



Boletín de actualización Septiembre 2013

Incluye sumario de incidentes relacionados con la seguridad del paciente comunicados al sistema.

Objetivos del Documento

- Presentar el sumario de los incidentes analizados y compartidos dentro de SENSAR
- Presentar y discutir casos que se repiten en diferentes hospitales (agregados)
- Presentar la memoria de actividad formativa de SENSAR en 2012
- Presentar la memoria de actividad de la web SENSAR.org en 2012
- Informar sobre los aspirantes a participar en SENSAR y la metodología para la formación e incorporación de los mismos.
- Informar sobre la iniciativa de aplicación de conexiones No-Luer a las técnicas de anestesia neuroaxial
- Presentar los objetivos de mejora para 2013-2014

Han participado en la elaboración del documento:

Nines de Miguel*, Adolfo Martínez**, Javier Jiménez***, Sonsoles Martín#, Pilar Cabrerizo*, Mercedes Ayuso###, Alejandro Garrido*, Juan Gómez Arnau####, Daniel Arnal####

*Hospital U. Gregorio Marañón, **Hospital U. Ramón y Cajal, ***Hospital U. Getafe, #Hospital de la Cruz Roja, ###Hospital U. Príncipe de Asturias, ####Hospital U. Fundación Alcorcón

Resumen de actividad comunicadora y analizadora:

- En Mayo de 2013 hay **76 hospitales** españoles adheridos a la red Sensar-Anestic, con **308 analizadores**.
- El **total de IC comunicados hasta diciembre de 2012** han sido **2775**.
- La **comunicación de todos los hospitales por semestres** desde el 2009 hasta Diciembre de 2012, ha sido la mostrada en la Figura 1:

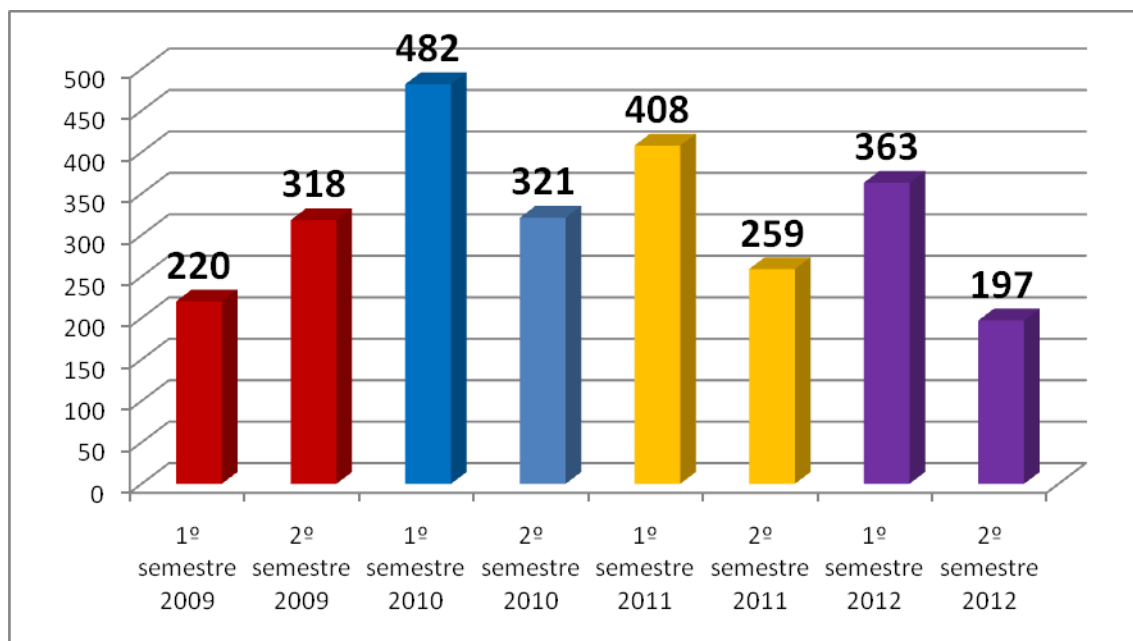


Figura 1

- La distribución del **análisis de IC de 2009 a 2012 por semestres** ha sido la siguiente:

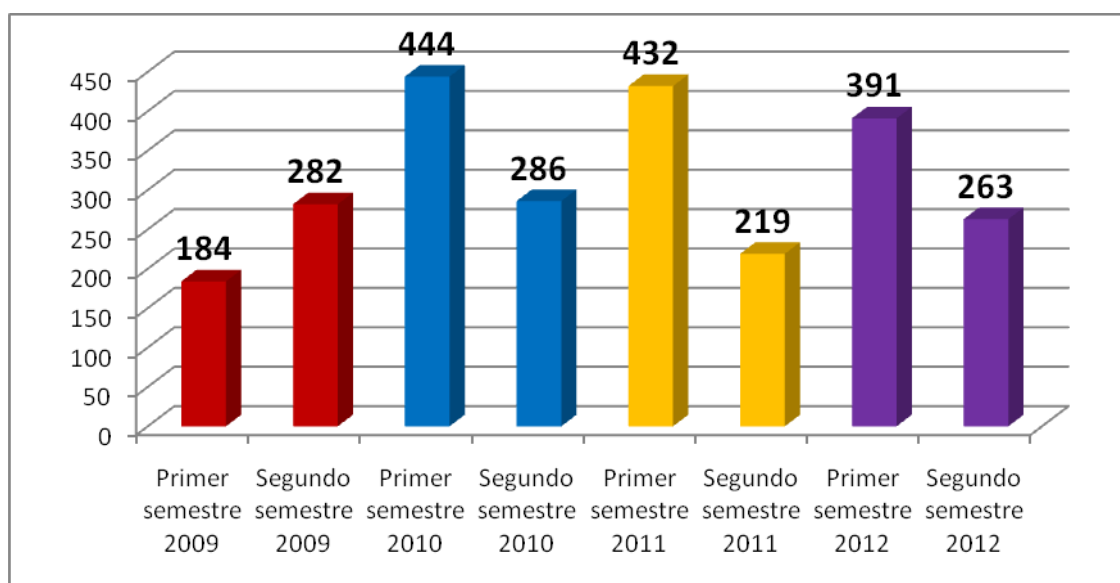


Figura 2

- En el año **2012** se han **comunicado** un total de 602 incidentes críticos (IC) y se han **analizado** 550.
- La **distribución de IC totales comunicados, analizados y pendientes de analizar en el año 2012** se muestra en la siguiente Figura:

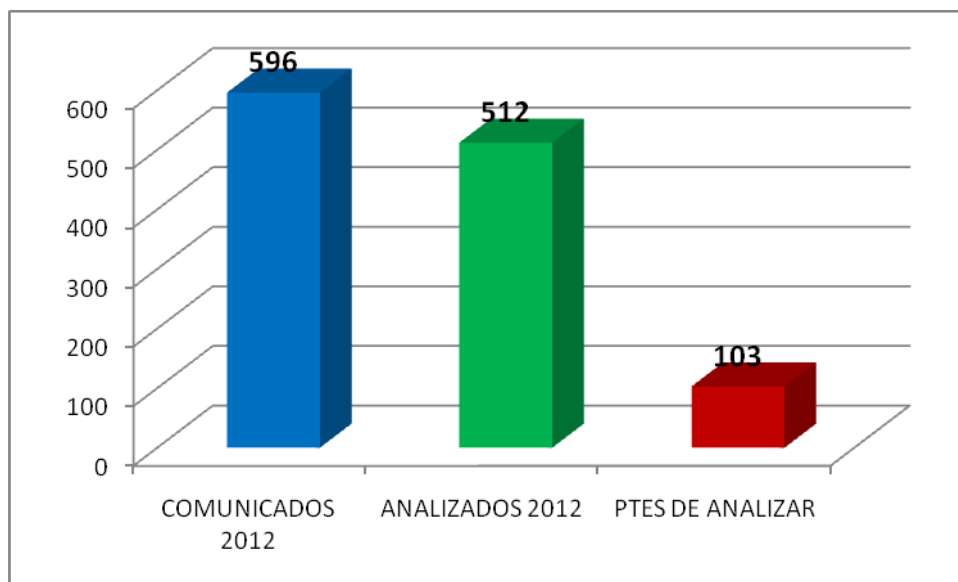


Figura 3

- La **comunicación total de IC en 2012 distribuida por comunidades autónomas (CCAA)** ha sido la que se muestra a continuación

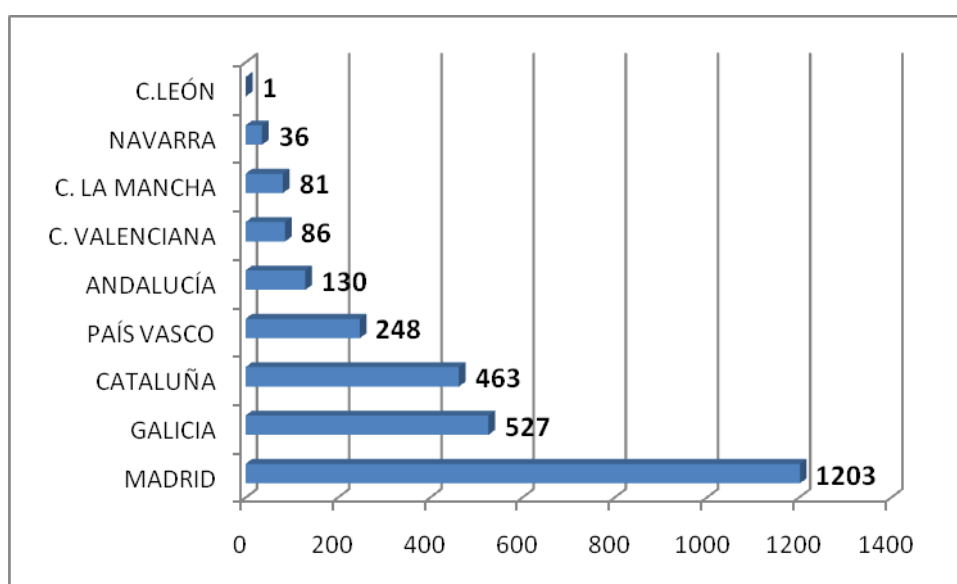


Figura 4

- La **actividad analizadora** total en 2012 distribuida **por CCAA** se muestra en la Figura siguiente:

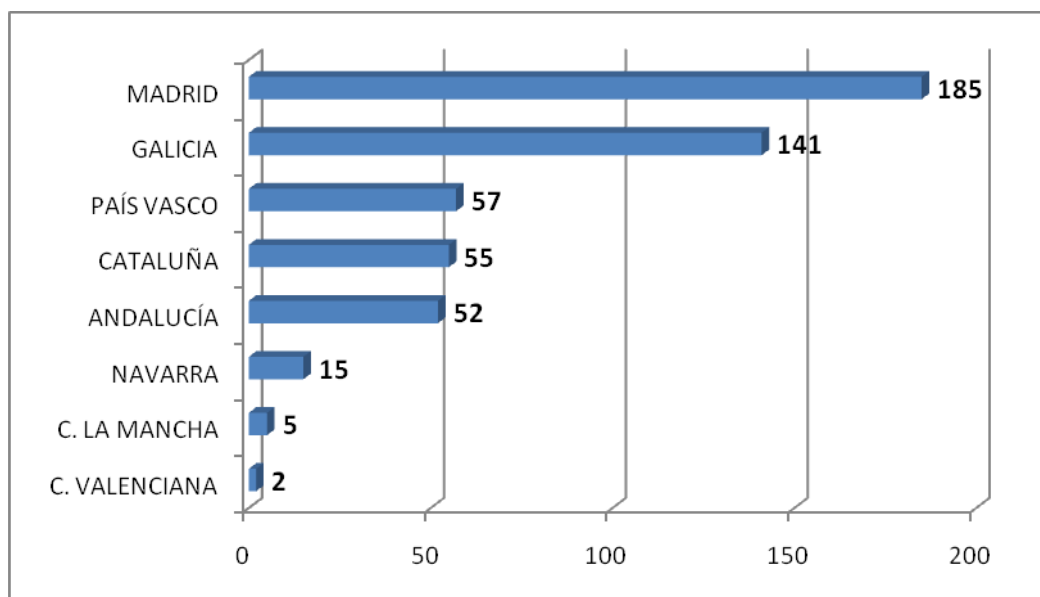


Figura 5

- La relación **comunicación/análisis/pendientes** de analizar en 2012 **por CCAA** se muestra en la Figura siguiente:

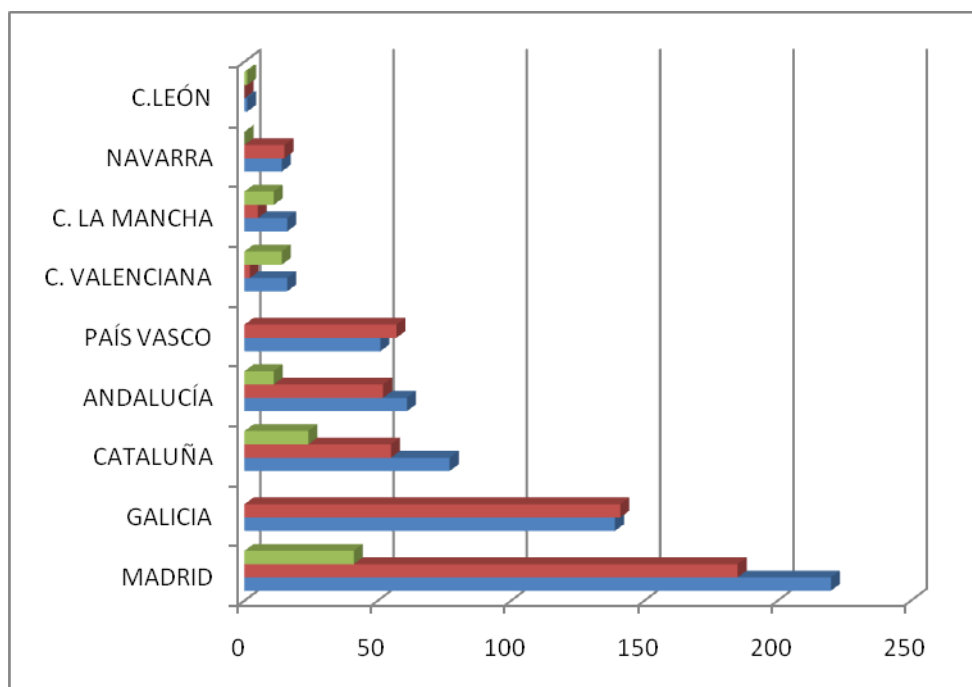


Figura 6

*En azul figuran los IC comunicados
 En verde los IC analizados
 En rojo los IC pendientes de analizar*

- La **clasificación** de todos **IC analizados** en **2012** por **error activo** se muestra en la Figura siguiente:

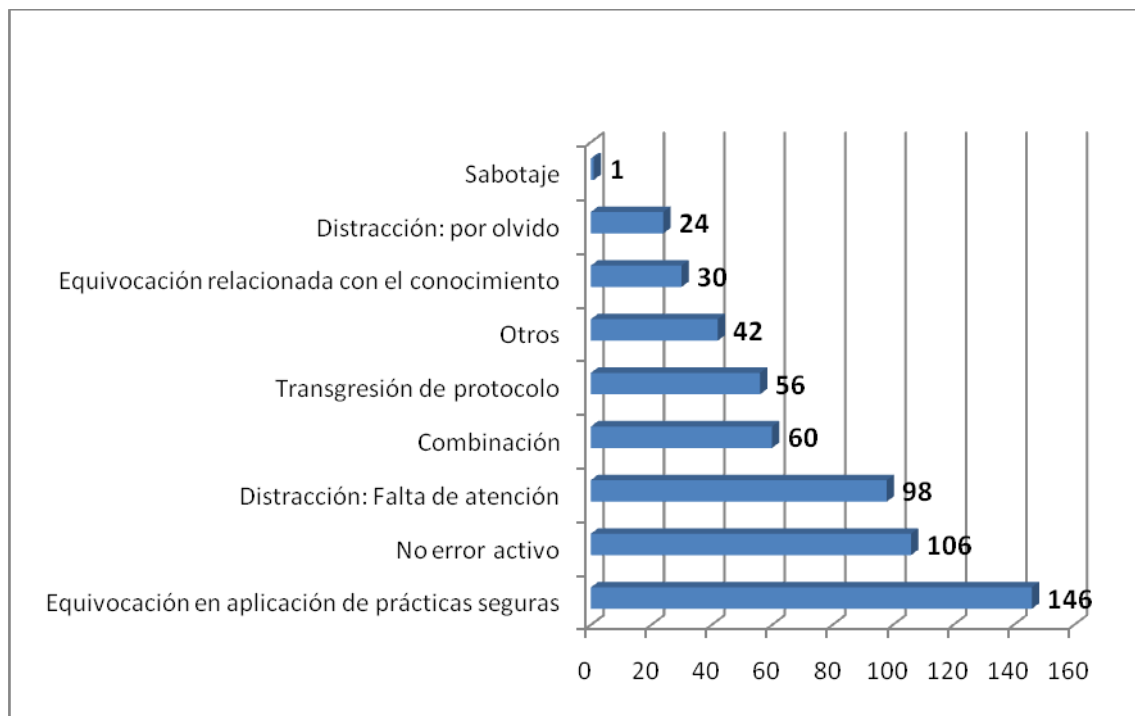


Figura 7

- La **clasificación** de todos los **IC analizados** en **2012** por **tipo de IC** es la siguiente:

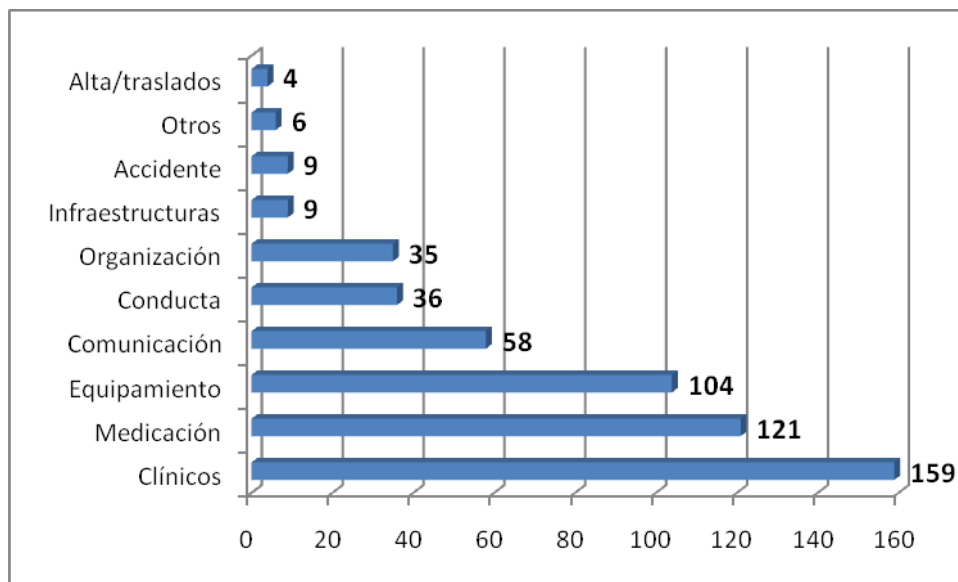


Figura 8

- La **morbilidad** de todos los **IC analizados** en **2012** se muestra en la siguiente Figura:

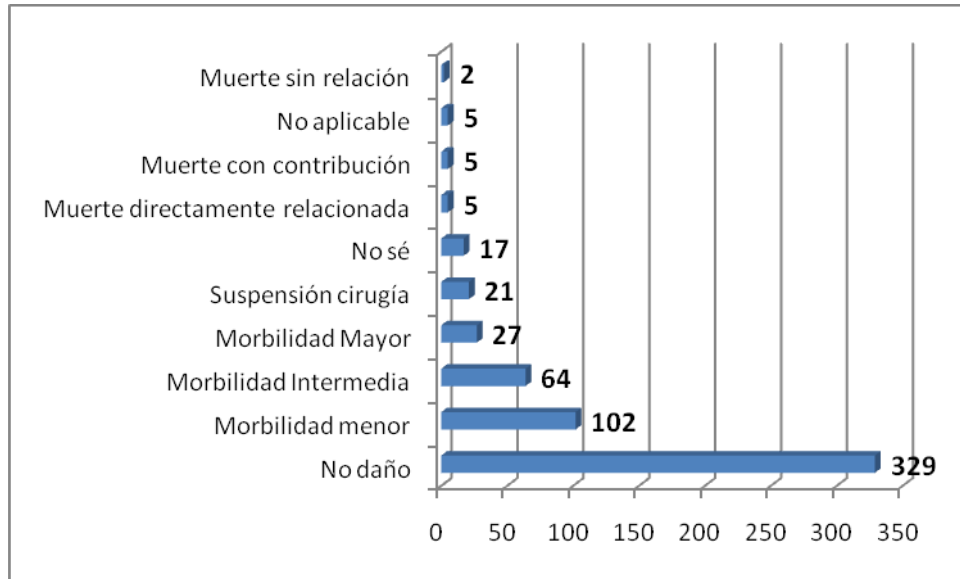


Figura 9

- Las **medidas adoptadas** para los IC analizados en el año **2012** han sido las que se reflejan en la figura siguiente:

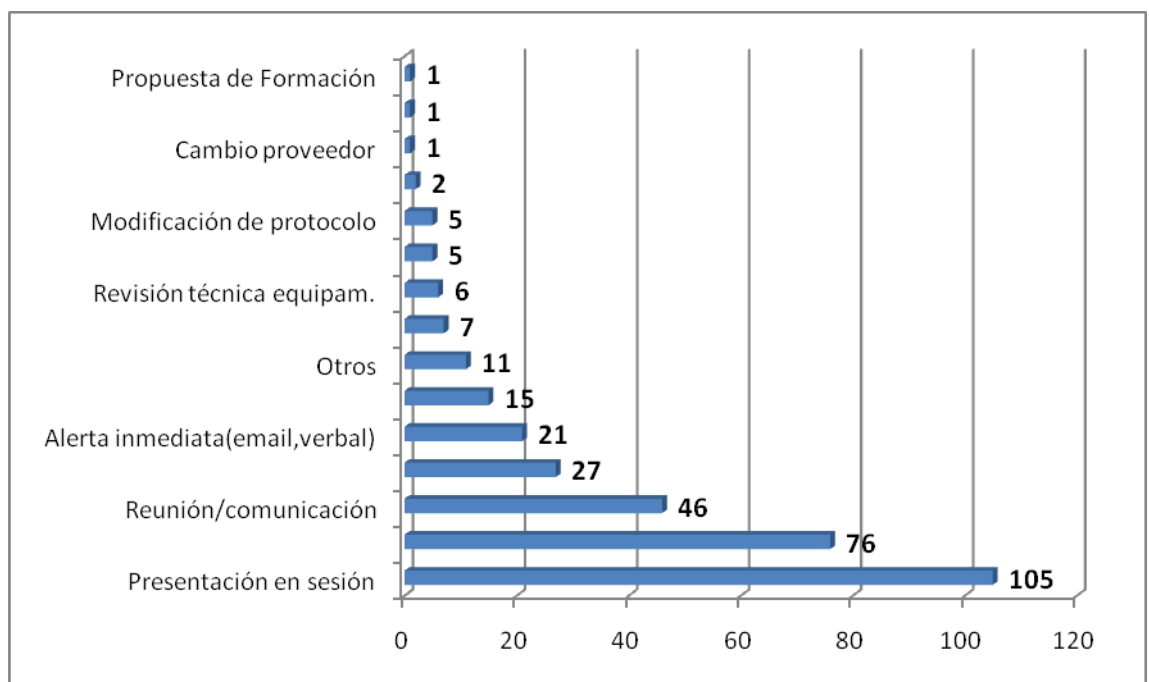


Figura 10

- Tras el análisis de los IC del año 2012, se encuentran **cerrados o pendientes de establecer las medidas adoptadas** según la figura siguiente:

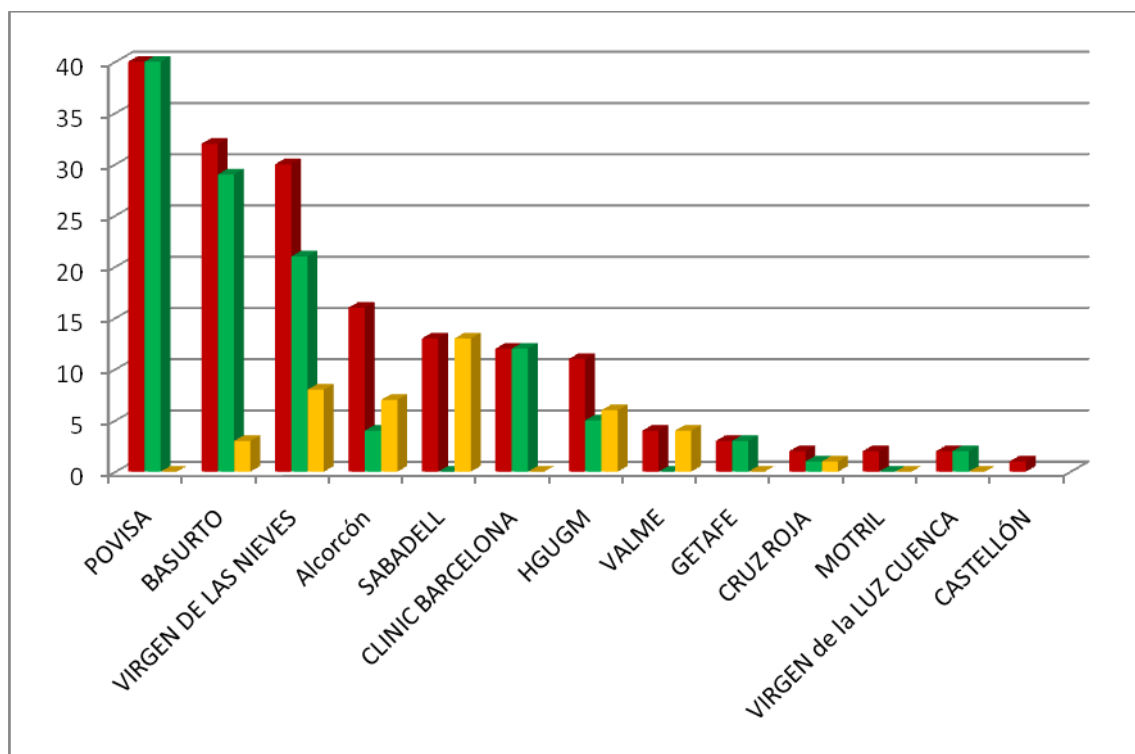


Figura 11

En rojo figuran los IC comunicados

En verde figuran los IC cerrados

En amarillo figuran los IC pendientes de implantar medidas

Los datos que se muestran en las gráficas previamente expuestas demuestran la necesidad de un renovado impulso en el proyecto de SENSAR. El sistema integra a un creciente número de hospitales sin que ello se traduzca en un aumento significativo de comunicaciones. Más aún, el número de comunicaciones se acerca más al primer año de funcionamiento del sistema, 2009, en el que sólo había incluidos una veintena de hospitales (Figura 3).

En los dos semestres del 2012, se recogen más número de análisis que de comunicaciones, probablemente por el retraso de los análisis frente a las comunicaciones, otro indicador indirecto de que la tendencia de comunicación de incidentes a SENSAR durante 2012 fue a la baja (Figura 4).

Es interesante señalar sin embargo, que los incidentes comunicados son, en general, adecuadamente analizados por los diferentes grupos de análisis. A pesar del descenso de actividad, que probablemente no se haya circunscrito a los comunicadores, sino que haya comenzado por los grupos de análisis, sólo el 17,3% de los incidentes comunicados en 2012 estaban pendientes de analizar a final de año (Figura 6).

La distribución histórica de incidentes comunicados por comunidades autónomas sigue favoreciendo a la Comunidad de Madrid (Figura 7), pero si se observa la actividad de 2012 se encuentra un claro incremento de Galicia, gracias al esfuerzo de los

compañeros del Hospital de Povisa, y en un segundo grupo País Vasco, Cataluña y Andalucía.

Los tipos de error más frecuentes durante el 2012 (Figura 11) son los clínicos seguidos por los de medicación, lo cual nos hace recordar la importancia de la difusión y seguimiento de las recomendaciones de manejo y etiquetado de medicamentos publicados por SENSAR en la Revista Española de Anestesia y Reanimación (REDAR). Les siguen los de equipamiento y, en cuarto lugar, los de comunicación. En este sentido, queremos recordar la importancia del entrenamiento de las habilidades de trabajo en equipo relacionadas con el factor humano y la importancia de un verdadero cumplimiento de la realización de los listados de verificación quirúrgicos como herramienta de mejora de la comunicación.

La morbilidad analizada en 2012 se ajusta a la pirámide típica (figura 12), con un claro predominio de los incidentes sin daño o morbilidad menor. Es importante señalar, no obstante, la comunicación de 10 incidentes en los que se produjo la muerte directamente relacionada con el incidente o con contribución del mismo. Estos incidentes muestran la madurez de la cultura de seguridad en los centros donde se han comunicado con un claro compromiso de los anesestesiólogos y enfermeras participantes en el aprendizaje de los errores y muestran la confianza en que el sistema ejerce una labor no punitiva para los profesionales.

El verdadero valor de SENSAR son las medidas propuestas y adoptadas por los diferentes servicios. La figura 13 muestra la distribución de las mismas, con un lógico predominio de la presentación en sesión del incidente, como medida básica de feedback a los comunicadores, pero con el desarrollo de al menos 27 alertas y el desarrollo o modificación de 20 protocolos como otras medidas destacadas.

Como autocrítica constructiva, debemos reconocer que los diferentes grupos de SENSAR hemos sido poco comunicativos a lo largo de 2012 en la tarea de compartir todas esas medidas con el resto del sistema. El desarrollo de la intranet SENSAR de escuelaSENSAR es la herramienta que se ha puesto en marcha para corregir este punto y, a tenor de la actividad de sus primeros meses de existencia, está siendo muy efectiva.

Incidentes agregados: Casos similares que se detectan en diferentes hospitales

Una de las ventajas de un sistema multihospital es la posibilidad de detectar incidentes que se repiten en diferentes hospitales para centrar la atención con mayor intensidad en sus causas y permitir aprender y corregir los factores latentes encontrados. A continuación, se presentan dos grupos de incidentes de estas características:

Incidentes relacionados con el látex

Hemos encontrado en total 30 incidentes provocados por el látex y la posibilidad de ser alérgico al mismo. La mayoría de ellos son transgresiones del protocolo del que dispone el centro. La actitud varía mucho según el profesional, en lo que respecta a la suspensión del acto quirúrgico previsto. Pocos casos tienen repercusión clínica para el paciente.

1. Casos en que no se sigue el protocolo del centro: 19. La valoración que se hace sobre si los incidentes tienen repercusión o no, es variable. En algunos casos no se considera repercusión que se suspenda el procedimiento y en otros casos sí. Solo 1 de estos 19 casos presentó complicaciones clínicas para el paciente. En cuanto a las suspensiones, en 9 casos se suspende el acto previsto y en un caso se suspenden 2 intervenciones debido a lo que se prolonga el caso en que el paciente alérgico al látex no había sido premedicado adecuadamente. En los 9 casos restantes se realiza la intervención a pesar de la transgresión del protocolo.
2. En 5 casos se conoce previamente al procedimiento que el paciente es alérgico pero se ve expuesto al látex:
 - a. En 4 de estos casos no sucede nada a pesar de la exposición al látex.
 - b. Un paciente se opera con guantes de látex y presenta episodio de broncoespasmo, desaturación e hipotensión. Se recupera con tratamiento a base de corticoides y broncodilatadores sin problemas.
3. En la siguiente tabla se reseñan los 4 casos en los que se produce alguna alteración clínica en el paciente:

Incidente	Alergia conocida	Exposición a látex	Pruebas diagnóstico	Clínica	Secuelas
1	Si	Si (guantes)	No consta	Broncoespasmo Desaturación Hipotensión	no
2	No	Si	No consta	Broncoespasmo Hipotensión Edema general Edema de lengua Parada	Coniotomía Urgente
3	No	Si	Si	Edema de úvula	no
4	No (dudoso)	Si	Si	Broncoespasmo Reacción cutánea	Insuficiencia Respiratoria postoperatoria

- En Anestic no constan los resultados de las pruebas de confirmación del diagnóstico.
- Hay secuelas al acabar la intervención:
 - El 2º caso se produce tras extubar al paciente. Las dificultades para intubar por el edema de glotis acaban produciendo parada cardiorrespiratoria. Se soluciona con coniotomía urgente. Dado que no era alérgico conocido se sospecha alergia al látex o a antibióticos. Se prolongó la estancia hospitalaria 24 – 48 horas.
 - El 4º caso se produce tras colocar sonda nasogástrica de látex. Provoca insuficiencia respiratoria postoperatoria que requiere ventilación mecánica no invasiva y fisioterapia intensa.

Casos de lesión ocular

- Tras una anestesia general para una cirugía de cabeza y cuello, en la URPA el paciente se queja de dolor y sensación de cuerpo extraño en ojo izquierdo. Se objetiva hiperemia conjuntival. Se avisa a Oftalmología para valoración y se procede a oclusión del ojo.
- Paciente que sufre traumatismo craneoencefálico grave y se le realiza craneotomía descompresiva. Ingresa en Reanimación donde se mantiene sedo-analgesiado. A las 72 horas de ingreso se ve opacificación de córnea derecha. Los oftalmólogos le objetivan lente de contacto en ojo derecho que se ha sobreinfectado. La familia no ha avisado de que la paciente era portadora de lentillas y a pesar de haber explorado pupilas tanto por personal médico como de enfermería no se ha visto que llevara dicha lente.

La lesión ocular más frecuente tras cirugía no oftalmológica es la abrasión corneal. No suele dejar secuelas, aunque puede producir dolor y gran malestar del paciente.

Por sus características anatómicas, la córnea es extremadamente sensible a la hipoxia.

ES RESPONSABILIDAD DEL ANESTESIOLOGO CONOCER LAS CAUSAS DE LA LESIÓN OCULAR Y LA ADOPCIÓN DE LAS MEDIDAS PROTECTORAS.

En el periodo perioperatorio el 20% de las abrasiones corneales se producen por trauma directo o por lesión química. Sin embargo, la mayor parte de las veces se producen por el lagofthalmos (imposibilidad de los párpados de cerrarse completamente) que sufren hasta el 59% de los pacientes bajo anestesia general, resultando en sequedad corneal. La anestesia general también disminuye tanto la producción como la estabilidad de la lágrima, y abole el fenómeno de Bell por el que el globo ocular se gira hacia arriba durante el sueño para proteger la córnea.

Durante el período del sueño los ojos se mantienen cerrados debido a la contracción del músculo orbicular ocular. En los estados de sedación o coma este músculo se relaja, lo que dificulta el cierre ocular pasivo completo. Adicionalmente, la sedación y el coma pueden comprometer los movimientos oculares aleatorios, la película lacrimal y la pérdida del reflejo de parpadeo. En ese sentido, en los pacientes ingresados en UCI, los mecanismos de lubricación y protección ocular pueden estar comprometidos. En estudios aleatorios y controlados, la tasa de ocurrencia de lesión en la córnea en pacientes de UCI permaneció entre 3,33% y 22%.

El ojo se puede lesionar por la mascarilla facial, las manos del anestesiólogo, el laringoscopio, los paños quirúrgicos, instrumentos quirúrgicos, las preparaciones antisépticas, o el efecto irritante directo de los anestésicos inhalatorios. En el periodo postoperatorio la lesión se puede producir por la mascarilla facial, los dedos del propio paciente, o las sábanas. También puede producirse abrasión corneal en anestésias regionales, en sedaciones, o en el periodo de recuperación postanestésica. Se da más frecuentemente en cirugías en prono o en decúbito lateral, y en cirugías de cabeza y cuello, o en cirugías más largas de 90 minutos.

Aunque se han probado diferentes métodos para la protección ocular en cirugía no oftalmológica (simple oclusión de los párpados, instilación de pomadas de parafina o de metilcelulosa, de soluciones acuosas, o de geles viscosos, o inserción de lentes de contacto hidrofílicas), hay pocos estudios que comparen su eficacia.

Recomendaciones:

No se recomienda la instilación rutinaria de soluciones acuosas, geles ni pomadas durante el periodo perioperatorio, ya que no aumentan significativamente la protección y, sobre todo las pomadas, pueden aumentar la morbilidad ocular (visión borrosa, sensación de cuerpo extraño, edema palpebral, eritema conjuntival, etc). Si se abren a menudo los párpados para comprobar la dilatación pupilar, se pueden utilizar periódicamente soluciones acuosas transparentes o geles.

Se recomienda tapar inmediatamente los ojos después de la inducción anestésica. Para los pacientes que se intervienen en prono, se debe evitar presión sobre los ojos y mantener la cabeza en posición neutra para no aumentar la presión intraocular que se puede producir como consecuencia del aumento de la disminución del retorno venoso.

En la URPA evitar que el paciente se frote los ojos y comprobar periódicamente la correcta colocación de la mascarilla facial y/o de las cánulas nasales.

Actividad Formativa:

- Reunión SENSAR Madrid (Junio 2012)
- Sesiones clínicas de introducción de SENSAR
 - Ávila
 - Valencia
 - León
 - Albacete
 - Orense
 - Madrid (2)
- Curso de Seguridad del paciente SENSAR-SAR Madrid 2012
- Taller Seguridad del Paciente SEDAR 2013 (Marzo)
- Ponencia ESA 2012
- Ponencia Incidentes en Anestesia Regional
- Ponencia Incidentes en Dolor
- Ponencia en Congreso Mundial Argentina 2012
- Monográfico REDAR Sobre Seguridad del Paciente
- Ponencias SEDAR Marzo 2013 (3)

Memoria de actividad de Web SENSAR en 2012:

Alertas:

- 8/6/12- Sugammadex*
 - 7/6/12- Sobredosificación Paracetamol (AEMPS)
 - 4/6/12- Síndrome compartimental*
 - 3/4/12 Paracetamol (AEMPS)
 - 23/3/12 TEP y aticonceptivos*
 - 23/3/12 DAI fuera de quirófano*
- (*privadas)

Noticias sobre Seguridad del Paciente:

- Curso SENSAR-SAR Madrid 2012 (x2)
- Tarjeta Vía Aérea Difícil SAR Madrid
- Memoria actividad Cuenca
- Curso Seguridad Paciente ICOEM
- Etiquetado Atropina/Adrenalina
- Cambio dirección AEMPS
- Guías ASRA Intoxicación Anestésicos locales
- VI Conferencia de seguridad del paciente

Divulgación/Formación recogidas en la web SENSAR.org:

- Ponencia ESA 2012
- Checklist paciente crítico Reanimación
- Handoff Reanimación

- Suplemento seguridad REDAR
- Control Infección Anestesia
- Curso Virtual OMS
- Curso Riesgo Sanitario ICOEM
- Comunicación AAEAR IC relacionados con dolor
- Publicaciones Etiquetado nuevas
- Libro/monográfico ESA Seguridad en Anestesia

Hospitales candidatos a ingresar en SENSAR:

En Septiembre de 2013 acaban de ser incorporados o están a punto de hacerlo los siguientes hospitales:

- Figueres (incluido en Junio 2013)
- Móstoles (Madrid) (incluido en Junio 2013)
- Quirón Marbella
- Hospitales Madrid (Grupo privado)
- Teruel
- Oviedo
- Hospital La Moraleja (Madrid)
- Andorra
- Arrecife (Fuerteventura)
- Quirón Málaga
- Hospital IDCSalud-Clideba (Badajoz)

Plan de Formación e incorporación de hospitales a SENSAR

La junta directiva de SENSAR está elaborando un plan de incorporación de estos hospitales y de los aspirantes futuros cuyo borrador es el siguiente:

Los requisitos básicos elementales en la actualidad para participar en SENSAR son los reflejados en la sección de FAQ correspondiente de nuestra web.

Los siguientes pasos a seguir serían los siguientes:

1.- Definición de grupo de analizadores:

- El grupo se compone de analizadores (uno de ellos deberá ejercer de coordinador) y responsable ejecutivo. Los analizadores y coordinador se encargan del análisis de incidentes. El responsable ejecutivo suele ser el jefe de servicio/sección con capacidad para poner en marcha las medidas propuestas por los analizadores.
- Se seleccionará un grupo de al menos 3 personas (un número ampliable en caso de grandes plantillas) interesados en la seguridad del paciente. Serán el grupo de analizadores en su servicio.
- Se enviará la relación de analizadores señalando quién ejercerá labores de coordinación y contacto con SENSAR con
 - Nombre y apellidos
 - Correo electrónico
 - Teléfono de contacto (del coordinador)

2.- Formación en Seguridad del Paciente (Analizadores y responsable ejecutivo)

- En la actualidad, SENSAR tiene programado un Curso de Seguridad del Paciente en Anestesiología (inicio el 10 de Octubre online, con una jornada presencial el sábado 19 de Octubre). Más información: <https://www.sensar.org/curso-de-seguridad-del-paciente-en-anestesia-2013/>

- Sería deseable que el mayor número de participantes del grupo tomaran parte del curso.

3.- Sesión formativa del servicio

- Una vez acordada la fecha y hora más conveniente según su planificación de sesiones, un miembro de un hospital con amplia experiencia en SENSAR, en la medida de lo posible perteneciente a un hospital cercano geográficamente, se desplazará a su centro a impartir una sesión formativa sobre seguridad del paciente y funcionamiento de SENSAR dirigida a todo el servicio (idealmente a todos los profesionales que vayan a comunicar incidentes).
 - En caso de precisarse, el hospital aspirante deberá hacerse cargo de los costes de desplazamiento y/o alojamiento del ponente.

4.- Jornada formativa de analizadores

- Jornada de 4-5 horas aproximadas de formación de los analizadores en el manejo de la aplicación de ANESTIC, el análisis de incidentes y la retroalimentación a los comunicadores. Habitualmente, se aprovechará la mañana a continuación de la sesión formativa del servicio.

5.- Acceso a la comunicación y análisis de incidentes

6.- Formación continuada de analizadores

Tras la formación, los miembros del grupo de análisis tendrán acceso a la Intranet SENSAR dentro de escuelaSENSAR, herramienta de coordinación y formación continuada

Iniciativa de sistemas no Luer para epidurales:

La casuística registrada de conexiones equivocadas entre líneas de medicación epidural con intravenosa (IV) o viceversa muestra que es un problema recurrente mucho más frecuente de lo que suponíamos.

Sabemos que ha ocurrido igual en el Reino Unido y probablemente en otros países. Desde 2009 el Reino Unido (RU) ha venido impulsando el desarrollo de equipos de anestesia-analgésia de neuroeje no-Luer y por tanto no compatibles con las líneas IV.

Una vez que la industria desarrolló prototipos y posteriormente equipos de anestesia intradural, comenzaron las pruebas de los dispositivos.

En nuestro conocimiento se han publicado 2 estudios comparando varios equipos de anestesia intradural en RU y otro en EEUU, y varios editoriales y artículos especiales. Sin embargo no conocemos ninguno que haya evaluado dispositivos de anestesia epidural. Por otra parte, cada fabricante ha utilizado su propio diseño, introduciendo un nuevo factor de confusión en el tema. Es de reseñar que la utilización de estos equipos sólo precisa la marca CE, por lo que cualquier nuevo dispositivo que tenga dicha marca puede ser comercializado libremente aunque no haya sido probado siquiera en maniqués.

Actualmente la organización ISO (International Organization for Standardization) desarrolla un estándar de conector para aplicación neuraxial (IEC/CD 80369-6) pero no será publicado antes de 2015. Por ello, algún fabricante como Smiths Medical ha suspendido la comercialización de los nuevos equipos no-Luer (Correct Inject de Portex) en todo el mundo salvo en aquéllos países donde ya se estaban utilizando (RU, Australia, Nueva Zelanda), por lo que el estudio previsto realizar en nuestro país con la participación de SENSAR ha sido suspendido.

No sabemos con precisión qué harán otros fabricantes como Vygon, Sarstedt, Pajunk, Braun, Polymedic, etc. que ya tienen dispositivos pero en cualquier caso, es preocupante que la introducción de este nuevo equipamiento pueda dar lugar a nuevos problemas.

Mientras tanto, queremos repetir la necesidad de etiquetar apropiadamente las líneas de medicación de neuroeje con color amarillo de acuerdo con las recomendaciones de SENSAR/SEDAR/ISPM y realizar siempre doble comprobación en cada uno de los múltiples pasos que entraña la administración de cualquier medicamento.

Objetivos para el 2013-2014:

- Declaración como Asociación de utilidad pública
- Desarrollo de Intranet SENSAR
- Publicación de Casos clínicos trimestrales
- Boletines Semestrales
- Kit de inicio SENSAR: Reglar entrada en SENSAR
- Curso de Seguridad del Paciente (2ª edición)
- Cursos de Formación Online:
 - Comunicadores
 - Analizadores
 - Potenciar el aprendizaje de Factor Humano