



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



SENSAR

Sistema Español de Notificación
en **Seguridad** en Anestesia y Reanimación

SENSAR: incidentes comunicados SARTD CHGUV en mayo-junio 2016

**Dra Elena Biosca
Dr Carlos L. Errando**



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 12 de Julio de 2016**



- Sistema de comunicación, análisis y gestión de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en Anestesiología y Cuidados Críticos.
- Sistema de Aprendizaje
 - No punitivo
 - Anónimo
 - Confidencial





- OBJETIVO PRINCIPAL:

LA PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE





- INCIDENTE: cualquier circunstancia que suponga o pueda suponer un riesgo innecesario para el paciente durante la atención sanitaria



- búsqueda de fallos sistemáticos del sistema que producen agujeros en las barreras de seguridad (o factores latentes)



S SENSAR

Mejorar la
comunicación
de incidentes

Fomenta la
búsqueda de
soluciones

Aumenta la
seguridad del
paciente

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO DE NOTIFICACIONES DE EFECTOS ADVERSOS



SINEA

SISTEMA DE INFORMACIÓN DE REGISTRO
DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS

 **GENERALITAT VALENCIANA**
CONSEJO DE SALUD

 **AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT**

MANUAL DE CRISIS EN ANESTESIA Y PACIENTES CRÍTICOS SENSOR



Editores:

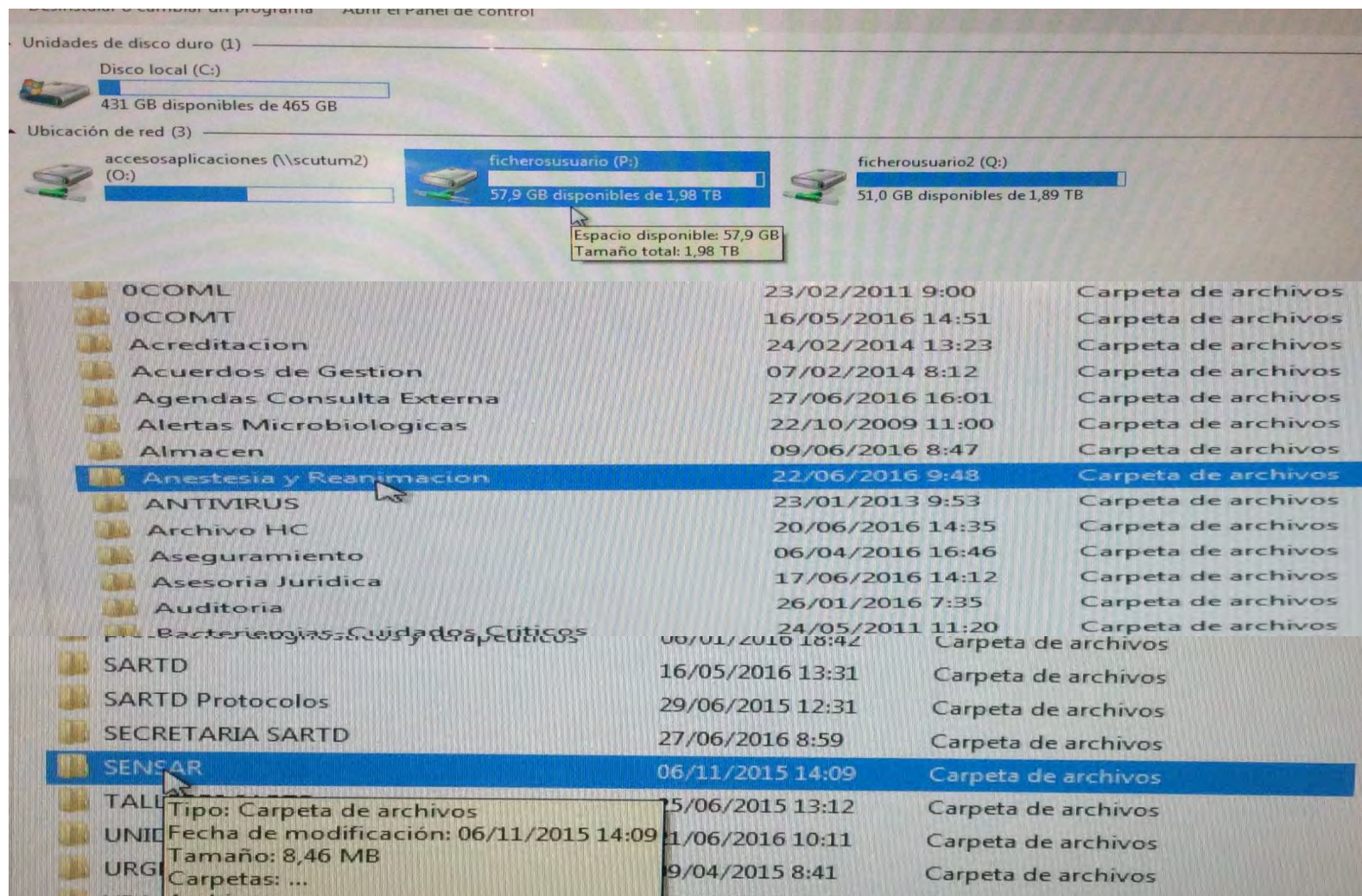
F. Cassinello
D. Arnal
J. I. Gómez-Arnau
D. Borshoff



1. Taquicardia ventricular inestable o fibrilación
2. Asistolia
3. Disociación electromecánica
4. RCP en la embarazada
5. RCP en el recién nacido
6. RCP en el niño
7. Vía aérea difícil prevista
8. Vía aérea difícil imprevista
9. Anafilaxia
10. Laringoespasma
11. Broncoespasmo
12. Fuego en vía aérea
13. Aspiración pulmonar
14. Neumotórax
15. Edema pulmonar
16. Isquemia miocárdica
17. Hemorragia masiva
18. Toxicidad por anestésicos locales
19. Hipertermia maligna
20. Bloqueo espinal total
21. Despertar intraoperatorio
22. Retraso en el despertar
23. Reacción transfusional
24. Fallo de suministro eléctrico
25. Fallo de suministro de oxígeno
26. Fuego en el paciente
27. Síndrome compartimental abdominal
28. Sepsis
29. Tromboembolismo pulmonar
30. Embolismo aéreo
31. Embolismo de líquido amniótico
32. Hipoxia
33. Aumento de presión en vía aérea
34. Disminución de presión en vía aérea / Desconexión
35. Aumento del CO₂ espirado
36. Disminución del CO₂ espirado
37. Diagnóstico diferencial en el shock
38. Bradicardia
39. Hipotensión arterial
40. Hipertensión arterial
41. Taquicardia supraventricular
42. Taquicardia ventricular estable
43. Oliguria
44. Hiperpotasemia
45. Listado de verificación quirúrgica
46. Estándares de monitorización SEDAR-WPSA
47. Verificación de la máquina de anestesia F
48. Prevención de fuego en quirófano
49. Protocolos disponibles en postoperatorio
50. Respuesta al evento adverso
51. Análisis de incidentes



SENSAR



Unidades de disco duro (1)

Disco local (C:)

431 GB disponibles de 465 GB

Ubicación de red (3)

accesosaplicaciones (\\scutum2) (O:)

ficherosusuario (P:)

57,9 GB disponibles de 1,98 TB

ficherosusuario2 (Q:)

51,0 GB disponibles de 1,89 TB

Espacio disponible: 57,9 GB
Tamaño total: 1,98 TB

Nombre	Fecha de modificación	Tipo
0COML	23/02/2011 9:00	Carpeta de archivos
0COMT	16/05/2016 14:51	Carpeta de archivos
Acreditacion	24/02/2014 13:23	Carpeta de archivos
Acuerdos de Gestion	07/02/2014 8:12	Carpeta de archivos
Agendas Consulta Externa	27/06/2016 16:01	Carpeta de archivos
Alertas Microbiologicas	22/10/2009 11:00	Carpeta de archivos
Almacen	09/06/2016 8:47	Carpeta de archivos
Anestesia y Reanimacion	22/06/2016 9:48	Carpeta de archivos
ANTIVIRUS	23/01/2013 9:53	Carpeta de archivos
Archivo HC	20/06/2016 14:35	Carpeta de archivos
Aseguramiento	06/04/2016 16:46	Carpeta de archivos
Asesoría Jurídica	17/06/2016 14:12	Carpeta de archivos
Auditoria	26/01/2016 7:35	Carpeta de archivos
Baracteriologias, Cuidados Criticos y Hospitales	24/05/2011 11:20	Carpeta de archivos
SARTD	16/05/2016 13:31	Carpeta de archivos
SARTD Protocolos	29/06/2015 12:31	Carpeta de archivos
SECRETARIA SARTD	27/06/2016 8:59	Carpeta de archivos
SENSAR	06/11/2015 14:09	Carpeta de archivos
TALLER	15/06/2015 13:12	Carpeta de archivos
UNIDAD	11/06/2016 10:11	Carpeta de archivos
URGENTE	19/04/2015 8:41	Carpeta de archivos

Tipo: Carpeta de archivos
Fecha de modificación: 06/11/2015 14:09
Tamaño: 8,46 MB
Carpeta de archivos

ANESTIC

INTRODUZCA USUARIO Y CONTRASEÑA

INFORMAR DE UN INCIDENTE

Usuario *

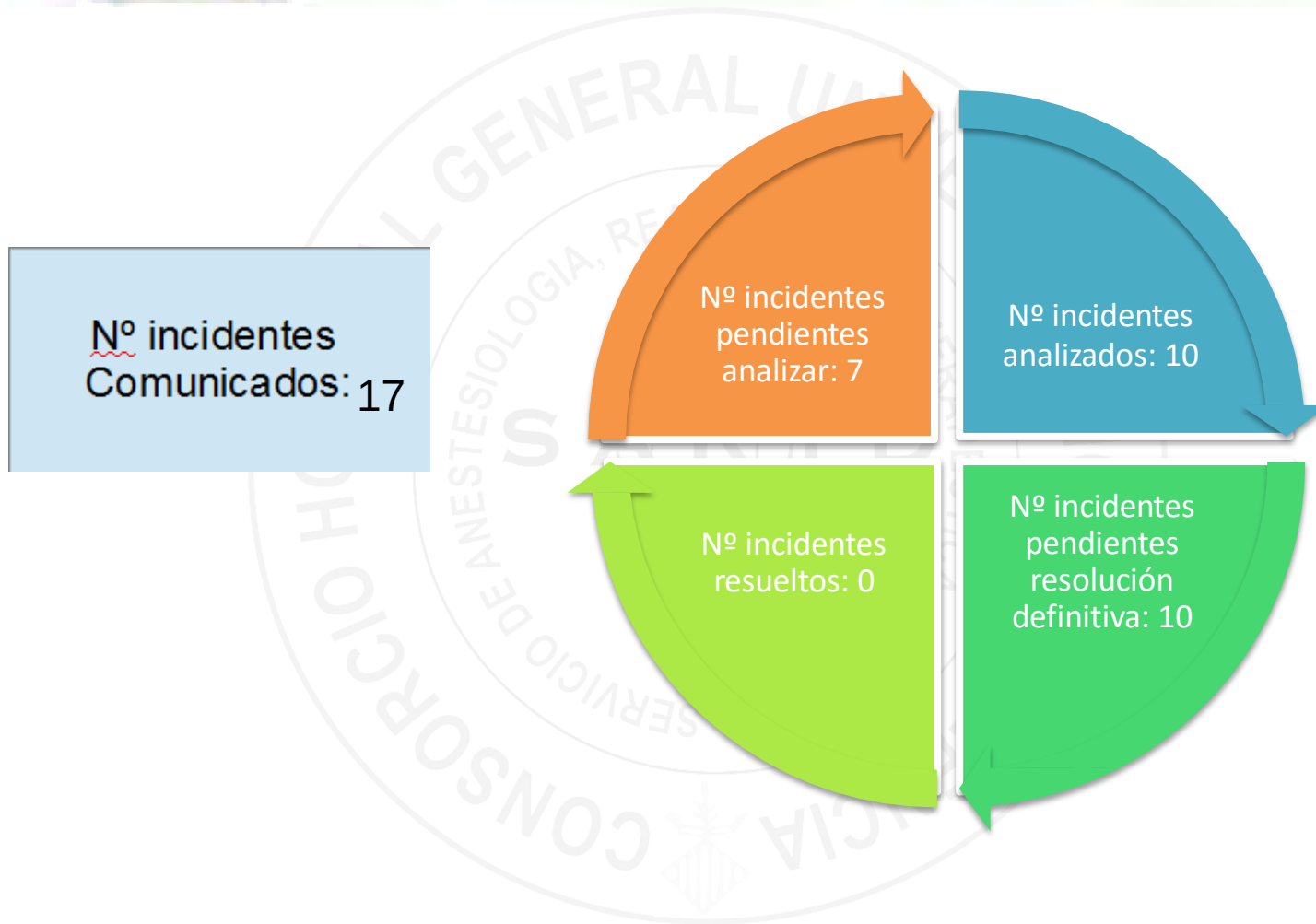
anestesia0513

Contraseña *

chguv

Entrar

¿Olvidó su contraseña?



• CASOS COMUNICADOS:

- Inadecuada aplicación de protocolo o falta de protocolo optimización de hemoglobina
- embarazada VIH + que no ha informado a la pareja de su enfermedad
- Suspensión de la cirugía programada por programarla antes de realizarse la VPA y no comprobar posteriormente si había alguna contraindicación.
- Se pide pruebas preoperatorias no indicadas a pacientes ASA I, para CMA
- El comunicador refiere cirugía vascular con anestesia local sin atención anestésica, en pacientes programados para cirugía con anestesia
- Probable avería del BIS quirófano 20
- Equivocación al infundir un gotero con remifentanilo en caída libre en vez de bomba de infusión
- Vía aérea difícil conocida no señalizada en la VPA actual

• CASOS COMUNICADOS

- Pérdida accidental via periférica
- Similitud de los nuevos viales de suero fisiológico de 10 ml al 0,9% con otros viales (Lido, Glucosa)
- EL FE anestesiólogo sufre lipotimia mientras realizaba su trabajo en paritorio que podría ser debido a altas temperaturas en el mismo
- se percibe una fuga en un respirador una vez inducido el paciente, mediante audición, sin saltar alarmas
- En el checklist prequirúrgico la paciente refiere ser "portadora" de VHC. En la VPA no consta. Si en la HC de ginecología.
- En el quirófano hay ampollas de agua destilada que no se precisan para ninguna indicación esencial
- Parada cardíaca en sala de hospitalización en la que en el carro hay un tamaño único de mascarillas faciales y no hay disponibilidad de llaves de tres pasos para administración de medicación, con el riesgo de punciones accidentales dada la situación de emergencia.
- Colonoscopia con sedación en paciente muy anciano y muy deteriorado
- Paciente operada de hernia discal lumbar. En el postoperatorio inmediato se detecta en URPO paresia de miembro superior izquierdo. Se atribuye a compresión del plexo braquial axilar por el trineo en que se coloca a la paciente en decúbito prono.

- CASOS COMUNICADOS

- Fuga del respirador en paciente anestesiado, sin alarmas que alerten

Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2013;60(Supl 1):4-10



Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



RECOMENDACIONES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Directrices de procedimientos de comprobación y validación (“chequeo”) previos a la anestesia de la SEDAR

F. Cassinello^{a,*}, J.J. Ariño^b, A. Bartolomé Ruibal^c, J.C. de la Pinta^a, F.B. de la Quintana^d, M.E. Espinosa^e, F. Gilsanz^f, J. Gómez-Arnau^c, A. González Arévalo^c, L. López-Quero^g, J.L. López-Romero^h, E. Moretⁱ, I. Mourelle^j, A. Pensado^k, A. Planas^l, F. Pérez-Cerdá^m y R. Rincónⁱ; Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor para el desarrollo de Directrices para procedimientos de chequeos previos a la anestesia de la SEDAR

- Directrices chequeo previos a la anestesia (previo cada jornada)
 - 1. Inspección general inicial
 - 2. Conexión eléctrica y puesta en marcha
 - 3. Verificar conexión gases
 - 4. Comprobar medios ventilación alternativos
 - 5. Verificar aspiración
 - 6. Comprobar vaporizadores
 - 7. Comprobar suministro gases
 - 8. Comprobar sistemas lavado O2, calibración y monitorización O2, y el fallo



- Equipo o material auxiliar
 - Laringoscopio y palas de distinto tamaño
 - MF, Cánulas Guedel, ML y TET de diferentes tamaños
 - Fiador y pinzas de Magill
 - Cánulas iv, sueros y sistemas de suero con llaves 3 pasos.
 - Fonendoscopio
 - Bolsa autoinflable (ambú)
 - Manguito PANI, ECG, pulsioxímetro, capnógrafo
 - Aspirador
 - Desfibrilador
 - Carro intubación difícil





- La responsabilidad última del “chequeo” es del anesthesiólogo.
- Medida de seguridad
- Desarrollo por cada departamento de protocolos acordes a sus circunstancias

"LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA"

ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA

(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

☐ Sí

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

☐ Sí ☐ No procede

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

☐ Sí

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

☐ Sí

¿Tiene el paciente alergias conocidas?

☐ No ☐ Sí

... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

☐ No ☐ Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

☐ No ☐ Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA

(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

- Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.
- Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

☐ Sí ☐ No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?

¿Cuánto durará la operación?

¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesista:

¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:

¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?

¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

☐ Sí ☐ No procede

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO

(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:

- El nombre del procedimiento
- El recuento de instrumentos, gasas y agujas
- El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)
- Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestesista y enfermero:

¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

¿Ha habido complicaciones o incidencias?

- CASOS COMUNICADOS
 - Solicitud pruebas preoperatorias a pacientes ASA I para CMA

Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2014;xxx(xx):xxx-xxx



Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



ARTÍCULO ESPECIAL

Recomendaciones de pruebas preoperatorias en el paciente adulto para procedimientos en régimen de cirugía ambulatoria

M. Zaballós^{a,*}, S. López-Álvarez^b, P. Argente^c y A. López^d



Tabla 4 Clasificación de procedimientos quirúrgicos (con ejemplos)

Grado 1 (menor)	Escisión de una lesión en piel, drenaje de un absceso	4
Grado 2 (intermedio)	Reparación de una hernia inguinal, varices, artroscopia de rodilla, adenoidectomía, amigdalectomía	
Grado 3 (mayor)	Histerectomía total, tiroidectomía, resección endoscópica de próstata, hernia lumbar	
Grado 4 (mayor+)	Prótesis totales articulares, cirugía torácica, cardíaca, neurocirugía	

Modificada del *National Institute of Health and Clinical Excellence*.

- ECG:

- Pacientes ASA I → no ECG (independiente edad)
- Pacientes ASA II → sí ECG si el estado físico ASA II es por enfermedad cv, toma fármacos cardiológicos, o enfermedad renal o respiratoria.

- **Hemoglobina y hematocrito:**
 - ASA I: no se recomienda
 - ASA II sí en caso de AP anemia o hemorragia, enfermedad hepática, IRC o coronariopatía estable. Considerar en > 80 años y enfermedad cv-respiratoria
- **Electrolitos y creatinina**
 - Sí cambio pauta fármacos que alteran iones o digoxina
 - Sí en procedimientos con contraste iodado
- **Glucemia**
 - Sí en pacientes DM conocida o tto con Corticoides
 - Sí en caso de que la HC sugiera DM no diagnosticada

- Rx tórax:
 - ASA I y II: NO
 - Sí en caso de no alta probabilidad de enfermedad cardiorrespiratoria nueva o inestable
- Estudio coagulación
 - ASA I y II: NO
 - Valorar en caso de realización técnica regional

Tabla 5 Resumen de los test indicados en pacientes adultos para cirugía ambulatoria en pacientes ASA I y II, en intervenciones quirúrgicas de bajo riesgo

Test	Indicado	Guías	Excepciones
ECG	No	Clase 3 AHA	–
Hemoglobina	No	–	Antecedentes de anemia Cirugía con pérdidas > 500 Considerar en cardiopatía isquémica
Electrólitos	No	–	Cambio reciente de fármacos que afectan a los iones
Creatinina	No	–	Si se va a utilizar contraste iodado
Glucosa	No	–	Paciente diabético: la mañana de la cirugía Alta sospecha de diabetes
Coagulación/plaquetas	No	–	Historia personal y familiar de sangrado En tratamiento con anticoagulantes Enfermedad hepática ¿Amigdalectomía?
Radiología de tórax	No	–	–
Prueba de embarazo	En función de la historia clínica	Dependientes del hospital	–



- En cirugía sin ingreso, pacientes ASA I y II : no pruebas preoperatorias complementarias de rutina
- Uso indiscriminado de test rutinarios no está justificado
- Gasto innecesario



SENSAR

DO NOT DO



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor

RECOMIENDA:

- 1** No mantener niveles profundos de sedación en pacientes críticos sin una indicación específica.
- 2** No realizar radiografía de tórax en menores de 40 años con bajo riesgo anestésico (ASA I o II).
- 3** No realizar, de manera sistemática, pruebas preoperatorias en cirugía de cataratas, salvo indicación basada en historia clínica y exploración física.
- 4** No programar cirugía electiva con riesgo de sangrado en pacientes con anemia hasta realizar estudio diagnóstico y tratamiento adecuados.
- 5** No realizar pruebas de laboratorio (hemograma, bioquímica y estudio de coagulación) en pacientes sin enfermedad sistémica (ASA I y II) previo a cirugías de bajo riesgo, con pérdida estimada de sangre mínima.





- **CASOS COMUNICADOS:**

- Equivocación al infundir un gotero con remifentanilo en caída libre

Etiquetado de los medicamentos inyectables que se administran en anestesia

Recomendaciones de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR)¹, Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR)² e Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España)³

J. I. Gómez-Arnau, M. J. Otero, A. Bartolomé, C. L. Errando, D. Arnal, A. M. Moreno, G. Puebla, J. M. Marzal, J. A. Santa Úrsula, R. González, M. Pérez, S. García del Valle, A. González, A. Domínguez-Gil

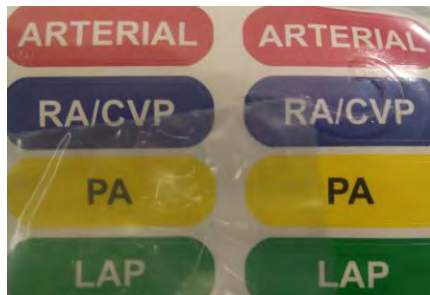


-1 error de medicación / 133 procedimientos

- 1/20 errores es grave
- 1/250 errores es mortal

Prácticas efectivas dirigidas a reducir errores y mejorar seguridad: CULTURA DE SEGURIDAD

- Estandarización etiquetado jeringas y envases (forma, tamaño, color, información mínima) de medicamentos inyectables
- Etiquetado de las vías de administración (intra-arterial, intratecal, epidural)



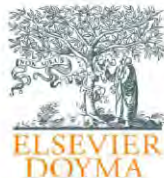


- Otras recomendaciones:
 - Evitar almacenar y utilizar más de una concentración para los medicamentos de alto riesgo
 - Medicamentos destinados a anestesia regional y bloqueantes neuromusculares deben almacenarse en área específica y diferenciada
 - No almacenar en quirófano viales de cloruro potásico
 - Protocolizar y estandarizar las concentraciones de las diluciones de medicamentos inyectables de alto riesgo preparados para perfusión.
 - Expresar concentración por mililitro (no como proporción y no en cc), y evitar uso abreviaturas proclives de error: mcg (y no μg)

Inductores anestésicos	Benzodiazepinas	Antagonistas de benzodiazepinas
Propofol mg/mL	Midazolam mg/mL	Flumazenilo microgramos/mL
Relajantes musculares despolarizantes	Relajantes musculares no despolarizantes	Antagonistas relajantes musculares no despolarizantes
Succinilcolina mg/mL	Rocuronio mg/mL	Neostigmina microgramos/mL
Anestésicos locales	Opioides	Antagonistas de opioides
Lidocaína mg/mL	Fentanilo microgramos/mL	Naloxona microgramos/mL
Adrenalina	Vasopresores excepto adrenalina	Hipotensores
Adrenalina mg/mL	Efedrina mg/mL	Nitroglicerina mg/mL
Anticolinérgicos	Antieméticos	Neurolépticos
Atropina mg/mL	Droperidol mg/mL	Clorpromazina mg/mL
Miscelánea	Gentamicina mg/mL	
Heparina unidades/mL		

- CASOS COMUNICADOS
 - Falta de protocolo optimización hemodinámica de hemoglobina en cirugía urológica y ginecológica.

CIR ESP. 2011;89(6):392-399



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Original

El abordaje multidisciplinar es útil para la optimización de la hemoglobina preoperatoria en cirugía neoplásica colorrectal



- ETIOLOGÍA ANEMIA PREQUIRÚRGICA
 - Anemia ferropénica
 - Anemia de los trastornos crónicos
 - Anemia relacionada con episodios agudos





- PROTOCOLO DE AHORRO DE HEMODERIVADOS DESDE LA CONSULTA DE PREANESTESIA
 - Objetivo: hb > 13 g/dl
 - Evitar transfusión sanguínea alogénica
 - Opciones:
 - Ferroterapia iv/vo
 - Estimulación con Eritropoyetina
 - Ácido fólico y vitamina B12



• PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN EL CÁNCER COLORECTAL

– PREOPERATORIO BÁSICO (CIRUGÍA): CEA, PCR y Ferritina: perfil dinámico

- Si hb < 12 mujeres/ 13 hombres: IST. Si > 20%: reticulocitos
 - » > 2 % reticulocitos: haptoglobina, br, Coombs y frotis
 - » < 2 % y VCM > 100Ç: vitamina b 12, acido fólico y TSh

– CONSULTA VPA

- Valoración anemia y déficit de hierro → si ANEMIA FERROPÉNICA:
→ Indicación tto en Hospital de Día (se remite urgente)

Lo ideal cirugía en 4 semanas

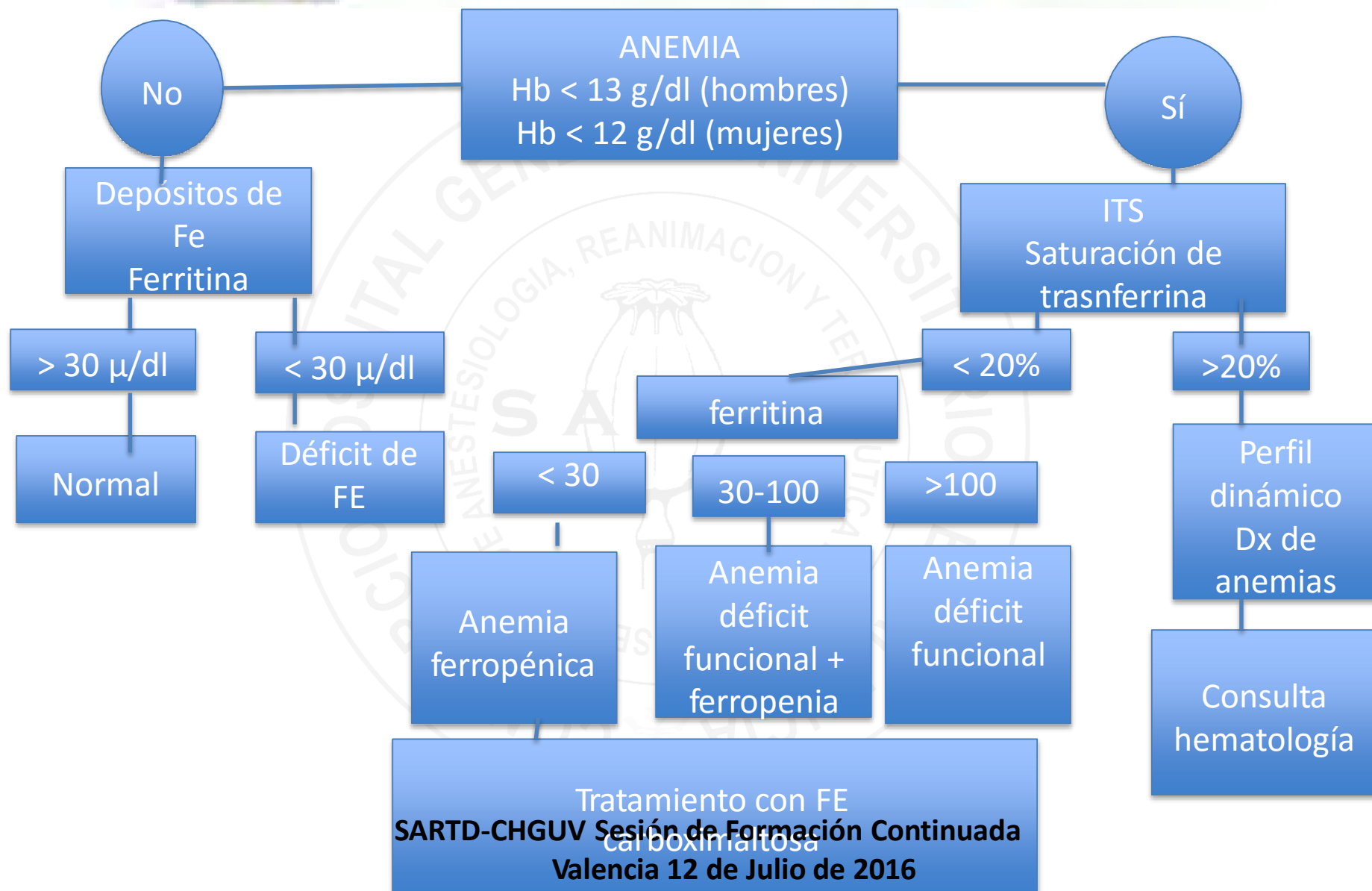
*Cirugías no demorables.

*EPO no recomendado en pacientes oncológicos

Variable	Ferropénicas	AEC	Sideroblásticas(S. mielodisplásicos)	Talasemias
VCM	↓	N	No ↑	↓↓
	↓↓	N	Doble poblacion	↓
ADE	↑↑	↑	↑↑	N
Sideremia	↓	↓	No ↑	No ↑
Transferrina	↑	↓ o N	No ↑	N
IST	↓↓	↓	↑	No ↑
CTFT	↑	↓ o N	↓ o N	No ↓
Ferritina	↓	↑ o N	No ↑	No ↑



SENSEAR



- **HIERRO ENDOVENOSO:**

- Hierro sacarosa
- Hierro carboximaltosa

CONTRAINDICACIONES

- Anemias no atribuibles a déficit FE
- Sobrecarga Fe
- Hipersensibilidad a preparados de hierro iv.
- Antecedentes de asma, eccema u otras alergias atópicas
- Trastornos inmunitarios
- Primer trimestre embarazo
- Historia de cirrosis o transaminasas x3 lo normal
- Infección aguda/crónica que pudiera exacerbarse

Déficit de Fe: peso corporal (Kg) x (hb objetivo – hb real) x 2,4 + depósito hierro (mg)

Peso corporal	35 - ≤ 70 Kg		≥70Kg	
Hb(gr/dl)	≥10	<10	≥10	<10
Dosis total de hierro	1000 mgr	1500 mgr	1500 mgr	2000 mgr
1ª semana	1000 mgr	1000 mgr	1000 mgr	1000 mgr
2ª semana	-----	500 mgr	500 mgr	1000 mgr



- Desaturación arterial de O₂ de paciente por no retirada de taponamiento faríngeo en la extubación (diciembre 2015)

Original Article

Iranian Journal of Otorhinolaryngology, Vol.27(6), Serial No.83, Nov2015

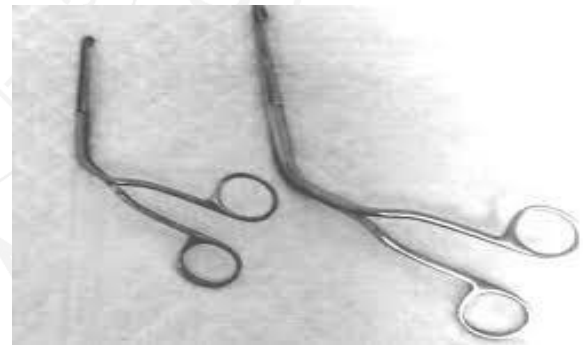


Pharyngeal Packing during Rhinoplasty: Advantages and Disadvantages



PROTOCOLO COLOCACIÓN TAPONAMIENTO FARÍNGEO EN CIRUGÍAS DE CABEZA Y CUELLO

- El taponamiento faríngeo NO se recomienda en todas las cirugías nasales
- La responsabilidad de la retirada del taponamiento faríngeo será del médico que lo coloque.



- Siempre que la cirugía lo permita, se dejará un extremo del taponamiento adherido al TET junto con una pegatina roja de succinilcolina
- En los casos en los que no sea posible (cirugía de cavidad oral), se introducirá todo el taponamiento en la boca y se colocará la pegatina roja de succinilcolina en el TET/TNT en lugar visible



Succinilcolina

____ mg/mL

**TAPONAMIENTO
FARÍNGEO. ¡ATENCIÓN!**



- RESUMEN Y CONCLUSIONES:
 - Error humano: esperable, consecuencia de factores del sistema
 - Cada incidente: oportunidad de aprendizaje para identificar y corregir los factores contribuyentes
 - Objetivo principal: promoción seguridad paciente.

IMPORTANCIA COMUNICAR INCIDENTES DETECTADOS



DIRECCIÓN MÉDICA DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS

EVENTOS PERIOPERATORIOS DE OBLIGADA COMUNICACIÓN. PROYECTO PRELIMINAR.

Justificación.

La excelencia en calidad es un objetivo de las organizaciones sanitarias.

La excelencia en los planes de calidad no necesariamente tiene que tener un coste económico o en recursos elevado. Hay que conseguir un equilibrio entre los costes y los resultados en los pacientes, de manera que el valor se centre (o sea observado) desde la perspectiva de la experiencia del paciente como tal.

Dentro de un programa total de calidad, la tendencia anterior era poner un objetivo específico, y en caso de no alcanzarlo tomar iniciativas ("aseguramiento de la calidad"), mientras que la "mejora de la calidad", tendencia actual, requiere emprender acciones ante la ocurrencia de cualquier evento (que se haya considerado incluir).

Los indicadores a considerar se basarán en: resultados del desempeño (outcome performance), satisfacción del paciente, mediciones de procesos, mediciones de la práctica.



COMUNICACIÓN EVENTOS ADVERSOS GRAVES

¿Qué debe comunicarse?

Indicadores de proceso: inicio en tiempo del primer caso, tasa de cancelaciones, cumplimentación de registros de resultados (inmediatos), cumplimentación de la documentación, número de quejas de los pacientes.

Indicadores de “negocio”: número de casos hechos, minutos pagados (jornada), número de proveedores, Top 10 de casos hechos y su duración promedio.

Indicadores de resultados: número de casos completados sin incidencias, número de cada uno de los posibles eventos adversos (EA*).



COMUNICACIÓN EVENTOS ADVERSOS GRAVES

¿Quién debe comunicar?

Enfermeras, anestesiólogos, cirujanos.

Referencias básicas.

ASA bulletin 2014;1.

<http://www.aqihq.org/quality.aspx>

EVENTOS PERIOPERATORIOS DE OBLIGADA COMUNICACIÓN

MOTIVO

-LEGALES Y DE DEFENSA

-DOCENTES

-CONTROL DE CALIDAD

(ESTUDIO EVENTO CENTINELA U OTROS)

-PROTECCIÓN DE LA 2ª VÍCTIMA



COMUNICACIÓN EVENTOS ADVERSOS GRAVES

EVENTOS (EN ROJO LOS DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO EN LA 1ª FASE)

-MUERTE INTRAOPERATORIA

-CARDIOLÓGICOS:

PARADA CARDIACA

EDEMA DE PULMÓN

ISQUEMIA MIOCÁRDICA

-RESPIRATORIOS:

VIA AÉREA DIFÍCIL NO PREVISTA

INTUBACIÓN-VENTILACIÓN IMPOSIBLE

PARADA RESPIRATORIA

BRONCOASPIRACIÓN

LARINGOSPASMO



COMUNICACIÓN EVENTOS ADVERSOS GRAVES

-MEDICACIÓN:

HIPERTERMIA MALIGNA

ERROR DE MEDICACIÓN

ANAFILAXIA

DESPERTAR RETARDADO

TOXICIDAD SISTÉMICA POR ANESTÉSICOS LOCALES

ANESTESIA REGIONAL FALLIDA

COMPLICACIONES ACCESO VASCULAR

-DE PROCEDIMIENTO:

ANESTESIA INTRADURAL ALTA (O TOTAL)



COMUNICACIÓN EVENTOS ADVERSOS GRAVES

-INTRAQUIRÚRGICAS:

HEMORRAGIA INTRAOPERATORIA GRAVE

CONFUSIÓN LADO OPERATORIO/CONFUSIÓN CIRUGÍA

CONFUSIÓN DE PACIENTE

-POSTQUIRÚRGICAS:

MUERTE POSTOPERATORIA [(a) EN LAS PRIMERAS 24H,(b) EN EL INGRESO HOSPITALARIO]

PARADA CARDIACA POSTOPERATORIA (EN EL INGRESO HOSPITALARIO)

HEMORRAGIA POSTOPERATORIA

DEHISCENCIA DE SUTURAS (DURANTE EL INGRESO ACTUAL DEL PACIENTE)

CUERPO EXTRAÑO



COMUNICACIÓN EVENTOS ADVERSOS GRAVES

HOJA DE REGISTRO EVENTO ADVERSO. FECHA _____

(ENTREGAR EN DIRECCIÓN QUIRÚRGICA O SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA DE QUIRÓFANO)

PACIENTE (NUM HISTORIA CLÍNICA O ETIQUETA)

MARCAR CON UNA X EL ÍTEM SUCEDIDO

-MUERTE INTRAOPERATORIA (EAC)

-CARDIOLÓGICOS:

PARADA CARDIACA (EAC)

EDEMA DE PULMÓN (A)

ISQUEMIA MIOCÁRDICA (A)

-RESPIRATORIOS:

VIA AÉREA DIFÍCIL NO PREVISTA (A)

INTUBACIÓN-VENTILACIÓN IMPOSIBLE (A)

PARADA RESPIRATORIA (A)

BRONCOASPIRACIÓN (A)

LARINGOSPASMO

-MEDICACIÓN:

HIPERTERMIA MALIGNA (A)

ERROR DE MEDICACIÓN (EA)

ANAFILAXIA (EA)

DESPERTAR RETARDADO (A)

-DE PROCEDIMIENTO:

ANESTESIA INTRADURAL ALTA (ANESTESIA ESPINAL TOTAL) (A)

TOXICIDAD SISTÉMICA POR ANESTÉSICOS LOCALES (A)

ANESTESIA REGIONAL FALLIDA (EAC)

COMPLICACIONES ACCESO VASCULAR (EA)

HEMORRAGIA INTRAOPERATORIA GRAVE (EAC)

CONFUSIÓN LADO OPERATORIO/CONFUSIÓN CIRUGÍA (EAC)

CONFUSIÓN DE PACIENTE (EAC)

-POSTQUIRÚRGICAS:

MUERTE POSTOPERATORIA [(a) EN LAS PRIMERAS 24H, (b) EN EL INGRESO HOSPITALARIO] (C)

PARADA CARDIACA POSTOPERATORIA (EN EL INGRESO HOSPITALARIO) (AC)

HEMORRAGIA POSTOPERATORIA GRAVE (AC)

DEHISCENCIA DE SUTURA GRAVE (DURANTE EL INGRESO ACTUAL DEL PACIENTE) (EC)

CUERPO EXTRAÑO (EC)

INGRESO EN UCI NO PREVISTO (AC)

RESULTADO FINAL

EXITUS

SECUELAS GRAVES

SECUELAS LEVES/MODERADAS

RECUPERACIÓN TOTAL







SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 12 de Julio de 2016