



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

SENSAR

Sistema Español de Notificación
en Seguridad en Anestesia y Reanimación



Sesión SENSAR y análisis de la literatura en relación con incidentes reportados

Dr. Juan Catala
Dra. Sara Nieto

Servicio de Anestesia Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016

ÍNDICE

- 1. OBJETIVOS SENSAR**
- 2. ANÁLISIS DE CASOS Y PLANTEAMIENTO DE SOLUCIONES**
- 3. PROTOCOLO DE HEMORRAGIA MASIVA**



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016**



Sistema de comunicación, análisis y gestión de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en Anestesiología y Cuidados Críticos



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016

FILOSOFÍA SENSAR

NO PUNITIVO, ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL

BÚSQUEDA FALLOS: INFRAESTRUCTURA/ORGANIZACIÓN/
EQUIPO/INDIVIDUO/PACIENTE

RETROALIMENTACIÓN POSITIVA: BOLETINES, SESIONES,
SISTEMAS DE ALERTA...



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016**

OBJETIVOS SENSAR



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016**





CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



El Hospital General recibe la acreditación SENSAR de Hospital Seguro

El 2 noviembre 2016 en [Asistencia departamento](#)



- SENSAR ha reconocido con esta certificación a un total de 16 hospitales españoles

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 8 de Noviembre de 2016**



INCIDENTES DESTACADOS

**ÁREA DE
PREANESTESIA**

**RETIRADA
ANTIAGREGANTE Y/O
ANTICOAGULANTES**

**AUSENCIA DE PRUEBAS
INMUNOHEMATOLÓGICAS**

**TRANSFUSIÓN
ERRÓNEA DE
HEMODERIVADOS**



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016**

INCIDENTES DESTACADOS: ÁREA DE VPA

1: HALLAZGO VÍA AÉREA DIFÍCIL CONOCIDA NO DESCRITA EN VPA

- ✘ Mujer, 73 años, ASA III
- ✘ **Cormack-Lehane III** en hoja de anestesia y VPAs previas



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016

INCIDENTES DESTACADOS: ÁREA DE VPA

1: HALLAZGO VÍA AÉREA DIFÍCIL CONOCIDA NO DESCRITA EN VPA

x CAUSAS DEL ERROR:

NO REVISIÓN HISTORIA CLÍNICA

Hª ELECTRÓNICA NO HAY ALARMA O SEÑALIZACIÓN DE SITUACIONES CLÍNICAS QUE COMPROMETAN LA SALUD

NO CONOCIMIENTO U OLVIDO POR PARTE DEL PACIENTE DEL PROBLEMA

AUSENCIA DE FACTORES PREDICTORES DE VAD



INCIDENTES DESTACADOS: ÁREA DE VPA

1: HALLAZGO VÍA AÉREA DIFÍCIL CONOCIDA NO DESCRITA EN VPA

BJA Advance Access published November 10, 2015

BJA

British Journal of Anaesthesia, 2015, 1–22

doi: 10.1093/bja/aev371
Special Article

SPECIAL ARTICLES

SPECIAL ARTICLE

Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults†

C. Frerk^{1,*}, V. S. Mitchell², A. F. McNarry³, C. Mendonca⁴, R. Bhagath⁵, A. Patel⁶, E. P. O'Sullivan⁷, N. M. Woodall⁸ and I. Ahmad⁹, Difficult Airway Society intubation guidelines working group

Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway

An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway

TODAS LAS GUÍAS RECOMIENDAN UNA EVALUACIÓN PREOPERATORIA DE LA VÍA AÉREA PARA ESTABLECER UN PLAN DE MANEJO



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016**

INCIDENTES DESTACADOS: ÁREA DE VPA

1: HALLAZGO VÍA AÉREA DIFÍCIL CONOCIDA NO DESCRITA EN VPA

Danish Difficult Airway Registry www.drvi.dk info@drvi.dk
Difficult Airway

CPR.No.

Name

Hospital

Date

Expected Unexpected

Difficult mask ventilation

Difficult intubation

Laryngoscopy grade

CMV-CI

No intubation attempts

Intubation failed

Technics attempted:

Intubated with:

**TARJETA
IDENTIFICATIVA DE LA
SOCIEDAD DANESA
DE ANESTESIA**



INCIDENTES DESTACADOS: ÁREA DE VPA

2: NÓDULO PULMONAR EN RX TÓRAX PREOPERATORIA NO DIAGNOSTICADO EN VPA

✘ 2 PACIENTES

✘ NÓDULO DE PEQUEÑO TAMAÑO EN RX TÓRAX PREOPERATORIA NO DIAGNOSTICADO EN DIFERENTES PREANESTESIAS



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016

INCIDENTES DESTACADOS: ÁREA DE VPA

2: NÓDULO PULMONAR EN RX TÓRAX PREOPERATORIA NO DIAGNOSTICADO EN VPA

✘ CAUSAS DEL ERROR:

RX TÓRAX NO INFORMADAS EN EL MOMENTO DE LA VPA
PRESIÓN ASISTENCIAL

✘ POSIBLES SOLUCIONES ??:

PEDIRLA A LA U.T.C.A QUE CITE A LOS PACIENTES 2-3 SEMANAS PREVIAS A LA VPA PARA DISPONER DE INFORME DE LA PRUEBA



INCIDENTES DESTACADOS: ÁREA DE VPA

2: NÓDULO PULMONAR EN RX TÓRAX PREOPERATORIA NO DIAGNOSTICADO EN VPA

PERO.... ¿QUÉ RESPONSABILIDAD LEGAL SE LE PUEDE ATRIBUIR AL ANESTESIÓLOGO EN ESTE ASUNTO?



CONSULTA AL GABINETE JURÍDICO DE LA S.E.D.A.R



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016**

INCIDENTES DESTACADOS: ÁREA DE VPA

CONSULTA

Estimados señores:

Desde la consulta de preanestesia se reciben radiografías de tórax de forma rutinaria dentro de las pruebas de preanestesia para valoración preoperatoria. En nuestro hospital han existido casos de pacientes con nódulos pulmonares de pequeño tamaño no advertidos por anesthesiólogos en algunas preanestesias. Tenemos el temor de la repercusión legal que pueda conllevar el no diagnosticarlos en la consulta de preanestesia, porque en nuestro hospital los informes de estas radiografías no están disponibles en el momento de la visita preanestésica.

Nuestra pregunta es:

¿Qué repercusión jurídica se nos podría atribuir por no diagnosticar una patología presente en una radiografía de tórax sin ser especialista en diagnóstico radiológico?

¿Deben de estar informadas todas las radiografías de tórax de la evaluación preoperatoria por un radiólogo especialista?

¿Hay algún tipo de jurisprudencia al respecto?



INCIDENTES DESTACADOS: ÁREA DE VPA

RESPUESTA

Estimado amigo:

Desde luego, la cuestión que plantea es difícil y muy opinable. No conozco ningún pronunciamiento jurisprudencial al respecto, pero le traslado mi criterio, siempre sometido a mejor opinión.

La placa de tórax realizada en el marco de las pruebas preanestésicas tiene por finalidad justamente el realizar una adecuada valoración del paciente de cara a la anestesia, y prever algunos de los riesgos que ésta entraña, como bien sabe. En consecuencia, lo razonable es que el anestesiólogo examine dicha radiografía con esa finalidad valorativa, por lo que la falta de detección de otras patologías que no resulten evidentes para cualquier profesional, no especialista, no puede determinar ninguna responsabilidad del anestesiólogo. Otra cosa es que en la placa aparezcan datos o indicios que cualquier profesional, no radiólogo sí detectaría, en cuyo caso, es deber y responsabilidad del anestesiólogo ponerlos de manifiesto.

En cuanto a la necesidad de que las radiografías vengán informadas por radiólogo, la respuesta es análoga: a los meros efectos de la anestesia, parece bastante el examen por parte del anestesiólogo, en cuanto limitado a la correcta valoración preanestésica y obtención del consentimiento informado.

Un cordial saludo.

INCIDENTES DESTACADOS: ÁREA DE VPA

3: PROCEDIMIENTOS FUERA DE QUIRÓFANO EN ASA IV-V

- ✘ PACIENTE MUJER DE **87 AÑOS MUY DETERIORADA**, DEMENCIA Y DESORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL
- ✘ CATEGORIZADA COMO **ASA IV**
- ✘ SOSPECHA HDB → COLONOSCOPIA CON SEDACIÓN SOLICITADA POR DIGESTÓLOGO



INCIDENTES DESTACADOS: ÁREA DE VPA

3: PROCEDMIENTOS FUERA DE QUIRÓFANO EN ASA IV-V

- ✘ PACIENTE EN SALA DE ENDOSCOPIAS, CON **MUY MAL ESTADO GENERAL**, ES CATEGORIZADA COMO **ASA V**
- ✘ SE HABLA CON ENDOSCOPISTA PARA NO REALIZAR LA PRUEBA, PESE A TODO, SE REALIZA COLONOSCOPIA
- ✘ LA PACIENTE TERMINA FALLECIENDO EN SALA TRAS HDA + NEUMOPERITONEO DESESTIMÁNDOSE ACCIÓN POR PARTE DE CIRUGÍA



INCIDENTES DESTACADOS: ÁREA DE VPA

3: PROCEDIMIENTOS FUERA DE QUIRÓFANO EN ASA IV-V

X CAUSAS DEL ERROR:

DIFERENCIA DE CRITERIO ENTRE MIEMBROS DE DIFERENTES SERVICIOS

AUSENCIA DE PROTOCOLOS PARA ESTE TIPO DE PACIENTES



INC

A

3:

CAUSAS

DI

AL

ICIOS

ASA 1	Paciente Sano	
ASA 2	Paciente con alguna alteraciones sistémicas leves a moderadas , que no produce incapacidad o limitación funcional.	HTA controlada, anemia, tabaquismo, diabetes controlada, asma, embarazo, obesidad, edad < de 1 año o > de 70 años.
ASA 3	Paciente con alguna alteraciones sistémicas grave, que produce limitación funcional definida y en determinado grado.	Angor, HTA no controlada, Diabetes no controlada, Asma, EPOC, Historia de IAM, Obesidad Mórbida.
ASA 4	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante que constituye una amenaza constante para la vida y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía	Angor inestable, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca global, hepatopatía, insuficiencia renal.
ASA 5	Pacientes terminales o moribundos, con unas expectativas de supervivencia no superior a 24 horas con o sin tto quirúrgico.	
ASA 6	Paciente con muerte cerebral.	

Valencia 8 de Noviembre de 2016



INCIDENTES DESTACADOS: ÁREA DE VPA

3: PROCEDIMIENTOS FUERA DE QUIRÓFANO EN ASA IV-V

¿Puede el anesthesiólogo rechazar una intervención?

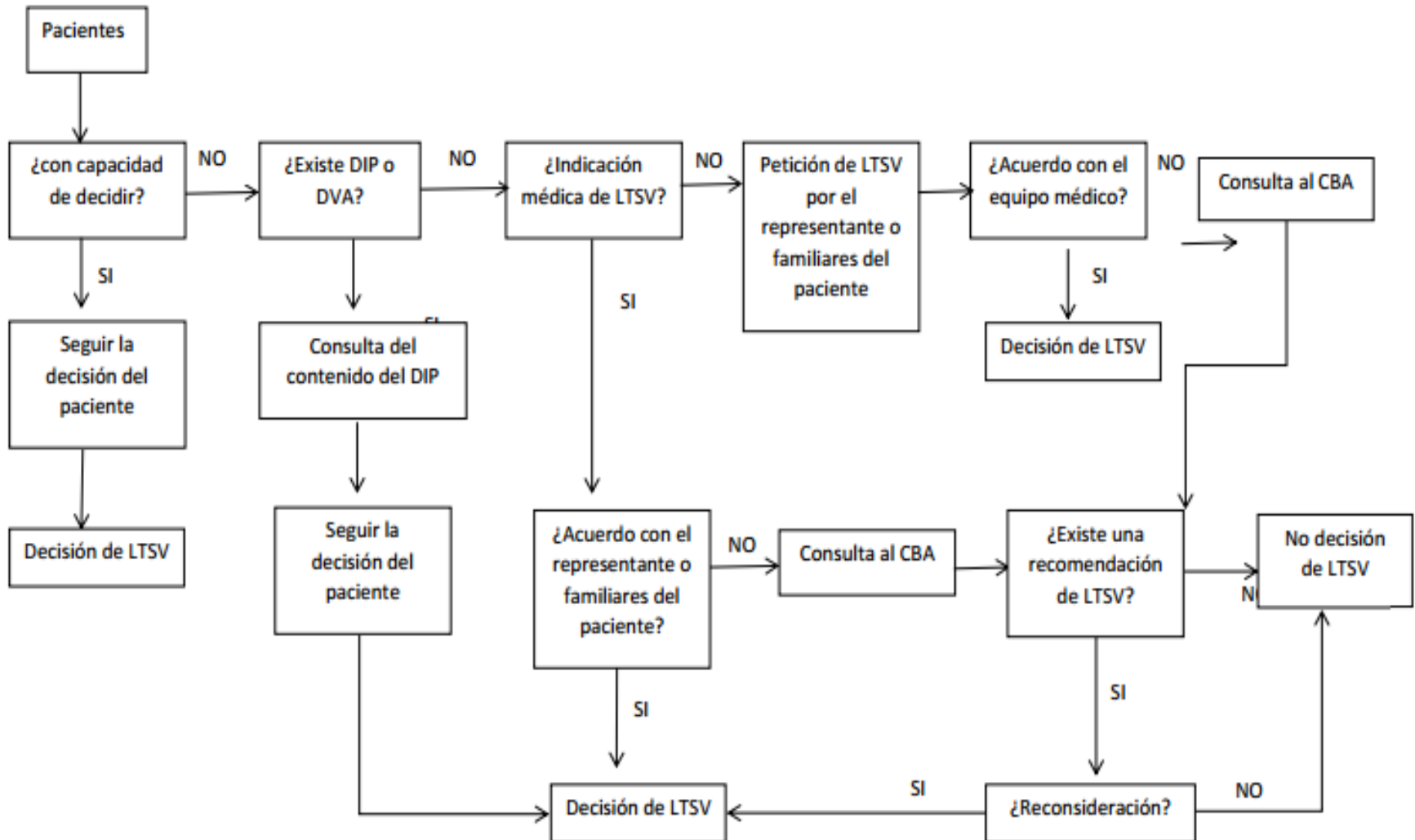
¿Deben ser los especialistas responsable en cuestión los que deberían evitar realizar este tipo de procedimientos en pacientes que sólo requieren una muerte digna?

RESPUESTA POR PARTE DEL COMITÉ DE ÉTICA → REALIZACIÓN DE GUÍAS QUE PERMITAN LA APLICACIÓN CORRECTA DE LET



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016**

INCIDENTES DESTACADOS: ÁREA DE VPA



INCIDENTES DESTACADOS: ÁREA DE VPA

3: PROCEDIMIENTOS FUERA

Primer paso: ¿a quién? evaluación del caso:

- Preferencias del paciente:
 - Individualizar
- Preferencias de los allegados
- Gravedad (pronóstico):
 - Preguntas: ¿es preciso el diagnóstico? ¿está optimizada la terapia?
 - Cálculo del pronóstico en «ese» paciente
- Calidad de vida
- Distribución de recursos (inversión racional)

Segundo paso: ¿qué limitar? tomar la decisión:

- Deliberación participativa:
 - Individualizar
- Aclarar el fin de la intervención:
 - Comunicar la decisión y registro en historia clínica

Tercer paso: ¿cómo? medidas:

- Medidas negativas:
 - No iniciar/retirar:
 - Procedimientos desproporcionados (cargas/beneficios)
 - Procedimientos extraordinarios
 - Procedimientos inútiles y fútiles
- Medidas positivas:
 - Tratamiento de las patologías que se ha decidido tratar (medidas intermedias)
 - Medidas paliativas

Rev Clin Esp. 2012;212(3):134-140



Revista Clínica
Española

www.elsevier.es/rce



ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

Limitación del esfuerzo terapéutico

B. Herreros^{a,c,*}, G. Palacios^{a,c} y E. Pacho^{b,c}



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016

INCIDENTES DESTACADOS: RETIRADA DE ANTIAGREGANTES

MECANISMO DE ACCIÓN	FÁRMACO	NOMBRE COMERCIAL	VÍA	DURACIÓN EFECTO	TIEMPO RETIRADA
INH. IRREVERSIBLE TXA2	AAS	Aspirina®	ORAL	7 DÍAS	3 DÍAS
	TRIFUSAL	Disgren®	ORAL	7 DÍAS	3 DÍAS
BLOQUEO IRREVERSIBLE RECEPTOR P2Y	CLOPIDOGREL	Plavix, Iscover®	ORAL	7 DÍAS	5 DÍAS
	PRASUGREL	Efient®	ORAL	10 DÍAS	7 DÍAS
	TICLOPIDINA	Tickid®	ORAL	10 DÍAS	7 DÍAS
BL. REVERSIBLE P2Y	TICAGRELOL	Brilique, Possia®	ORAL	5 DÍAS	3 DÍAS
BLOQUEO REVERSIBLE GPIIb/IIIa	ABCIXIMAB	Reopro®	IV	24-48 HORAS	12 HORAS
	TIROFIBAN	Agrastat®	IV	8-12 HORAS	4-6 HORAS
	EPIFIBATIDE	Integrilin®	IV	8-12 HORAS	6-8 HORAS
ACTIVA ADENILCICLASA	ILOPROST	Ilocit, Ilomedin®	IV	3 HORAS	3 HORAS
INCREMENTO AMPc	EPOPROSTENO	Flolan®	IV	1 HORA	1 HORA

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016**



INCIDENTES DESTACADOS: RETIRADA DE ANTIAGREGANTES

REVISIÓN

Guía de práctica clínica sobre el manejo perioperatorio de antiagregantes plaquetarios en cirugía no cardíaca (Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación) (versión corta)

P. Sierra¹, A. Gómez-Luque², J. Castillo³, J. V. Llaur⁴

¿Qué antiagregante toma?

¿Por qué toma el antiagregante?

¿Hay pruebas de laboratorio que evalúen el posible riesgo hemorrágico?

¿Sufre alteración de la hemostasia?



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016

INCIDENTES DESTACADOS: RETIRADA DE ANTIAGREGANTES

Guía de práctica clínica sobre el manejo perioperatorio de antiagregantes plaquetarios en cirugía no cardíaca

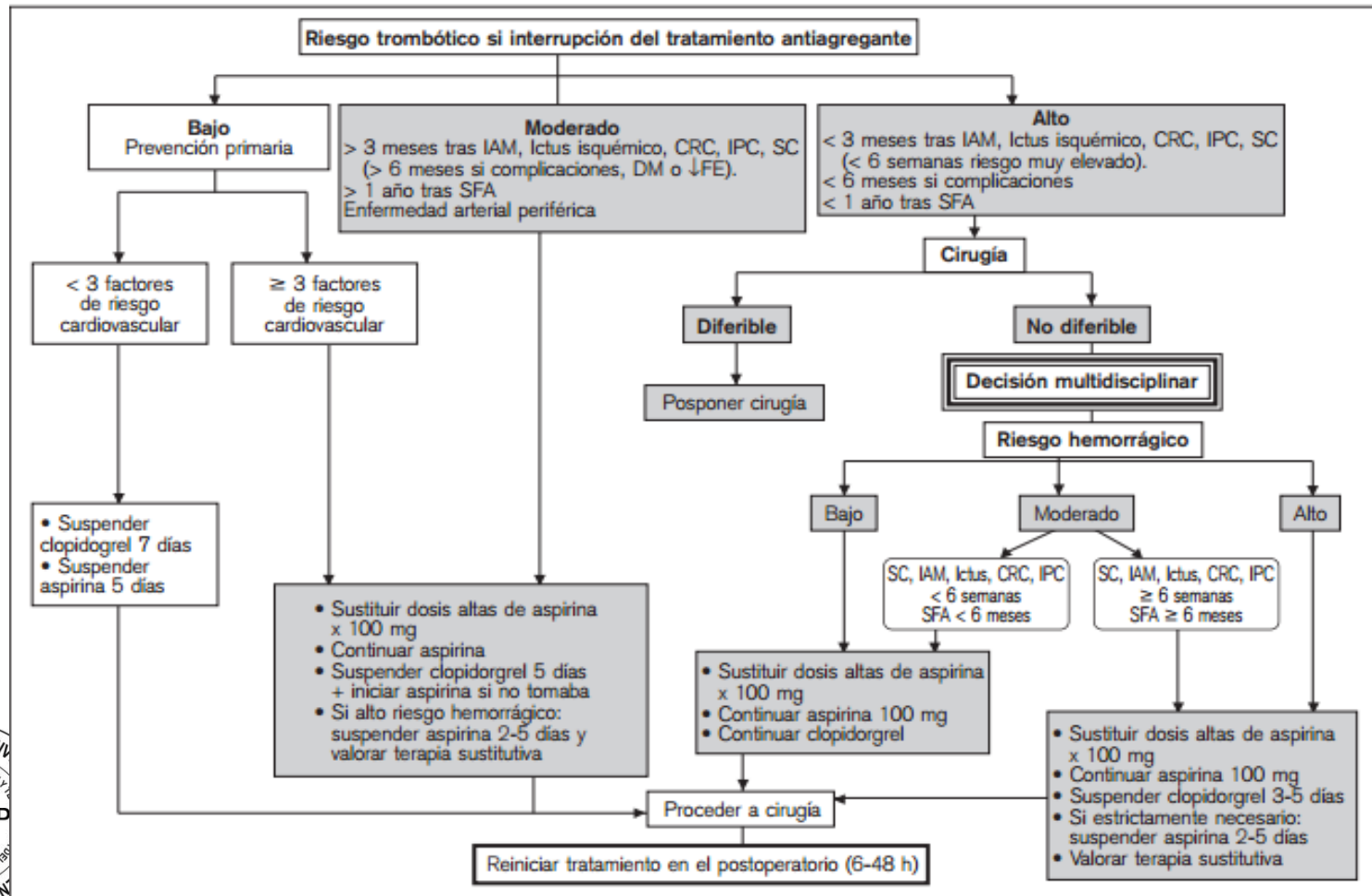


Figura 1. Guía de manejo perioperatorio del tratamiento antiagregante en cirugía electiva. IAM: Infarto agudo de miocardio; IPC: Intervención coronaria percutánea; CRC: cirugía de revascularización coronaria; DM: diabetes mellitus; FE: fracción de eyección; SC: stent convencional; SFA: stent farmacológico.

INCIDENTES DESTACADOS: RETIRADA DE ANTIAGREGANTES

Guía de práctica clínica sobre el manejo perioperatorio de antiagregantes plaquetarios en cirugía no cardíaca

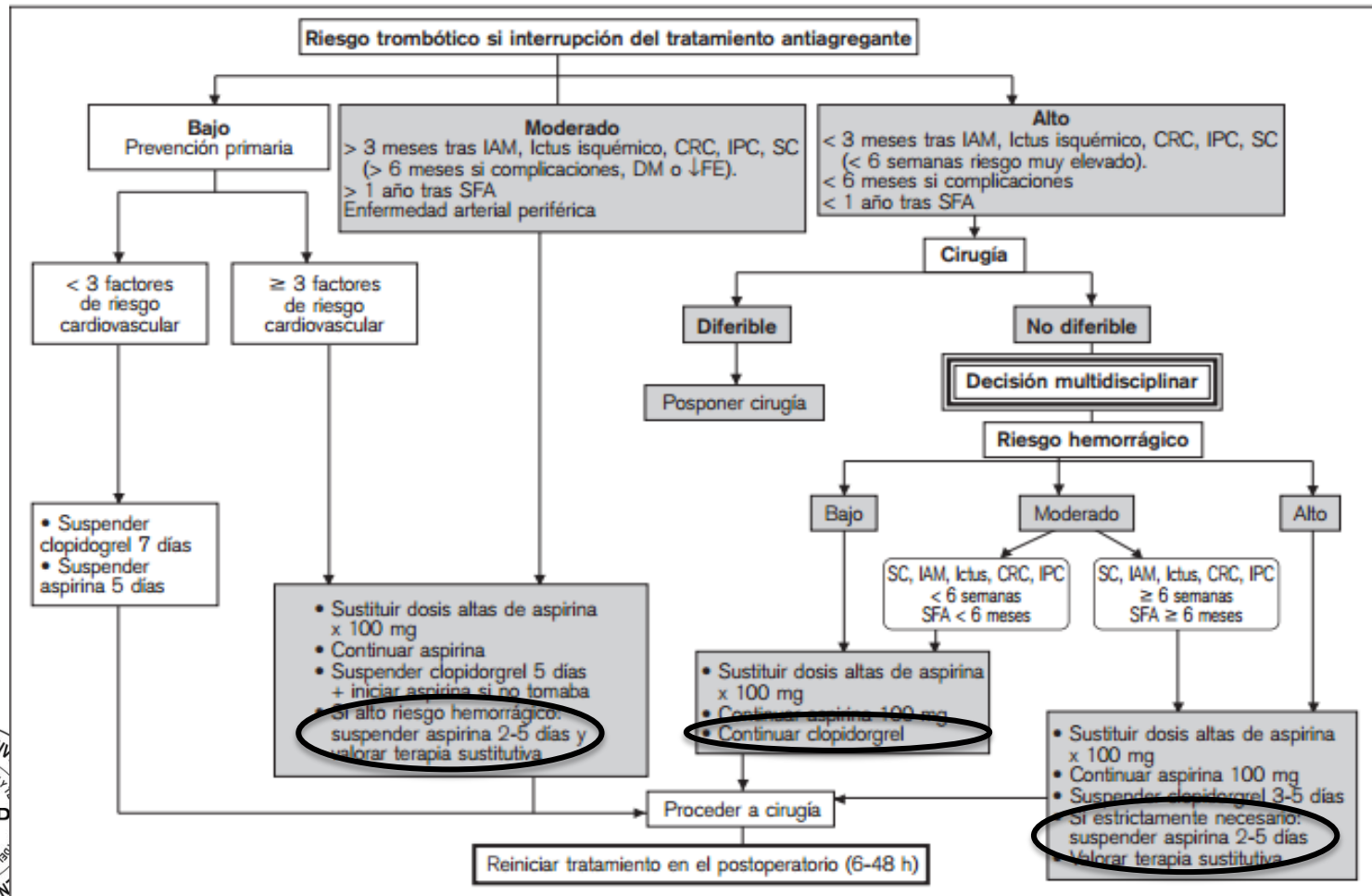


Figura 1. Guía de manejo perioperatorio del tratamiento antiagregante en cirugía electiva. IAM: Infarto agudo de miocardio; IPC: Intervención coronaria percutánea; CRC: cirugía de revascularización coronaria; DM: diabetes mellitus; FE: fracción de eyección; SC: stent convencional; SFA: stent farmacológico.

INCIDENTES DESTACADOS: RETIRADA DE ANTIAGREGANTES

¿QUÉ ESTÁ OCURRIENDO EN NUESTRO HOSPITAL CON LA CIRUGÍA DE CADERA?

MINISTERIO SANIDAD

Categorías de la NCEPOD⁽⁹⁰⁾:

1. Emergencia. Condiciones con riesgo vital (traumatismo, ruptura de aorta). Reanimación simultánea a la interven-

⁽⁹⁰⁾ National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death.

ción. Normalmente se realiza en menos de una hora desde su indicación.

2. Urgencia. Operación que se realiza tan pronto como sea posible tras la reanimación (por ejemplo: obstrucción intestinal; fractura de cuello de fémur). Intervención requerida en menos de 24 horas desde su indicación.
3. Programada. Operación temprana pero que no es una urgencia vital (por ejemplo, cáncer). Intervención requerida en menos de tres semanas desde su indicación.
4. Electiva. Operación cuya fecha es concertada entre el paciente y el cirujano (por ejemplo: colecistectomía, prótesis de cadera o rodilla).

REVISIÓN

Guía de práctica clínica sobre el manejo perioperatorio de antiagregantes plaquetarios en cirugía no cardíaca (Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación) (versión corta)

P. Sierra¹, A. Gómez-Luque², J. Castillo³, J. V. Llau⁴

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EN CIRUGÍA URGENTE NO CARDÍACA

En general, no está justificado retrasar una cirugía urgente por el tratamiento AAP. Sin embargo, en pacientes en tratamiento con clopidogrel que requieren una cirugía semi-urgente, como la cirugía de fractura de cadera, se evaluará en cada caso el riesgo/beneficio de posponer la intervención 24-48 horas.

– No se recomienda la transfusión de plaquetas rutinaria ni la administración de fármacos prohemostáticos de forma profiláctica.

– Solicitar la disponibilidad de plaquetas al banco de sangre con antelación.

– Adoptar medidas encaminadas a minimizar el sangrado tales como: elegir un abordaje quirúrgico que facilite una hemostasia cuidadosa, asegurar la normotermia perioperatoria y corregir la anemia.

Rev Esp Anestesiol Reanim. 2011;58:243-250



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016

INCIDENTES DESTACADOS: RETIRADA DE ANTIAGREGANTES

**¿QUÉ ESTÁ OCURRIENDO EN NUESTRO HOSPITAL CON
LA CIRUGÍA DE CADERA?**

**SI PACIENTE TOMA AAS 100 mg NO
HAY PROBLEMA**

SI PACIENTE TOMA CLOPIDOGREL SE
PRODUCEN DOS SITUACIONES:

**1) RETIRAR CLOPIDOGREL 3- 5 DÍAS Y
SUSTITUIR POR AAS 100 mg.**

2) ASUMIR RIESGO HEMORRÁGICO Y
CIRUGÍA EN 24-48h



INCIDENTES DESTACADOS: RETIRADA DE ANTIAGREGANTES

¿QUÉ ESTÁ OCURRIENDO EN NUESTRO HOSPITAL CON
LA CIRUGÍA DE CADERA?

- ✘ CIRUGÍA URGENTE-DIFERIBLE
- ✘ RIESGO TROMBÓTICO ELEVADO
- ✘ ¿QUÉ SUGERENCIAS TENÉIS?



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016

INCIDENTES DESTACADOS: RETIRADA DE ACOD

Rev Esp Anestesiol Reanim. 2012;59(6):321-330



Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



ARTÍCULO ESPECIAL

Manejo de los anticoagulantes orales de acción directa en el período perioperatorio y técnicas invasivas[☆]

J.V. Llau^{a,*}, R. Ferrandis^b, J. Castillo^c, J. de Andrés^d, C. Gomar^e, A. Gómez-Luque^f, F. Hidalgo^g y L.M. Torres^h, en representación de los participantes en el Foro de Consenso de la ESRA-España sobre «Fármacos que alteran la hemostasia»[◇]

FÁRMACO	DABIGATRAN*	RIVAROXABAN	APIXABAN
NOMBRE COMERCIAL	PRADAXA®	XARELTO®	ELIQUIS®
INDICACIONES APROBADAS	- Prevención 1ª TEV en adultos sometidos a artroplastia total de cadera o rodilla programada.		
	- Prevención del ictus en FA no valvular.		Pendiente de aprobación
MECANISMO DE ACCIÓN	Inhibidor directo de la trombina	Inhibidor directo del Fc Xa	
POSOLOGÍA	220mg/12h	10mg/24h	2,5mg/12h
PICO DE ACCIÓN	1-2 h	2-4 h	3-4- h
VIDA MEDIA	13-18h	7-11h	12h
EXCRECIÓN RENAL	80%	33%	25%

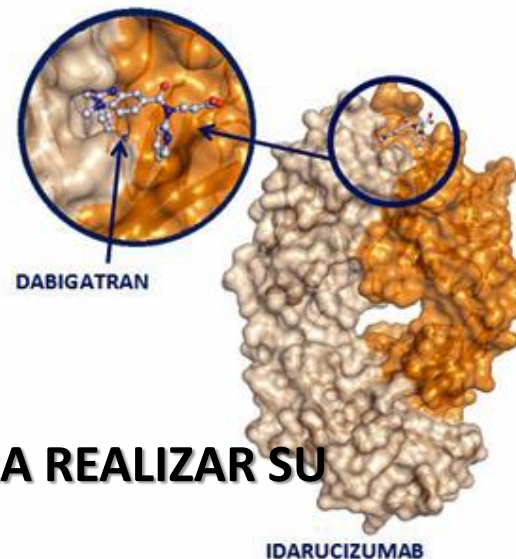
* Contraindicado en prótesis valvulares cardíacas. Ajuste de dosis si ClCr 30-49mL/min.

**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 8 de Noviembre de 2016**



INCIDENTES DESTACADOS: RETIRADA DE ACOD

- ✗ ADMINISTRACIÓN VÍA ORAL
- ✗ NO REQUIEREN MONITORIZACIÓN
- ✗ NO PRECISAN DE LA “ANTITROMBINA” PARA REALIZAR SU ACCIÓN
- ✗ **ANTÍDOTO ESPECÍFICO PARA DABIGATRAN:
IDARUCIZUMAB (PRAXBIND®) → Ac MONOCLONAL**



INCIDENTES DESTACADOS: RETIRADA DE ACOD

ACOD Y ANESTESIA NEUROAXIAL

Tabla 6 Estimación práctica del tiempo de seguridad mínimo para la realización de una anestesia neuraxial en los pacientes que reciben cada uno de los anticoagulantes orales de acción directa a dosis de anticoagulación

	Apixaban (Eliquis®)	Rivaroxaban (Xarelto®)	Dabigatran (Pradaxa®)
Tiempo estimado de seguridad desde la última dosis administrada*	36 h	27 h	48 h

*Pacientes menores de 65 años con función renal conservada.

FÁRMACO	F-ANX	ANESTESIA NEUROAXIAL	ANX-F	F-RC	RETIRADA CATÉTER	RC-F
DABIGATRAN	54h		4h	No recomendado		4h
RIVAROXABAN	33h		6h	18h		6h
APIXABAN	36h		6h	24h		6h

F-ANX: intervalo de seguridad entre retirada de fármaco y técnica neuroaxial.

ANX-F: intervalo de seguridad entre la realización de una técnica neuroaxial y la administración de un fármaco

F-RC: intervalo de seguridad entre la administración de un fármaco como tromboprolifaxis y la retirada de un catéter neuroaxial colocado para analgesia postoperatoria

RC-F: intervalo de seguridad entre la retirada de un catéter colocado neuroaxial para analgesia postoperatoria y la siguiente administración de un fármaco en régimen de tromboprolifaxis.



INCIDENTES DESTACADOS: RETIRADA DE ACOD

ACOD Y CIRUGÍA PROGRAMADA

SIN TERAPIA PUENTE

- ✘ TIEMPO DE SEGURIDAD 3 VIDAS MEDIAS DEL FÁRMACO (~48h)
- ✘ SIEMPRE EN <65 años Y SIN INSUFICIENCIA RENAL
- ✘ RETIRADA DEL FÁRMACO 48H ANTES DE LA CIRUGÍA



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016

INCIDENTES DESTACADOS: RETIRADA DE ACOD

ACOD Y CIRUGÍA PROGRAMADA

SIN TERAPIA PUENTE

**RIESGO HEMORRÁGICO BAJO O MODERADO SI NO HAY
MEDICACIÓN CONCOMITANTE QUE ALTERE HEMOSTASIA O
PLAQUETAS Y PACIENTES CON RIESGO TROMBÓTICO BAJO O
MODERADO**



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016

INCIDENTES DESTACADOS: RETIRADA DE ACOD

ACOD Y CIRUGÍA PROGRAMADA

CON TERAPIA PUENTE

Terapia puente Riesgo hemorrágico/trombótico moderado-alto. CrCl < 50 ml/min							
Última dosis de ACOD	Primera dosis de HBPM	HBPM	HBPM	Última dosis de HBPM	Cirugía	Nueva dosis de HBPM o inicio de ACOD	HBPM o ACOD
-5 Días	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2
			Última dosis de ACOD	No ACOD	Cirugía	Primera dosis postop de ACOD	Continúa con el ACOD a la dosis adecuada

No terapia puente
Riesgo trombótico/hemorrágico bajo. CrCl ≥ 50 ml/min

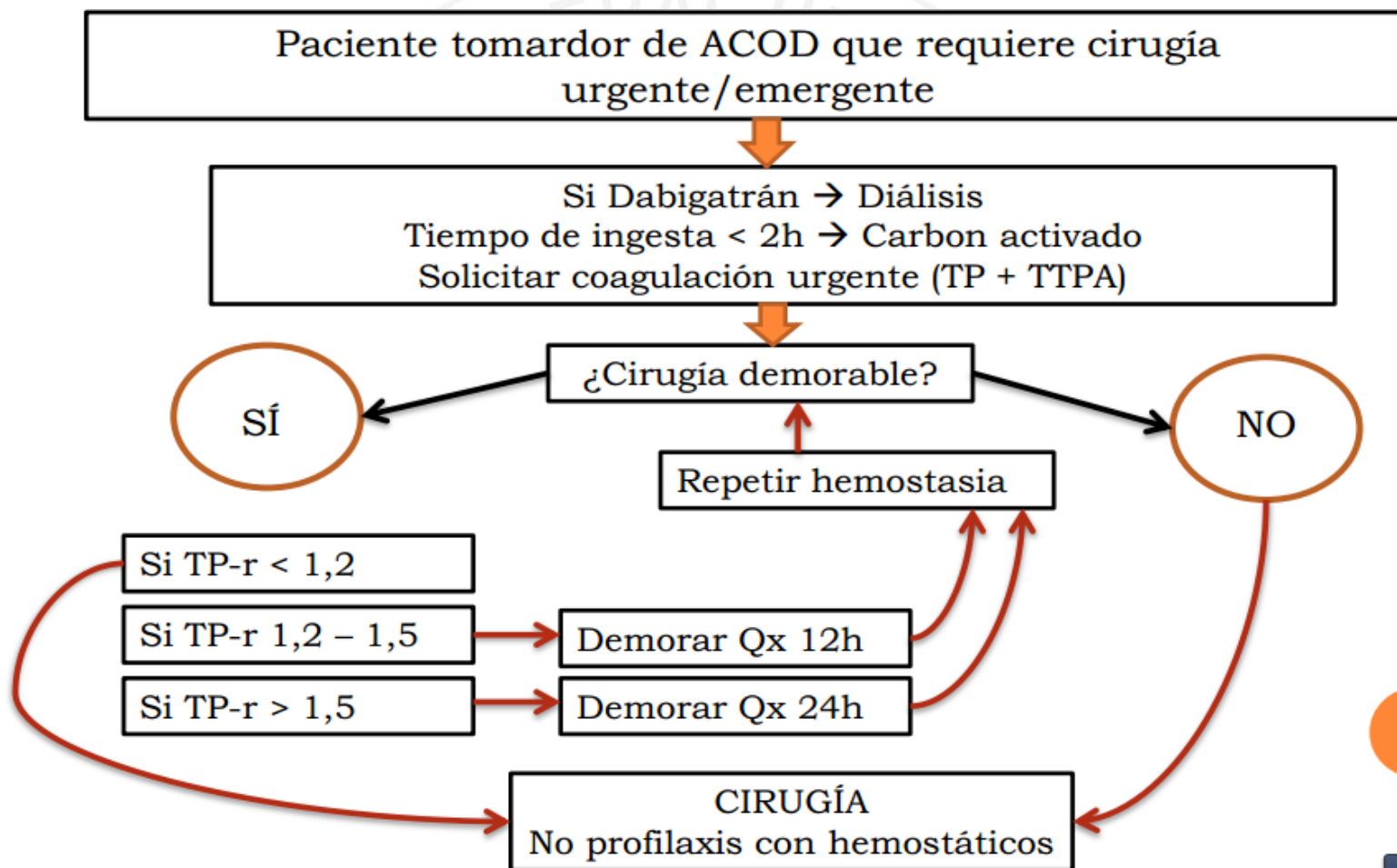
Figura 1 Propuestas de manejo de los pacientes con anticoagulación oral prolongada en el período peroperatorio o ante la realización de procedimientos invasivos. ACOD: anticoagulante oral de acción directa; HBPM: heparina de bajo peso molecular.

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016



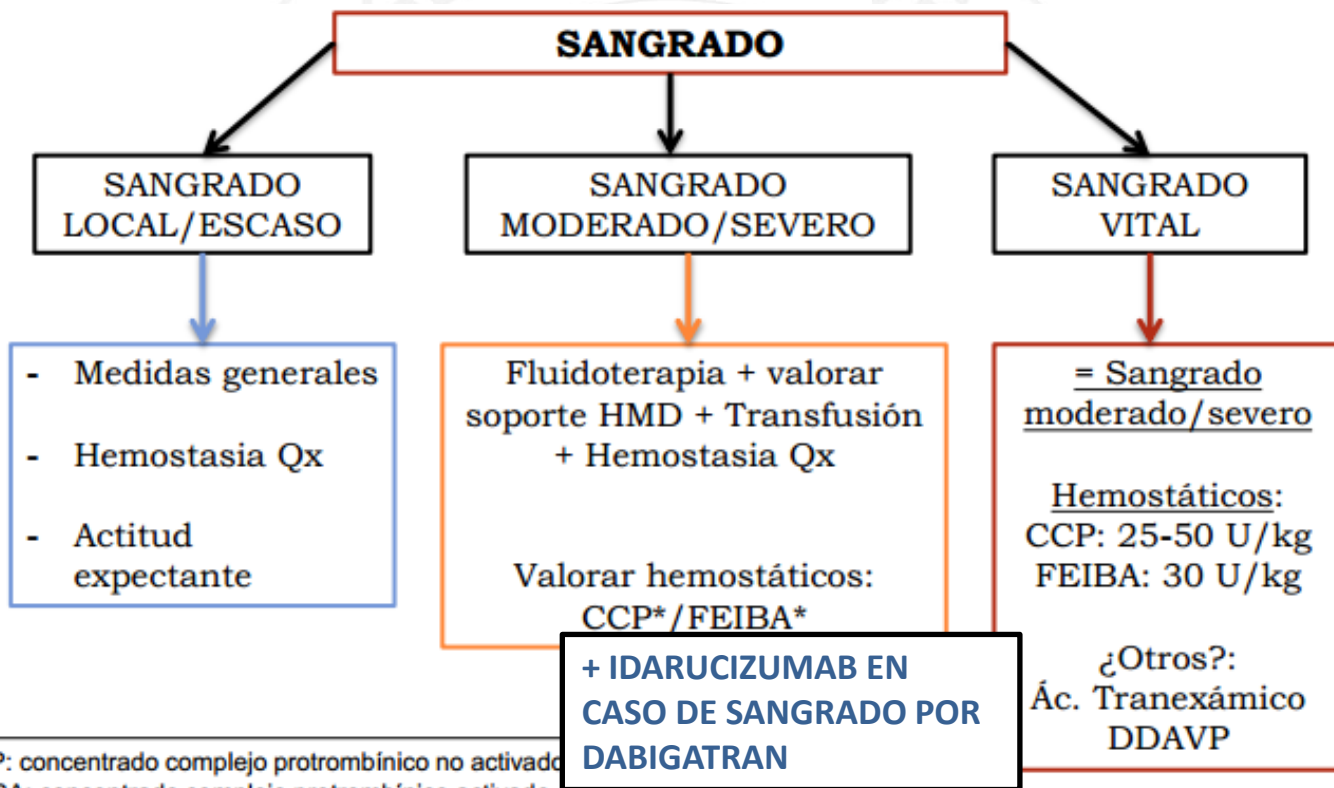
INCIDENTES DESTACADOS: RETIRADA DE ACOD

ACOD Y CIRUGÍA URGENTE



INCIDENTES DESTACADOS: RETIRADA DE ACOD

ACOD Y MANEJO DEL SANGRADO



INCIDENTES DESTACADOS: AUSENCIA DE PRUEBAS INMUNOHEMATOLÓGICAS

2 PACIENTES:

Varón 58 años, ASA II propuesto para prostatectomía abierta

Varón 57 años, ASA II propuesto para RTU prostática

AMBOS PACIENTES CARECÍAN DE PRUEBAS INMUNOHEMATOLÓGICAS QUE SE SOLICITARON EL MISMO DÍA DE LA CIRUGÍA RETRASANDO EL INICIO DE LA MISMA O ALTERANDO EL ORDEN DEL PARTE QUIRÚRGICO



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016



INCIDENTES DESTACADOS: AUSENCIA DE PRUEBAS INMUNOHEMATOLÓGICAS

X CAUSAS DEL ERROR:

OLVIDO DEL ESPECIALISTA QUE NO CONFIRMÓ LA PRESENCIA DE ESTAS PRUEBAS

X PROPUESTA DE SOLUCIÓN:

AVISO A DIRECCIÓN QUIRÚRGICA QUIEN SE COMUNICÓ CON EL JEFE DE UROLOGÍA RECORDANDO QUE SE COMPRUEBEN ESTAS PRUEBAS



INCIDENTES DESTACADOS: AUSENCIA DE PRUEBAS INMUNOHEMATOLÓGICAS

LISTA DE CIRUGÍAS UROLÓGICAS CON NECESIDAD DE SOLICITUD DE ESTAS PRUEBAS APROBADA POR EL COMITÉ DE HEMOTERAPIA

CATALOGO DE PC EN C. UROLOGICA AÑO 2006-11-21

		Pulseras
Biopsia prostática.....	0	
Circuncisión.....	0	
Cistectomía.....	PC/2U.....	X
Cistoscopia.....	0	
Cistostomía.....	G&A	
Escisión fistula uretral.....	G&A	
Hidrocelectomía.....	0	
Inserción prótesis peneana.....	G&A	
Meatomía.....	G&A	
Nefrectomía radical.....	PC/2U.....	X
Nefrolitotripsia.....	G&A	
Nefrostomía.....	G&A	
Orquipedexia.....	0	
Orquiectomía.....	0	
Penectomía.....	PC/2U.....	X
Prostatectomía.....	PC/2U.....	X
Pielotomía.....	G&A	
Reimplantación de ureter.....	G&A	
Resección de vejiga.....	PC/2U.....	X
Resección transuretral de prostata.....	G&A	
Uretectomía.....	G&A	



  <p>CENTRO DE DIAGNÓSTICO BIOMÉDICO</p> <p>Servicio de Hematología</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	<p>PAGINA: 1 de 1</p> <p>VERSIÓN:1</p> <p>FECHA 07-03-2011</p>
<p>Estudios inmunohematológicos de quirófano programado</p>		

SOLICITUD DE PRUEBAS CRUZADAS

1. **Pacientes no ingresados, el cirujano procederá a la petición de ESTUDIO INMUNOHEMATOLOGICO PREQUIRURGICO (HG 935) según catálogo de intervenciones, y pedirá el consentimiento informado de transfusión al paciente, quedando archivado en la HC.**
Se citará en UDCA en la agenda LH10 junto con el preoperatorio, acudiendo:
 - 1) Al Servicio de Transfusión de sangre para efectuar la toma de muestras.
 - 2) Horario de lunes a viernes de 8 h a 8.30 horas.
 - 3) El enfermero que realice la extracción debe de firmar en la hoja de Petición de Estudio Inmunohematológico Prequirúrgico y darle la copia al paciente para que la entregue en la unidad donde ingrese. El original junto con los tubos correspondientes (tubo de EDTA y tubo sin anticoagulante) debidamente identificados se remitirán al Servicio de Transfusión para su procesamiento.

2. **En la consulta de preanestesia se procederá a la petición de ESTUDIO INMUNOHEMATOLOGICO PREQUIRURGICO a aquellos pacientes con cifras de Hb \leq 12 gr/dl y riesgo quirúrgico (tipo de intervención/estado clínico del paciente), los cuales acudirán a la salida de la consulta al Servicio de Transfusión para la toma de muestras.**



INCIDENTES DESTACADOS: ERROR TRANSFUSIONAL

- ✘ VARÓN 60 AÑOS, ASA III PROPUESTO PARA CIRUGÍA DE URGENCIA NO ESPECIFICADA EN EL INCIDENTE
- ✘ **NECESIDAD TRANSFUSIONAL DE 1 POOL DE PLAQUETAS ADMINISTRÁNDOSE EL DE OTRO PACIENTE**
- ✘ **CAUSAS DEL ERROR:**

ERROR EN LA IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE HEMODERIVADOS
ERROR EN LA COMPROBACIÓN DEL POOL DE PLAQUETAS



INCIDENTES DESTACADOS: ERROR TRANSFUSIONAL

- ✘ MUJER, 72 AÑOS, ASA III, PROPUESTA PARA CIRUGÍA CARDIACA PROGRAMADA CON CEC
- ✘ **NECESIDAD TRANSFUSIONAL DE 1 CH ADMINISTRÁNDOSE EL RESERVADO PARA EL PACIENTE DEL QUIRÓFANO DE AL LADO**
- ✘ **CAUSAS DEL ERROR:**

**LOS CH DE LOS DOS QUIRÓFANOS SE GUARDAN EN LA MISMA NEVERA
ERROR EN LA COMPROBACIÓN DE LOS HEMODERIVADOS**



INCIDENTES DESTACADOS: ERROR TRANSFUSIONAL

X PROPUESTA DE SOLUCIÓN CASO 1:

COMUNICACIÓN CON EL JEFE DE SECCIÓN

COMPROBAR LA IDENTIDAD DEL PRODUCTO Y DEL RECEPTOR EN EL MOMENTO DE LA TRANSFUSIÓN

SOLICITUD CON IDENTIFICACIÓN ADECUADA

X PROPUESTA DE SOLUCIÓN CASO 2:

NO SACAR DEL BANCO DE SANGRE LOS HEMODERIVADOS HASTA QUE NO VAYAN A TRANSFUNDIRSE

COMPROBAR LA IDENTIDAD DEL PRODUCTO Y DEL RECEPTOR EN EL MOMENTO DE LA TRANSFUSIÓN

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 8 de Noviembre de 2016



INCIDENTES DESTACADOS: ERROR TRANSFUSIONAL

X PROPUESTA DE SOLUCIÓN CASO 1:

COMUNICACIÓN CON EL JEFE DE SECCIÓN

COMPROBAR LA IDENTIDAD DEL PRODUCTO Y DEL RECEPTOR EN EL MOMENTO

D Se informa que el almacenamiento de sangre en la nevera es una transgresión del protocolo y de buenas prácticas de seguridad por lo que se insta a abandonar esta practica.

NO SACAR DEL BANCO DE SANGRE LOS HEMODERIVADOS HASTA QUE NO VAYAN A TRANSFUNDIRSE

COMPROBAR LA IDENTIDAD DEL PRODUCTO Y DEL RECEPTOR EN EL MOMENTO DE LA TRANSFUSIÓN

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada

Valencia 8 de Noviembre de 2016



Muchas
Gracias!



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 8 de Noviembre de 2016**