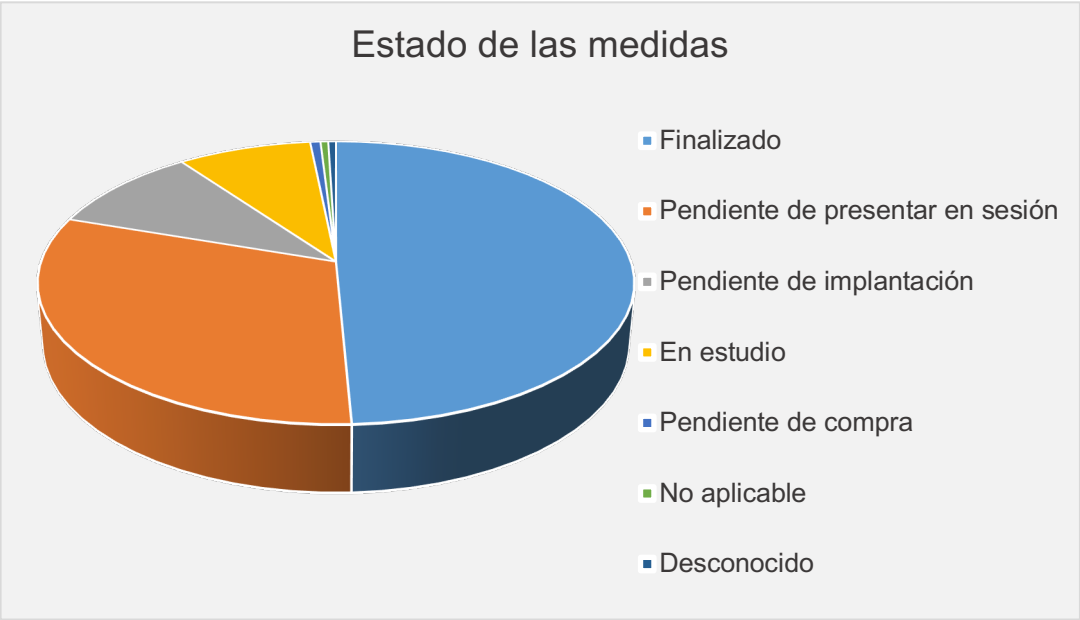


- En cuanto al **lugar de trabajo** en la mayoría de los IC abalizados no se han encontrado factores contribuyentes. Se han identificado como más frecuentes el fallo de funcionamiento de equipamiento, ausencia o uso inadecuado de equipamiento, material y medicación, y fallo de diseño de equipamiento, material y medicación.



- El factor latente que más se ha identificado ligado a la **organización** ha sido el fallo en la cultura de seguridad:



- Tras el análisis por el grupo local de analizadores se han propuesto un total de **1983 medidas de mejora**

La mayoría de las medidas están finalizadas o pendientes de presentar en sesión: