

# ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO REGISTRADOS EN LA BASE DE DATOS NACIONAL DE SENSAR

---

Comunicación AAEAR. Marbella 2011

Autores: R Castellano, J Tornero y analizadores de SENSAR en Hospital de Valme.

## **OBJETIVO**

Evaluación de las comunicaciones y posterior análisis de los incidentes relacionados con la seguridad durante el manejo del dolor agudo postoperatorio (DPO) referidos por los hospitales españoles adheridos al Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR)

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Tras solicitar autorización por parte de la administración de SENSAR se identificarían aquellos incidentes con repercusión sobre la seguridad del paciente comunicados en relación con el manejo del DPO en la base ANESTIC de SENSAR. Se define incidente como aquel evento o circunstancia que afecte o pueda afectar a la seguridad del paciente. Constituido el grupo nacional en Febrero de 2009, comienza la recopilación de incidentes con el volcado de los que el HU Fundación de Alorcón que a nivel individual había acumulado en una base previa con las características similares a la actual que sigue la concepción de Vincent para la tipificación de los incidentes en seguridad en Anestesia y su relación con posibles factores latentes asociados. Los incidentes son comunicados por anestesiólogos y MIR de anestesia, aunque en algunos centros se ha ampliado la posibilidad de comunicar a la enfermería.

El periodo de estudio abarca desde la constitución de SENSAR hasta junio de 2011.

Para la identificación de los incidentes se utilizó la lectura del título y si se presentaban dudas se acudía a la descripción del incidente. Si aun así no se aclaraba su relación con

el tratamiento del DPO se investigaba sobre la totalidad de la comunicación del incidente. Se desestimó utilizar el buscador que la base incorpora, pues eran muchos los posibles términos a introducir en relación con el tema para obtener la información deseada y elevadas posibilidades de perder casos.

En los incidentes seleccionados se acudía posteriormente al análisis realizado en cada hospital para extraer los datos pertinentes y si en algún caso, por alguna razón, el análisis no se había realizado, los investigadores lo hicimos a la vista de los datos de la comunicación realizada.

Los investigadores pertenecemos al grupo de analizadores de SENSAR de nuestro hospital desde su constitución y tenemos acceso a la base de datos nacional. Dos MIR del servicio, en rotación con el grupo de analizadores, trabajaron con los datos extraídos en formato Excel sin haber accedido a la base ANESTIC ni conocer otros datos respecto a los incidentes más que los proporcionados por el administrador local.

## RESULTADOS

En el periodo de estudio se identifican 98 incidentes relacionados con el manejo del DPO de los 1256 registrados en la base ANESTIC en ese momento (un 7,8%), comunicados en 27 (41,5%) hospitales de los 65 adscritos a SENSAR.

Los principales hospitales que comunicaron estos **incidentes** en orden decreciente y en valor absoluto (**más de 3**) son los siguientes:

Hospital	Nº incidentes
Hospital Fundación de Alcorcón (Madrid)	20
Hospital de Valme (Sevilla)	11
Hospital de Sabadell (Barcelona)	10
Hospital Clinic (Barcelona)	6
Hospital de Povisa. Vigo (Pontevedra)	5
Hospital del Mar (Barcelona)	5
Hospital Infanta Sofía (Madrid)	5
Hospital 12 de octubre (Madrid)	4
Hospital de Guadalajara	4

De los incidentes comunicados 8 correspondieron a eventos del tipo de complicación o accidente que no se relacionaban con un error activo. En el 90 restante se pudieron identificar errores activos.

Las localizaciones de los incidentes se distribuyeron de la siguiente forma:

- URPA: 43 (43,9%)
- Planta hospitalización: 37 (37,7%)
- Quirófano: 14 (14,3%)
- UCI/Reanimación: 3 (3,1%)
- Otras: 1 (1%)

Los datos más destacados en cuanto a los pacientes y la cirugía son los siguientes: mayores de 65 años en casi la mitad de los incidentes, 43% de pacientes de alto riesgo según el estado ASA, las principales especialidades quirúrgicas la Cirugía General y la Traumatología, el 90% en cirugías programadas (tabla adjunta)

<b>Características de los pacientes y la cirugía</b>	<b>N</b>
<b>Edad (años)</b>	
Rango (1-91)	
Menores de 18	4
Entre 18 y 65	42
Mayores de 65	45 (49,5%)
No figura	7
<b>ASA</b>	
I – II	53
III – IV (alto riesgo anestésico)	40 (43%)
No especificada	5
<b>Genero</b>	
Varón	54 (56,8%)
Mujer	41 (43,2%)
<b>Especialidad quirúrgica</b>	
Cirugía Ortopédica y Traumatología	27 (37,5%)
Cirugía General y Digestiva	29 (40,3%)
Urología	6
Ginecología Obstetricia	4
Cirugía Torácica	2
ORL	2
Cirugía Plástica	1
Cirugía Pediátrica	1
Cirugía Vasculat	1
No bien especificada	25
<b>Tipo de Cirugía</b>	
Programada	83 (90%)
Urgente	9
No especificada	6

Las consecuencias de los incidentes fueron las siguientes:

- No daño: 49 (52,7%)
- Morbilidad menor 27 (29%)
- Morbilidad intermedia 15 (16,1%)
- Morbilidad mayor: 2 (2,1%) 1. shock anafiláctico a metamizol en paciente con alergia conocida y 2. administración de 50 mg de morfina epidural en 5 horas
- No conocida: 5

Los tipos de errores objetivados en 90 incidentes comunicados, se distribuyeron de la siguiente forma (en algunos casos se producían más de un error):

- Por equivocación: 35 (38,9%) [Generalmente por falta de aplicación de prácticas seguras, falta de conocimiento o ambos]
- Por distracción: 37 (41,1%) [Olvido o falta de atención]
- Por transgresión: 8 (9%) [De protocolos, normativas, etc]
- Combinaciones: 10 (11%) [Generalmente equivocación y distracción]

Los tipos de incidentes fueron clasificados también en relación con los siguientes aspectos en orden decreciente:

- Con la medicación: 60 [El más frecuente, en 19 ocasiones, la confusión de la vía con administración i.v. de medicación epidural (a. locales y/o opioides), seguidos de errores en la administración (14), prescripción (13), indicación (8) o preparación (4)]. Errores repartidos por hospitales de toda la geografía española
- Clínicos: 14
- Con equipamiento: 6 (5 de ellos relacionados con la vía epidural)
- Con comunicación: 4
- Con organización: 3
- Con conductas: 2
- Otros: 2

El personal implicado en la presentación de los incidentes se distribuyó de la siguiente forma según los comunicantes (puede verse implicado más de un colectivo):

- Facultativo especialista (FE): 20 (24,4%)
- Diplomad@ en enfermería (DUE): 23 (28%)
- FE + DUE: 25 (30,5%)
- MIR Anestesia + FE y/o DUE: 11 (13,5%)
- Otros (auxiliar, celador, etc): 3 (3,6%)
- No referidos: 16

Los factores latentes relacionados con la presentación de los incidentes fueron analizados y situados en los siguientes ámbitos:

- Del paciente: 22 incidentes  
(riesgos asociados o patología previa)
- De la tarea: 41 incidentes  
(diseño inadecuado, falta de protocolos, desinformación, etc.)
- Del individuo: 76 incidentes  
(Prisa, saturación, cansancio, falta de conocimiento, inexperiencia, etc)
- Del equipo: 55 incidentes (generalmente fallos en la comunicación)  
(Comunicación, diferencia de criterio, fallo en la supervisión, etc.)
- Del lugar: 45 incidentes  
(Diseño, señalización, uso inadecuado)
- De la organización: 51 incidentes  
(Experiencia organizativa, cultura de seguridad, etc)

Por otro lado, lo habitual fue la combinación de varios factores latentes que influyeron en la presentación de cada incidente, como se expresa en la siguiente tabla.

<b>Factores latentes</b>	<b>Número y porcentaje</b>
Más de 1	84 (86%)
Más de 2	69 (70%)
Más de 3	41 (42%)
Más de 4	19 (19%)
Más de 5	2 (2%)

Como resultado del análisis de estos incidentes se propusieron medidas encaminadas a evitar su repetición. Medidas que incluían aspectos como:

- Presentación en sesión clínica
- Reunión / comunicación con otros estamentos, supervisores, responsables de otras unidades o servicios, comisión del bloque quirúrgico o comisión de seguridad del centro, proveedores, etc.
- Modificación o creación de protocolos, normativas, etc
- Implantación de listados de verificación en seguridad (checklist)
- Propuestas de formación
- Alertas en la red local, boletines, etc
- Cambios organizativos
- Retirada de material

- Etc.

## RESUMEN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Menos de un tercio de los hospitales adheridos a SENSAR comunicaron incidentes relacionados con el manejo del DPO. Esta actividad no parece estar ampliamente difundida entre los servicios de Anestesiología, probablemente en relación con poca dedicación al DPO por parte de sus miembros.

Los pacientes presentaron un amplio rango de edades, pero entre los diferentes grupos de edad fueron mayoría los ancianos (46%), y también estuvieron altamente representados los pacientes pluripatológicos con elevado riesgo anestésico (43% ASA III o IV).

Las especialidades más referidas fueron la Cirugía General y la COT en actividad programada. Los incidentes se produjeron principalmente en la URPA y en planta de hospitalización.

En 9 de cada 10 incidentes pudieron objetivarse errores activos. Aunque la mayoría de incidentes no tuvieron consecuencias importantes para los pacientes (82% no produjo daño, o sólo morbilidad menor) en dos casos se refirió morbilidad mayor.

Los principales errores activos fueron las equivocaciones relacionadas con la falta de la aplicación de prácticas seguras o inexperiencia y distracciones. En muchos casos se combinaron estos errores.

Mayoritariamente los incidentes se relacionaron con la medicación (más del 60%), entre los que destacan las referencias a los errores asociados con la vía administración (casi siempre en el mismo sentido: administración iv de fármacos que debían ser administrados por vía epidural. ¡Un 20% de los incidentes comunicados! ¡¡1 de cada 5!!), seguidos de errores en la administración, prescripción, indicación y preparación. En 5 de los 6 incidentes relacionados con el equipamiento también estuvo implicada la vía epidural.

No cabe relacionar la producción de estos incidentes con la actividad de un colectivo en particular, pues se reparten de forma parecida entre facultativos y DUEs, y en muchos casos intervienen conjuntamente ambos estamentos. La participación de los MIR fue escasa.

Entre los factores latentes, generalmente múltiples, estuvieron más representados los relacionados con el profesional (76%), el equipo (55%) o la organización (51%), que los relacionados con el lugar (45%), la tarea (41%) o los propios pacientes (22%).

A la vista de estos resultados parece justificada la realización de esfuerzos para mejorar la seguridad de los pacientes, combatiendo especialmente los errores de medicación (la confusión con la vía epidural es alarmante) y facilitando las medidas necesarias que mejoren el conocimiento y uso de prácticas seguras de profesionales, equipos y organización, en una actividad emergente en nuestros hospitales en la que se están produciendo importantes cambios, como es el tratamiento multidisciplinar del dolor postoperatorio.