

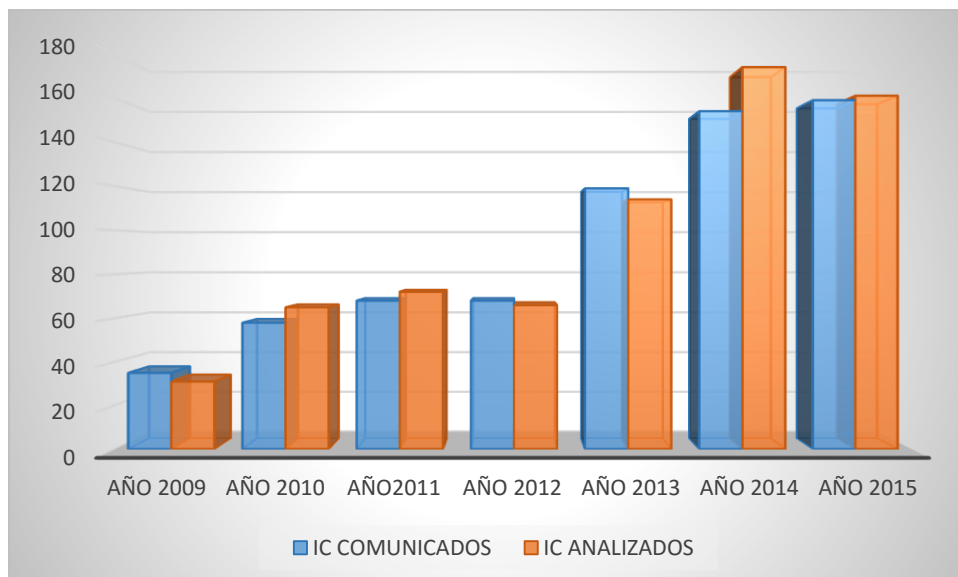
Memoria de 2015 del Grupo de Trabajo en Seguridad en Anestesiología (GTSA) del HGUGM

ÍNDICE:

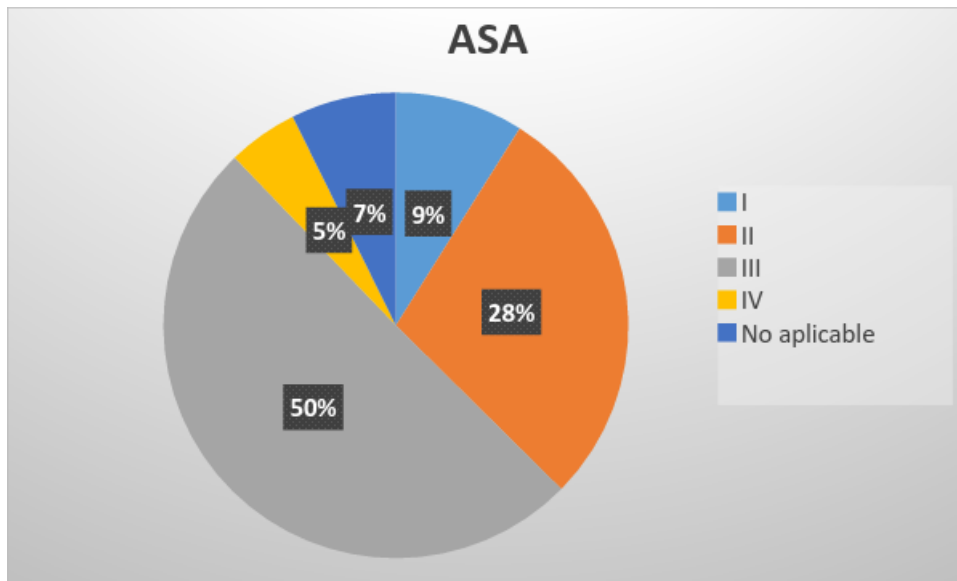
- I. Comunicación y análisis de incidentes
- II. Actividades realizadas durante el 2015 por el GTSA
 1. Sesiones
 2. Alertas
 3. Reuniones y grupos de trabajo
 4. Colaboración con actividades de seguridad en el HGUGM
 5. Participación en cursos y congresos
 6. Actividad docente, colaboración con SENSAR
 7. Publicaciones

I. COMUNICACIÓN Y ANÁLISIS DE INCIDENTES CRÍTICOS

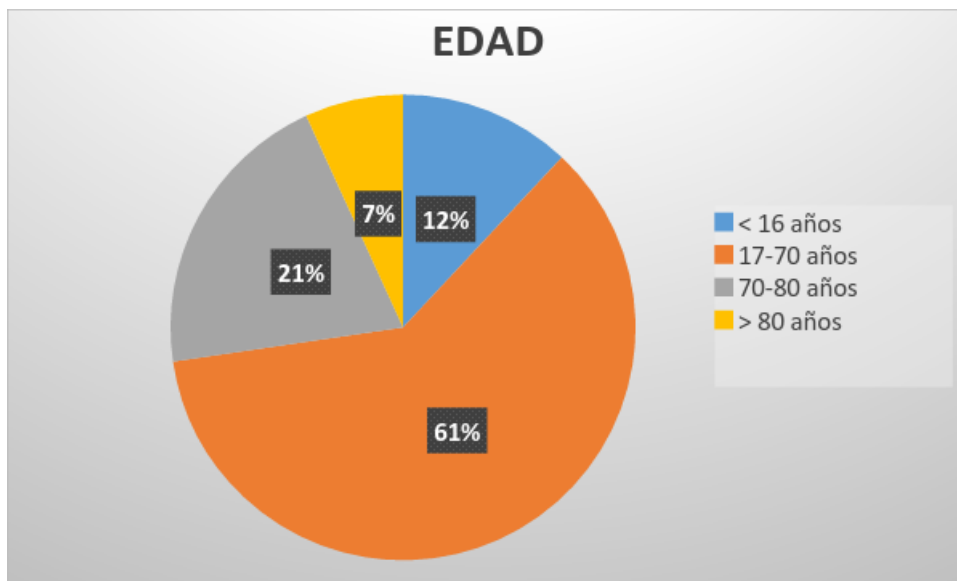
- 1. Comunicación:** durante el 2015 se han comunicado anónimamente 159 incidentes críticos (IC) a la base de datos anestic desde el servicio de Anestesiología y Reanimación del HGUGM
- 2. Análisis:** durante el mismo periodo de tiempo, el GTSA ha analizado 161 incidentes críticos comunicados
- 3.** La evolución de la comunicación/análisis de IC desde el 2009 ha sido ascendente, permaneciendo estable desde el año pasado



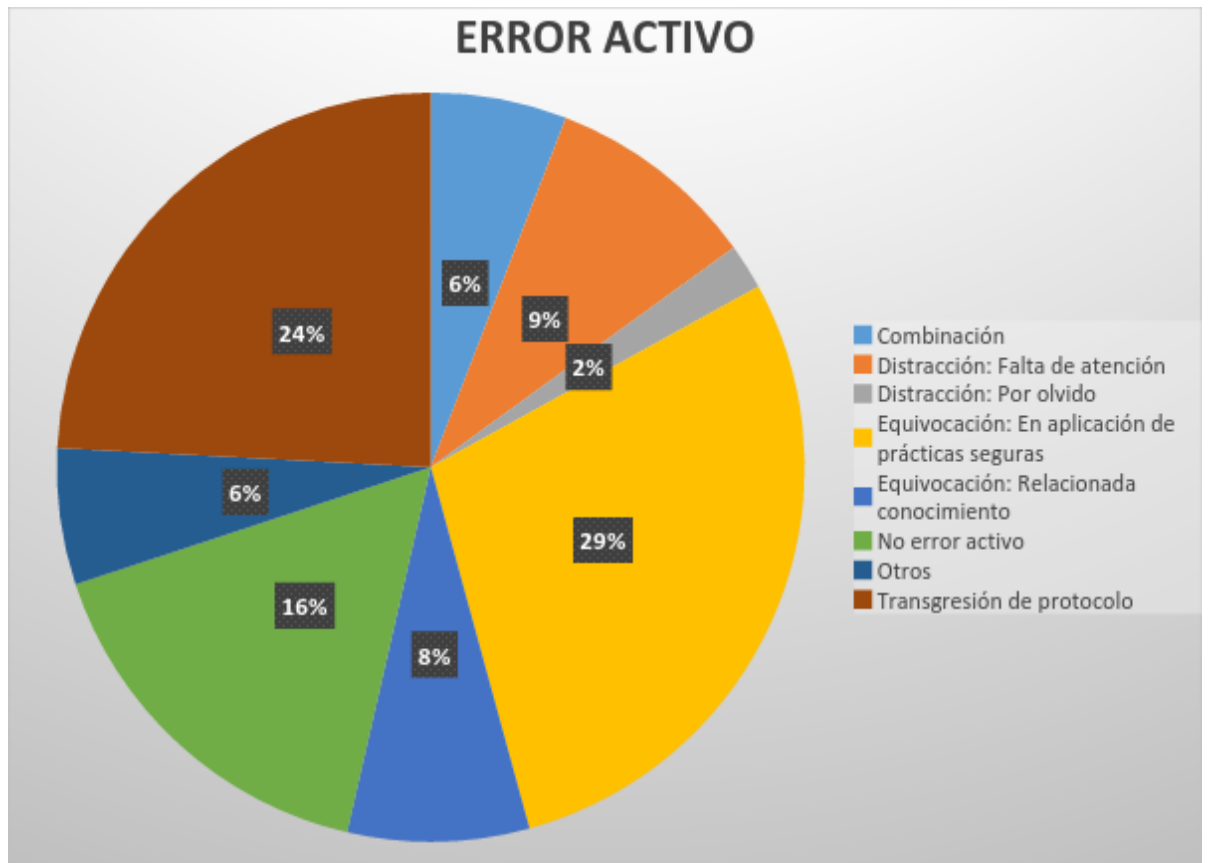
- 4. Tipo de comunicaciones:** de los IC comunicados 157 han sido incidentes, 1 se ha considerado una complicación y otro ha sido un comentario/queja.
- 5. ASA:** los IC comunicados se han producido en pacientes fundamentalmente ASA II y III, reflejo de las características de los pacientes que atendemos habitualmente:



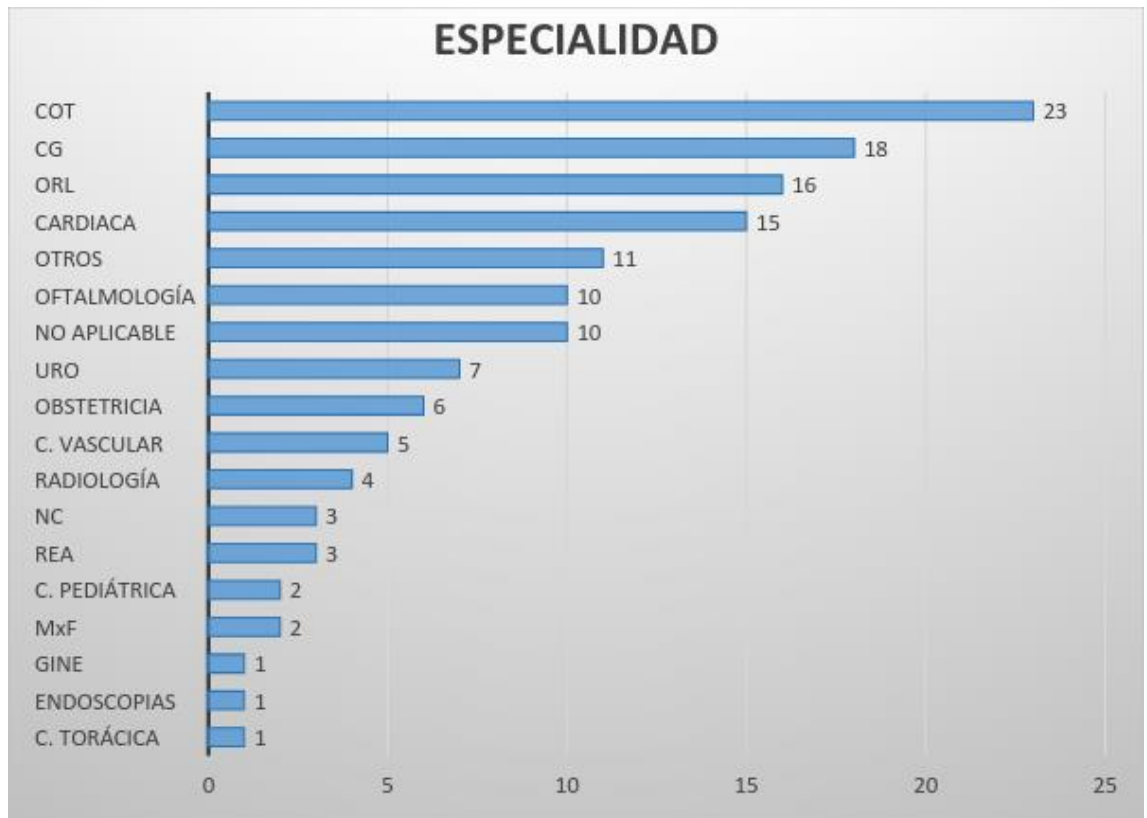
6. **Edades:** la clasificación por edades de los pacientes sigue la siguiente distribución:



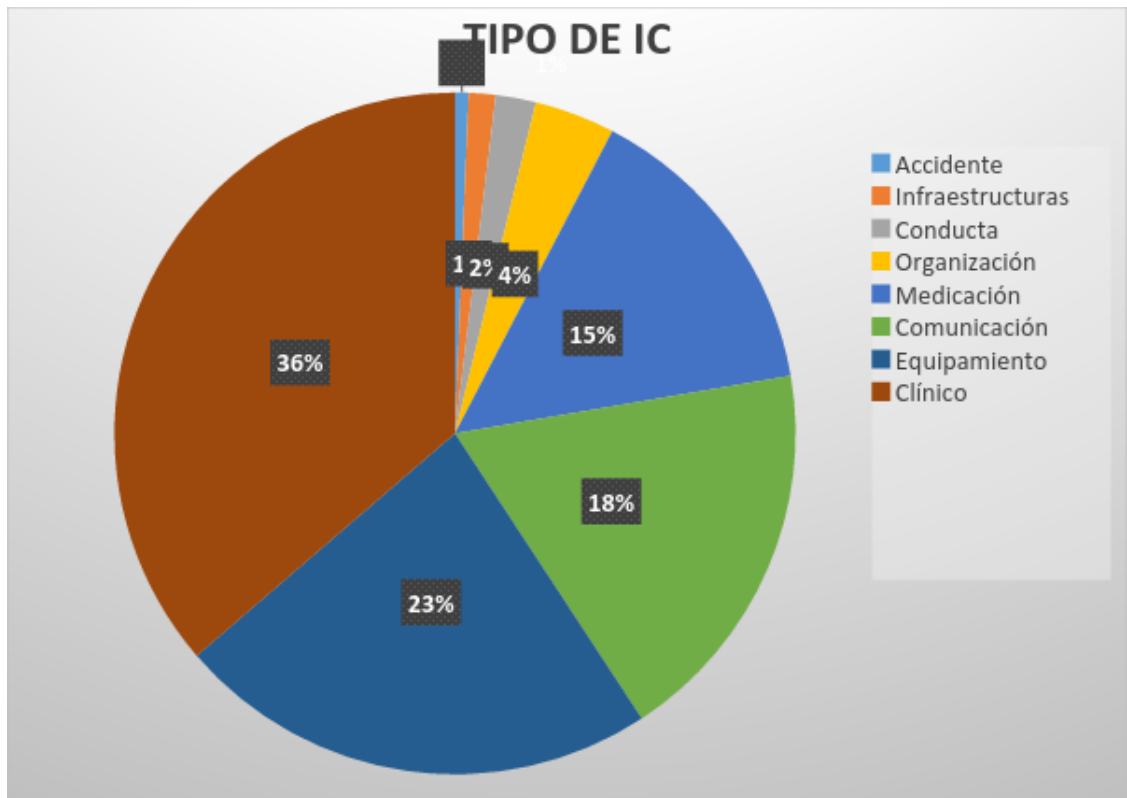
7. **Error activo:** sigue la distribución mostrada en el gráfico, con predominancia de la equivocación en aplicación de prácticas seguras y la transgresión de protocolos:



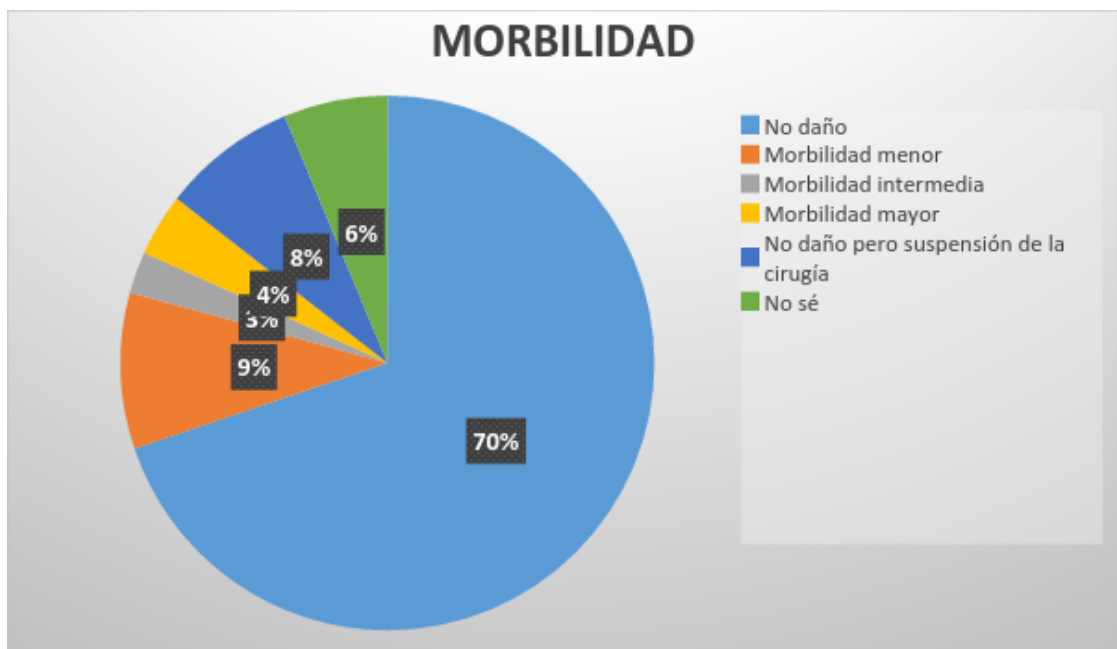
8. Clasificación por especialidades: las especialidades en las que se comunican más IC son Traumatología, Cirugía General, Otorrinolaringología y Cirugía Cardíaca, aunque también se han notificado en salas de Radiología y Endoscopias, Obstetricia y Reanimación:



9. Tipo de incidente: los IC comunicados siguen una distribución similar a la referida en la bibliografía, con predominancia de IC clínicos, de equipamiento, medicación y comunicación:

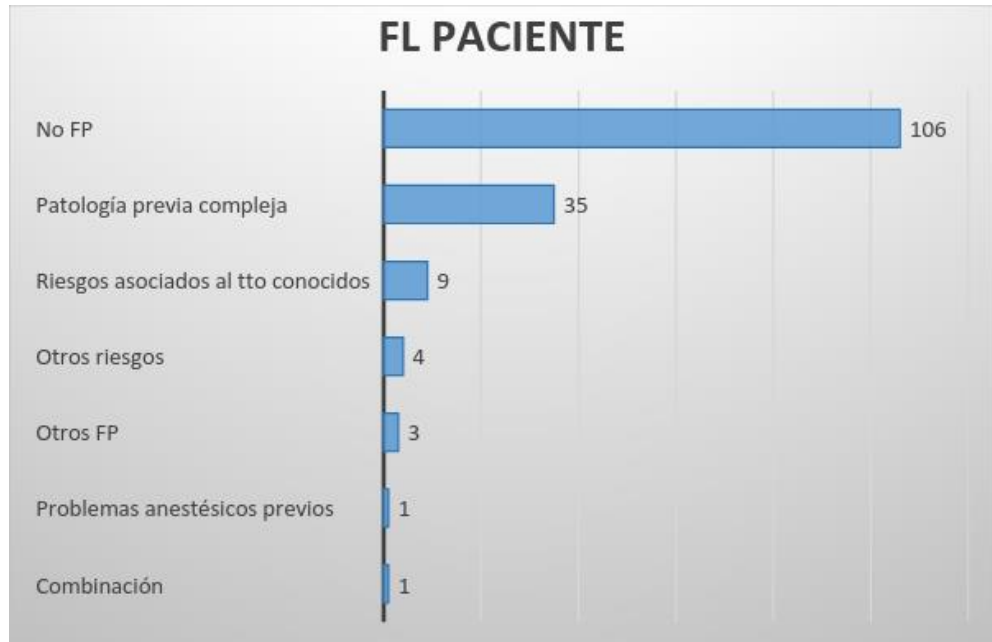


10. Morbi-mortalidad: un 70% de los IC notificados no han provocado daño al paciente, y un 9% se han asociado a morbilidad menor. Esto subraya el valor de la base de datos para aprovechar incidentes sin daño para aplicar medidas de mejora. No ha habido IC notificados con resultado de muerte, atribuible o no al incidente:



11. Análisis de los incidentes comunicados por factores latentes (FL) siguiendo el anagrama PITELO (Paciente, Individuo, Tarea, Equipo, Lugar, Organización):

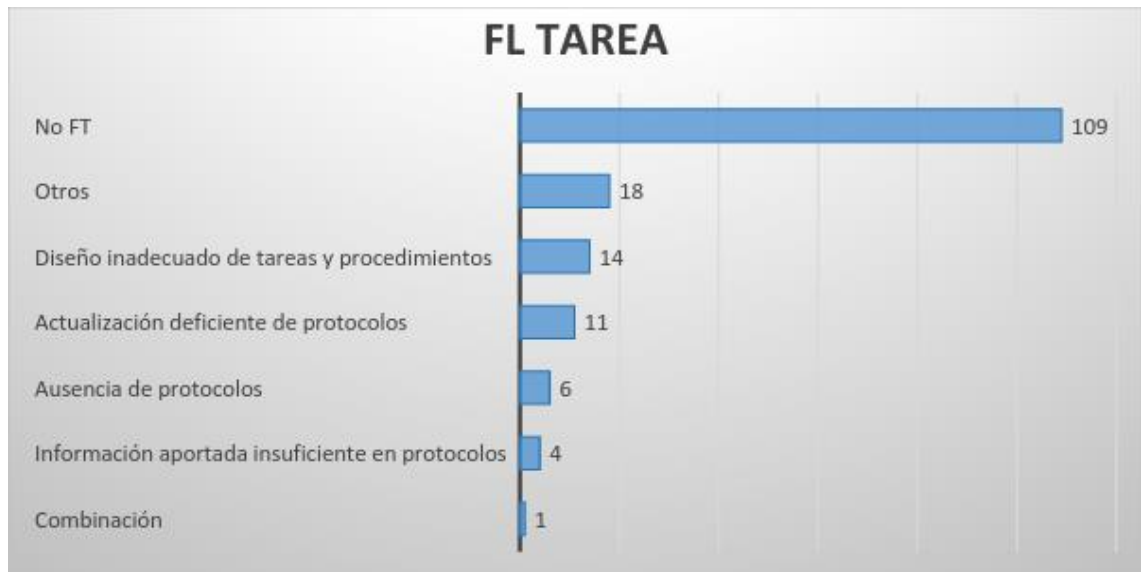
- a. **FL de Paciente:** como es esperable, el factor que más se asocia es la patología previa compleja



- b. **FL de Individuo:** el factor más asociado ha sido la falta de conocimiento, aunque también hay falta de motivación, de experiencia, combinación de factores y otros:



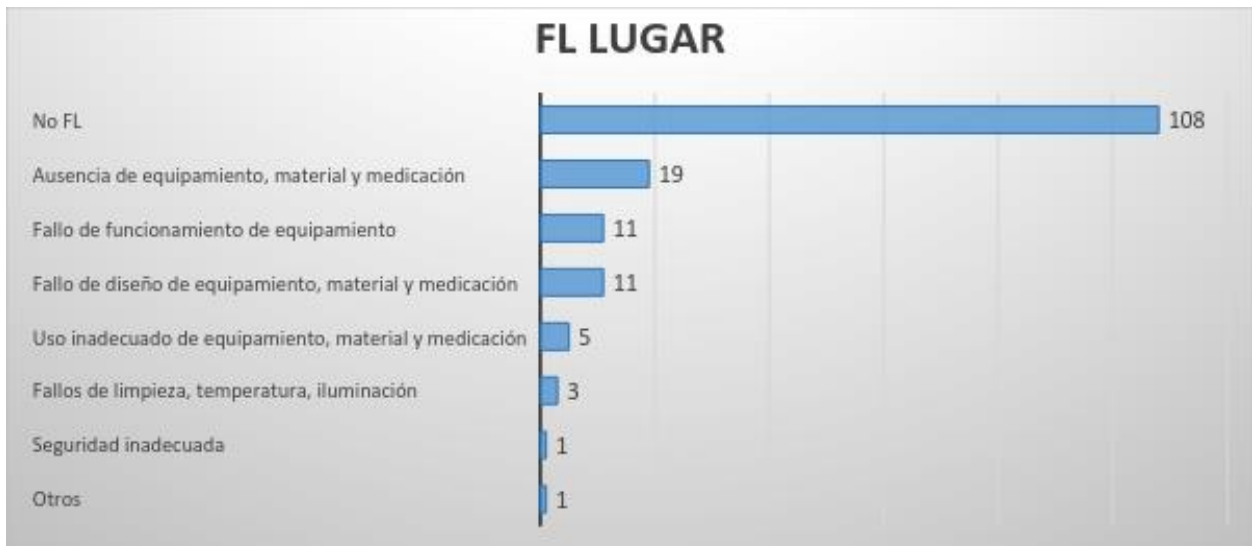
- c. **FL de Tarea:** los más encontrados han sido el diseño inadecuado de tareas y procedimientos, y los relacionados con los protocolos, como la actualización deficiente, su ausencia o la información aportada insuficiente:



- d. **FL de Equipo:** predomina la falta de supervisión del médico adjunto. Los errores de comunicación (entre médicos y otro personal, entre médicos y entre médico y paciente también están presentes



- e. **FL de Lugar:** lo más frecuente ha sido la ausencia o fallo de equipamiento, material y medicación, así como el fallo de su diseño o su uso inadecuado



f. **FL de Organización:** sobresale el fallo en la cultura de seguridad.



12. Medidas propuestas: tras el análisis por el GTSA de los 159 IC comunicados se han propuesto un total de 360 medidas de mejora: 141 reuniones o comunicaciones, presentar los IC en sesión clínica, alertas inmediatas, etc. Solo en 10 casos se han propuesto compra de material nuevo, lo que apoya el sistema como un sistema barato de mejora en seguridad.



13. Estado de las medidas propuestas: 191 de las medidas se consideran finalizadas y 78 están pendientes de implantación. Hay incidentes pendientes de presentar en sesión, ya que la última sesión se ha realizado antes de que finalizara el 2015.



II. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL 2015 POR EL GTSA

1. Sesiones:

- Sesión interactiva al Servicio de Anestesia sobre análisis de incidentes, trabajo en equipo y CRM (Crisis Resource Management)

- Caso clínico sobre seguridad en Reanimación
- Sesión sobre los incidentes críticos comunicados en 2014
- Sesión sobre el carro de Vía Aérea Difícil (VAD) al turno de noche de enfermería de los quirófanos de la urgencia del IPMQ
- Sesión sobre el carro de VAD para enfermeras nuevas contratadas en verano.
- Sesión sobre el carro de VAD al turno de tarde de enfermería de Reanimación
- Sesión clínica al Servicio de Farmacia sobre seguridad en anestesia, análisis de sistema y factor humano, incidentes comunicados a anesthetic, uso de la video-simulación como herramienta de aprendizaje
- Sesión sobre seguridad a los referentes de seguridad del HGUGM
- Sesión al Servicio de Anestesia sobre IC del primer semestre de 2015. Noviembre 2015
- Sesión sobre nuevo Protocolo para Manejo perioperatorio de los pacientes anticoagulados y/o antiagregados del HGUGM. Diciembre 2015
- Sesiones en Maternidad y Radiología sobre uso seguro de sistemas de infusión / llaves de tres pasos / conectores CLAVE

2. Alertas:

- Alerta sobre correcta cumplimentación del checklist.
- Nueva alerta sobre técnica de inserción de vías centrales
- Alerta sobre documentación errónea
- Alerta sobre errores de medicación
- Alerta sobre segundo tubo de identificación de grupo sanguíneo
- Alerta sobre nuevo protocolo de reserva de concentrados de hematíes

- Alerta sobre etiquetado de vías y medicación
- Alerta sobre los TACs de neuro-radiología de urgencia
- Alerta sobre hidrocortisona
- Alerta sobre cambio de presentación de fenilefrina y midazolam en el cuarto de shock
- Alerta sobre guía dejada tras canalización de vía central
- Alerta sobre extravasación inadvertida en paciente pediátrico
- Alerta sobre falta de respiradores en el IPMQ
- Alerta sobre la actualización del plan de parada cardio-respiratoria en el hospital

3. Reuniones y grupos de trabajo:

- Varias reuniones con el grupo de trabajo del LVQ (Listado de Verificación Quirúrgica, o check-list)) para implantar el nuevo check-list y estudiar los problemas en su implantación, en especial en el infantil
- Varias reuniones con el Dr. Anguita para la implantación del nuevo protocolo de reserva de concentrados de hemáties. Se ha presentado a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR), dada la frecuencia de incidentes relacionados con el protocolo.
- Se han presentado al jefe de Servicio de Anestesia varios incidentes ocurridos en Electrofisiología Cardíaca para establecer medidas correctoras
- Reuniones con Farmacia:
 - i. Para mejorar el seguimiento de las órdenes de medicación pautadas en la consulta de Anestesia.

ii. Para implantar mejoras en la medicación en quirófano, apoyados en las recomendaciones de la APSF (<http://www.apsf.org/resources/med-safety/watch>)

- Reunión con Subdirector Médico, representantes de Farmacia y de personal administrativo para mejorar el seguimiento de las órdenes de medicación pautadas en la consulta de Anestesia y evitar dar información médica por personal administrativo
- Reunión con responsables de diferentes áreas en relación a incidentes comunicados en salas de endoscopias y radiología.
- Reuniones periódicas con el grupo de trabajo sobre el mantenimiento de respiradores en las que se ha tratado la falta de material (respiradores y monitores) y la necesidad de ampliar el personal técnico dedicado al mantenimiento de los mismos, desde hace tiempo realizado por una única persona. Se ha presentado a la UFGR.
- Se sigue trabajando en la elaboración del protocolo de hand-over.

4. Colaboración con actividades de seguridad en el HGUGM:

- Corte para el cumplimiento de la identificación de líneas de administración y perfusiones en quirófano, junto con enfermería.
- Participación activa con la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos del HGUGM
- Nota de prensa en Madrid.org: *El Hospital Gregorio Marañón valida su acreditación como "Hospital Activo y Seguro"*

http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actualidad_FA&cid=1354533221652&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura

5. Participación en cursos y congresos:

- Seguridad y simulación en VAD. Curso SIMUVAD La Paz 5-7 febrero.

- Curso de gestión de riesgos sanitarios en los pacientes. HGUGM. Seguridad en Anestesia. Abril 2015
- Ponencia *Recomendaciones de la Declaración de Helsinki. Anestesia como paradigma de seguridad y sistemas de comunicación de incidentes*. 4ª Congreso Ibérico de CMA. Barcelona, Mayo 2015
- Ponencia *Seguridad en Anestesiología Pediátrica*. Congreso Nacional de la SEDAR. Santander, Octubre 2015.
- Curso de gestión de riesgos sanitarios en los pacientes. HGUGM. Seguridad en Anestesia. Octubre 2015
- 5º y 6º Curso de Seguridad del Paciente en Anestesiología. CSPA4 y CSPA5.
- *Safety Anesthesia Working Group in a tertiary hospital in Madrid: changing safety culture since 2006*. Garrido Sánchez A., De Miguel Á., Cabrerizo P., Portas M., Lema M., Grupo de trabajo de Seguridad en Anestesiología (GTSA). European Journal of Anaesthesiology June 2015; Volume 32, supplement 53.
- *Perforation of the left ventricular wall due to the insertion of a pulmonary artery catheter. A case report*. Garrido Sánchez A., Benito P., Hortal J., Barrio J.M., Quintana B., Lema M. European Journal of Anaesthesiology June 2015; Volume 32, supplement 53.
- 6 abstracts enviados al Congreso de Euroanesthesia (pendientes de aceptación).

6. Actividad docente, colaboración con SENSAR:

- Curso de formación para formadores en Seguridad. Estrategia multidisciplinar.
- Acompañamiento en la puesta en marcha de una herramienta para la comunicación y el análisis de incidentes críticos en el SAMUR/ Protección Civil.

- Programa de Seguridad en Anestesia y Cirugía. SEGACI. Curso para instructores. Primera y Segunda Ediciones.
- Sesión clínica en el Servicio de Anestesiología de Nuestra Señora de la Candelaria. La seguridad en el ámbito de la Anestesia. Santa Cruz de Tenerife.
- Curso de Seguridad del Paciente: resolución de crisis y Declaración de Helsinki. Primera edición. Centro IDEhA (Innovación y desarrollo Hospital Alcorcón).
- Traducción para SENSAR: *SENSAR records more than 5.000 learning opportunities in patient safety*
- Sesión clínica para hospitales del área de Levante. La seguridad en el ámbito de la Anestesia. Murcia
- Taller de simulación: aplicación de la Declaración de Helsinki y seguridad del paciente. Centro IDEhA (Innovación y desarrollo Hospital Alcorcón). SERMAS

7. Publicaciones:

- *Estudio de los factores que conducen al éxito en la aplicación de las recomendaciones de un análisis de incidentes “cuidado con la brecha”.* Lema, Cabrerizo, Garrido, Romera. Publicado en AnestesiaR. Junio 2015.
- Manual de crisis en anestesia. SENSAR (pendiente de publicación)
- PROANES. Programa oficial de actualización profesional en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor de la SEDAR. Bloque II. Anestesia y Reanimación en patologías de baja complejidad clínica y principales síndromes clínicos en el dolor crónico no oncológico.