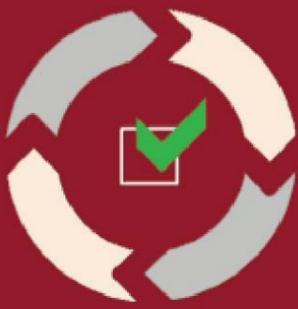


# Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE

**Edita:**

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste  
Hospital Clínico Universitario V. Arrixaca- Ctra. Murcia-Cartagena, s/n.  
30120 Murcia.  
Tel.: 968381064 - 986369701  
<http://www.murciasalud.es/saludsegura> - También en Arrinet/Calidad  
[saludsegura.area1.sms@carm.es](mailto:saludsegura.area1.sms@carm.es)

**Comité editorial:**

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, Pablo de la Cruz, Magina Blázquez, Pilar Ferrer, Beatriz Garrido, Juan A Gómez Company, Julio López-Picazo, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Pedro Soler, Nuria Tomás.

**Coordinador de edición:** Julio López-Picazo Ferrer

**Suscripción:** Envío gratuito. **Solicitudes:** [saludsegura.area1.sms@carm.es](mailto:saludsegura.area1.sms@carm.es)

e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013

Volumen 3, Número 3.

JULIO 2015



**En este número:**

- *Nuevas caras en el Núcleo de Seguridad.*  
Núcleo de Seguridad del Área 1 Murcia-Oeste.
- *Objetivo: mejorar la atención a las personas con ictus isquémico en la Arrixaca.*  
Begoña Palazón, Ana Morales, Julio López-Picazo, Nuria Tomás y Grupo de Mejora para la Atención al Ictus.
- *Plan de monitorizaciones internas para la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados de enfermería.*  
Joaquín León, Mercedes López. Pilar Ferrer, M<sup>a</sup>Fuentsanta Hellín.
- *Errores por etiquetado o envasado de apariencia similar: las cosas no son lo que parecen.*  
Beatriz Garrido Corro.
- *La UCI general de la Arrixaca estrena grupo de seguridad.*  
Carlos Albacete.
- *Luces y sombras del listado de verificación quirúrgica en la Arrixaca.*  
Unidad de Calidad Asistencial.

## Nuevas caras en el Núcleo de Seguridad

Como todos sabéis, el Núcleo de Seguridad es el grupo de personas del Área I que, entre otras actividades relacionadas con la seguridad del paciente, se encarga de:

- Realizar análisis cualitativos y cuantitativos de las notificaciones de incidentes de seguridad que le llegan a través de SiNASP o de otras fuentes.
- Proponer planes de mejora o planes de reducción de riesgos, y colaborar en su implementación.
- Difundir información sobre seguridad a los profesionales.
- Evaluar el funcionamiento del SiNASP.



Las personas que forman este grupo deben representar a diferentes tipos profesionales y áreas de trabajo, a fin de incorporar la seguridad del paciente desde el mayor número posible de perspectivas. Debido a la trascendencia de las decisiones que en ocasiones deben tomarse, la dirección ha de estar entre ellos. Con la reciente incorporación de tres compañeros, el Núcleo de Seguridad cuenta en la actualidad con doce personas:

- Carlos Albacete, médico de UCI general y miembro del grupo de seguridad de UCI.
- Tomasa Alcaraz, supervisora del Hospital Maternal
- Magina Blázquez, subdirectora médica.
- Pablo de la Cruz, farmacéutico.
- Pilar Ferrer, supervisora del área de calidad de enfermería.
- Beatriz Garrido, farmacéutica del área de prescripción electrónica y seguridad de medicamentos.
- Juan A Gómez Company, médico de la puerta de urgencias.

- Julio López-Picazo, coordinador médico de la Unidad de Calidad Asistencial.
- Virginia Pujalte, médico intensivista. Coordinadora del Servicio de Atención al Usuario.
- Soledad Sánchez, supervisora del área quirúrgica
- Pedro Soler, supervisor del área de radiodiagnóstico
- Nuria Tomás, médico de la Unidad de Calidad Asistencial y responsable del SiNASP en la Comisión de Seguridad del Área.

Todos ellos están a tu disposición para colaborar en la mejora de la seguridad de los pacientes que atendemos.



Nuevos miembros del Núcleo de Seguridad.  
De izquierda a derecha: Carlos Albacete, Masi Alcaraz y Pedro Soler

# Objetivo: mejorar la atención a las personas con ictus isquémico en la Arrixaca.

Palazón Cabanes B<sup>1</sup>, Morales Ortiz A<sup>2</sup>, López-Picazo Ferrer JJ, Tomás García N<sup>3</sup> y Grupo de Mejora de la Atención al Ictus<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Neuróloga. Puerta de Urgencias General.

<sup>2</sup>Coordinadora de la Unidad de Ictus.

<sup>3</sup>Coordinador de la Unidad de Calidad Asistencial.

<sup>4</sup>Médico de la Unidad de Calidad Asistencial.

La enfermedad cerebrovascular constituye uno de los principales problemas sociosanitarios en España: es la segunda causa de mortalidad global, la primera causa médica de discapacidad permanente en el adulto y la segunda causa de demencia. El ictus es un proceso dinámico: tras la oclusión de una arteria cerebral hay tejido cerebral hipoperfundido en riesgo de evolucionar a un infarto permanente, y que puede ser salvado si el flujo sanguíneo se restaura precozmente.

Los avances en el tratamiento han hecho que el ictus sea considerado una urgencia, ya que existen terapias de reperfusión cuyo objetivo es eliminar la oclusión arterial y restaurar el flujo sanguíneo cerebral tan pronto como sea posible para limitar el daño tisular, mejorando así el pronóstico funcional y disminuyendo la mortalidad de los pacientes con ictus.

Se ha demostrado que la eficacia y la seguridad del tratamiento dependen de la precocidad con que se administre y disminuyen progresivamente con el tiempo de evolución. Además, estas terapias tienen una ventana terapéutica estrecha que constituye uno de los principales criterios de exclusión. Todo ello obliga a coordinar las actuaciones para asegurar el mínimo tiempo de respuesta. En este sentido, existe evidencia científica de que la implantación

*Si un minuto que pasa es irrecuperable, ¿cómo podemos malgastar tantas horas?*

Mahatma Gandhi (1869-1948).  
Político y pensador indio

del “Código Ictus” (CI) mejora los tiempos de atención al ictus agudo. Se trata de un sistema que permite la rápida identificación, notificación y traslado de estos pacientes al centro de referencia más cercano capacitado para realizar un tratamiento de revascularización y ofrecer el ingreso en una unidad de ictus. Hasta ahora los principales esfuerzos se han centrado en el CI extrahospitalario (hasta que llegan al hospital), y no tanto en las actuaciones una vez que el paciente está allí. Es importante tener en cuenta que el tiempo intrahospitalario es una responsabilidad directa de los profesionales que atienden al paciente con ictus agudo desde su llegada a la puerta de urgencias. El proyecto pretende evaluar y mejorar la atención al ictus en nuestro Hospital, con el objetivo de acortar los tiempos intrahospitalarios y con ello maximizar los beneficios clínicos, así como diseñar y lanzar un plan de monitorización que asegure el cumplimiento de unos estándares adecuados a largo plazo.

## ¿CÓMO EMPEZAMOS?

El proyecto cuenta con un abordaje tanto cuantitativo como cualitativo. En primer lugar, se estudió a todos los pacientes con ictus isquémico agudo tratados con terapias de reperfusión desde 2009 a 2014: fibrinólisis intravenosa (TLIV) y trombectomía intraarterial mecánica (TIAM). Se recogieron y analizaron variables relacionadas con el paciente, el evento vascular, el proceso extra e intrahospitalario del CI y el resultado clínico. Además, se registraron los tiempos de asistencia intrahospitalaria y los indicadores de calidad recomendados en las guías clínicas:

\* El grupo de mejora está formado por: Araez N (Celador urgencias), Barragán P (Enfermera urgencias), Castellanos MJ (Supervisora urgencias), Gómez M. (Enfermera radiología), Hernández R (Neuróloga), Herzog M (Médico urgencias), López J (Anestesiista), López-Picazo JJ. (Unidad calidad), Molina M (Enfermera unidad ictus), Morales MD (Radiólogo), Morales A. (Coordinadora Unidad de Ictus), Moreno A (Neurorradiólogo intervencionista), Palazón B (Neuróloga), Pérez M (Análisis Clínicos), Saura E (Aux. enf. urgencias), Tomás N (Unidad de calidad), Zamarró J (Neurorradiólogo intervencionista), Zaragoza A (enfermera neurorradiología).

- % pacientes con tiempo puerta-TLIV  $\leq$  60 minutos,
- % pacientes con tiempo puerta-TC (tomografía)  $\leq$  25 minutos, y
- % pacientes con tiempo TLIV-TIAM  $\leq$  90 minutos

Además, se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por 20 profesionales de los diferentes estamentos y servicios implicados en el proceso intrahospitalario de atención al ictus agudo. Se convocaron reuniones conjuntas en las que se aportaron las causas potenciales de retraso en la aplicación del tratamiento de reperfusión, tras lo que se elaboró un diagrama causa-efecto (Ishikawa) consensuado por todos.

También se elaboraron los flujogramas de los procedimientos en uso para la atención al CI en nuestro hospital, a través de entrevistas estructuradas con cada uno de los profesionales implicados en la cadena asistencial.

## ¿CUÁL ERA LA SITUACIÓN DE PARTIDA?

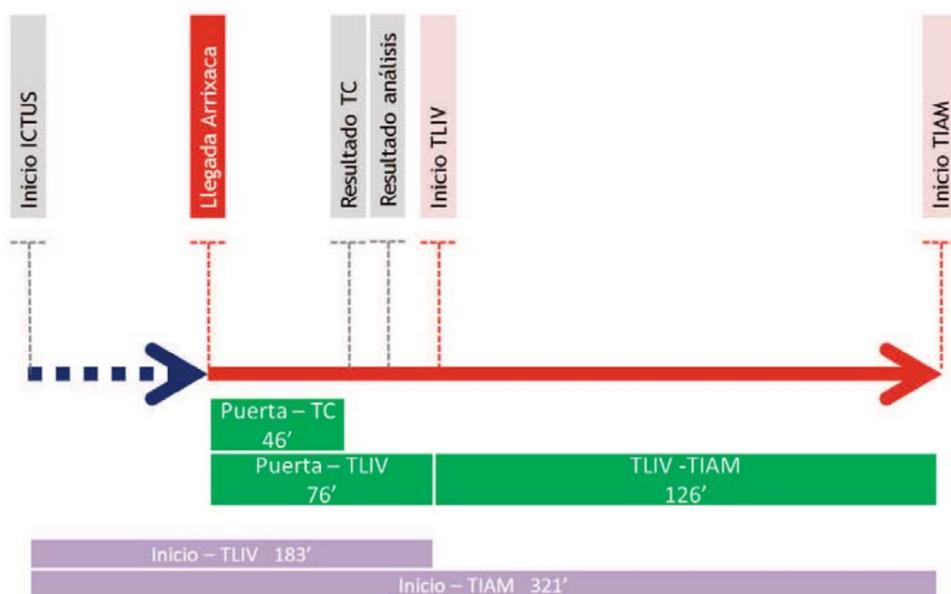


Figura 1. Principales tiempos de atención obtenidos al inicio del proyecto. TC: Tomografía computarizada; TLIV: Trombolisis intravenosa; TIAM: Trombectomía intraarterial mecánica

Analizamos los 337 pacientes con CI que fueron tratados con terapias de reperfusión. Su edad media fue 68,5 años, con un rango de 13 a 89 años. Un 17,2% era mayor de 80 años, un 9,5% menor de 50 años. El 54% eran varones. Se aplicó TLIV al 66,2% y TIAM al 54,1% de los pacientes. La edad del paciente y la procedencia o no de otro hospital (entre otros) influyen en los tiempos de atención, que se resumen en la figura 1. El resultado de los indicadores de calidad, claramente mejorable, se resume en la figura 2.

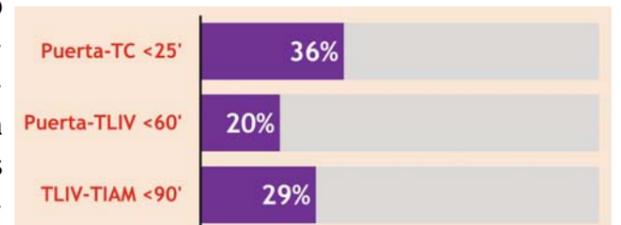


Figura 2. Indicadores de calidad al inicio del proyecto. Porcentaje de pacientes con tiempos adecuados al estándar

Respecto a los resultados clínicos, que medimos a través del NIHSS (Escala de Ictus del National Institute of Health), la diferencia entre la basal (momento agudo) y al alta fue de 7,6 puntos, donde un 46% de los pacientes mostraron valores excelentes. Como era de esperar, se comprobó mayor empeoramiento en pacientes con mayores tiempos TC-TLIV, así como más éxitos en pacientes con mayores tiempos puerta-TIAM.

## INDAGANDO LAS CAUSAS DE RETRASO

Identificamos el problema “retraso terapéutico en el paciente con ictus” y elaboramos un diagrama de Ishikawa, clasificando sus causas en seis categorías genéricas: activación tardía del CI, datos de filiación e historia clínica incompletos, retraso en el resultado de pruebas complementarias, déficit de formación y entrenamiento del personal implicado, preparación del paciente, y decisión terapéutica (Figura 3). También construimos los flujogramas que explican el tránsito de estos pacientes por el hospital (Figura 4).

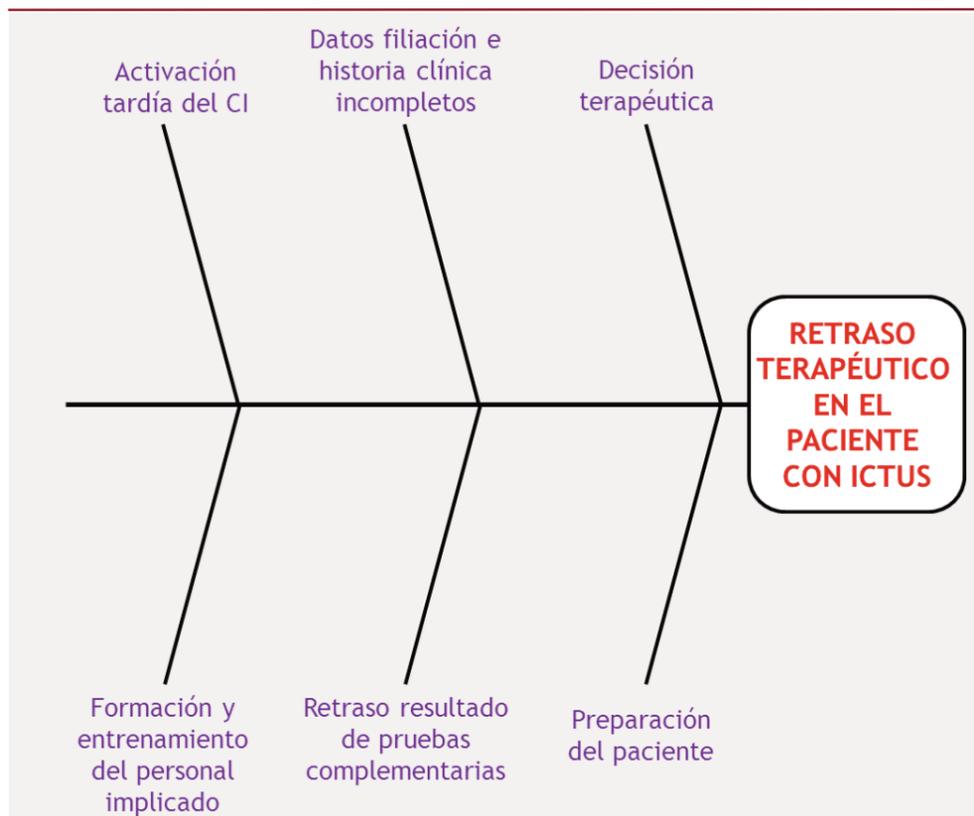


Figura 3. Análisis de causa-efecto. Causas de primer orden identificadas

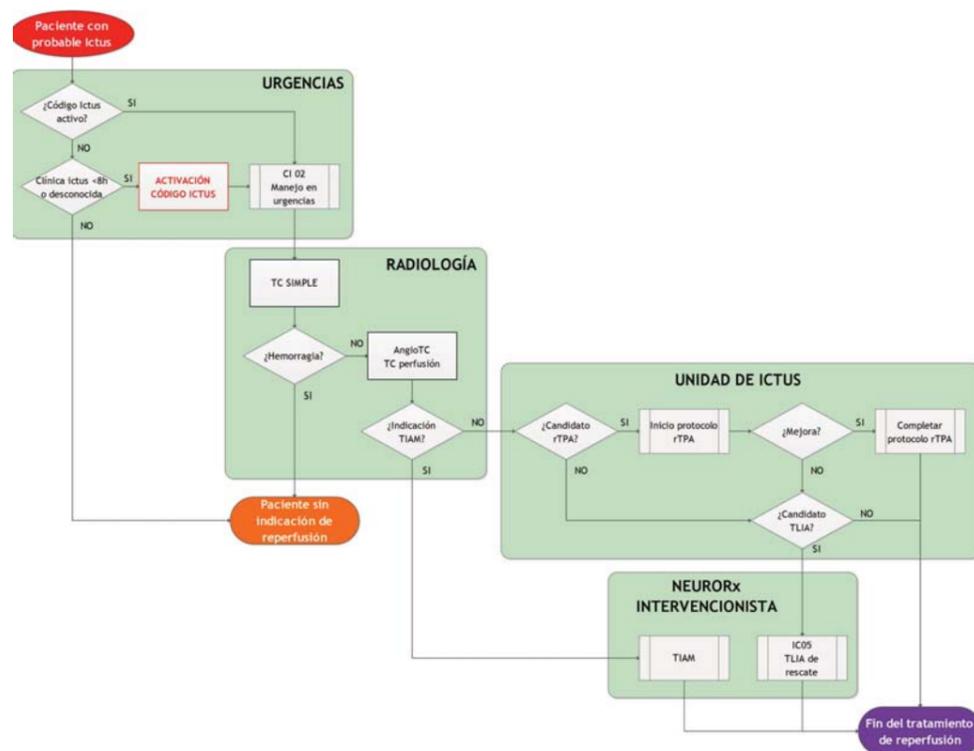


Figura 4. Flujograma general

### TRABAJANDO PARA CAMBIAR LAS COSAS

En base a estas causas, se propusieron 57 posibles intervenciones, que el grupo de mejora priorizó según su importancia en el acortamiento de tiempos y la factibilidad de su implantación. Se seleccionaron así 23 intervenciones, que quedaron agrupadas en 12 líneas estratégicas de mejora. Para cada una de las líneas de mejora priorizadas se estableció una planificación operativa: se concretó cuándo, cómo y quién debía de llevarla a cabo, para lo que se utilizaron diagramas de Gantt (figura 5).

Desde el 15 de Abril hasta el 30 de Junio se han implantado de forma progresiva todas estas medidas. Para ello ha sido necesaria la implicación de múltiples profesionales que mediante charlas divulgativas, mails, elaboración de carteles informáticos, reelaboración de protocolos, etc. han hecho posible que todas las tareas se hayan realizado de acuerdo a los plazos propuestos.

El siguiente paso será, tras un periodo de unos meses de aprendizaje, realizar una nueva evaluación de la situación para confirmar la mejora, con nueva medición de los tiempos e indicadores de calidad. Además, se diseñará un

plan de monitorización que asegure el cumplimiento de los estándares de calidad propuestos a largo plazo, con el fin de que la mejora sea permanente y continua.

### ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

Este proyecto ha permitido la comprensión del proceso de atención al paciente con ictus agudo, esto es, conocer el porqué de las demoras en la aplicación del tratamiento de reperusión. La puesta en marcha de actividades de mejora conlleva una intervención planificada que cuenta con la participación activa todos los profesionales implicados. Supone un ejemplo de las ventajas de horizontalizar el abordaje de los procesos asistenciales: la coordinación y consenso entre diferentes profesionales, unidades y servicios, con el objetivo común de aportar al paciente una atención con la mayor efectividad y seguridad posibles.

La consecuencia de todo ello, mejoras en los resultados clínicos, una atención más segura y, lo más importante, mayor calidad de vida para los pacientes con ictus que acudan a nuestro hospital. De hecho, aunque la medición formal de los tiempos está prevista tras el fin de las intervenciones y pasado un periodo de aprendizaje, ya se observa una tangible mejora en la atención al paciente con ictus agudo en la Arrixaca. Se traduce en una mayor agilidad y fluidez en las diferentes etapas de la cadena asistencial, así como en una mayor concienciación por parte del personal implicado en el proceso.

El proyecto no finaliza con esta segunda medición. Pretendemos monitorizar la aplicación de las intervenciones a largo plazo para que siga siendo así, de forma que la mejora sea persistente y continua.

LINEA DE ACTUACIÓN	RESPONSABLES	PERIODO (quincenas)					
		1Q - Abril	2Q - Abril	1Q - Mayo	2Q - Mayo	1Q - Junio	2Q - Junio
1 Ubicación inicial del paciente en hemodinámica	Ana Morales Diego Teruel						
2 Recogida inicial de datos por el 061	Ana Morales Begoña Palazón						
3 Asignación NHC desconocida	UCA. Admisión urgencias						
4 Resultados laboratorio urgencias	Ana Morales Millán Pérez						
5 Resultado TC	Begoña Palazón M. Gómez						
6 Cambios protocolos Unidad de Ictus	Ana Morales Manuela						
7 Traslados del paciente a planta	UCA Jefe celadores						
8 Documento de Consentimiento Informado conjunto	Ana Morales, UCA.						
9 Protocolo aviso a neuroradiólogo localizado	Ana Morales, Antonio Moreno.						
10 Actividades de formación	A. Morales, B. Palazón, R. Hernández, B. Escibano.						
11 Disponibilidad de medicación sedante en zona TC	B. Palazón, M. Gómez, Supervisor enfermería Rx						
12 Optimizar tiempos en guardias localizadas	UCA. Dirección médica.						

Figura 5. Cronograma. Diagrama de Gantt que recoge líneas de actuación, responsables y periodos de implementación

# Plan de monitorizaciones internas para la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados de enfermería.

Hellín J, López M, Ferrer P, Hellín MF.  
Área de Calidad de Enfermería. Área 1 Murcia-Oeste Arrixaca

Un Programa de Gestión de la Calidad está constituido por un conjunto de elementos estructurales y actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la calidad, aumentando la efectividad, la eficiencia y la satisfacción de proveedores y usuarios. Una de estas actividades es la monitorización, que consiste en una medición sistemática y planificada de indicadores de calidad.



Figura 1. Algunos miembros del Área de Calidad de Enfermería implicados en la monitorización interna. De izquierda a derecha; Joaquín León, Mercedes López, Pilar Ferrer y MªFuensanta Hellín

Monitorizar implica identificar los indicadores que vamos a medir y diseñar o definir el plan de monitorización. Los indicadores que monitorizamos proceden de ciclos de mejora, de actividades establecidas (protocolos) o de aspectos o servicios relevantes. Nos sirve para controlar si se mantiene el nivel establecido de calidad, además de identificar problemas que podemos mejorar.

La evaluación y seguimiento de los indicadores GREMCCE incluidos en los contratos de gestión no abarca todos estos aspectos. Por ello en 2010 se iniciaron diversas monitorizaciones internas desde el Área de Calidad de Enfermería, a fin de comprobar los niveles de calidad marcados para algunas actividades de enfermería nunca evaluadas anteriormente y detectar oportunidades de mejora. Estas monitorizaciones han ido evolucionando a lo largo de estos años y ha dado lugar a un calendario anual de mediciones programadas. El diseño de cada una de ellas sigue el siguiente índice:

- Definición y tipo de indicador.
- Unidad de estudio y marco muestral.
- Estándar (AQL) y umbral (LQL).
- Riesgo  $\alpha$  y  $\beta$ .
- Tamaño de la muestra y número decisional.
- Método de muestreo.
- Fuentes de datos.
- Interpretación de resultados.

Éste es un estudio descriptivo sobre la evolución que han experimentado nuestras monitorizaciones internas desde 2010 hasta 2015, en cuanto a su número, indicadores evaluados, relación de las unidades en que se han realizado, periodicidad de las mediciones y utilidad de las mismas.

El número de elementos que se monitorizan ha experimentado en estos años una creciente evolución, desde 3 en 2010 con hasta 31 en 2014. Debido a la reciente actualización de los protocolos del área, y en consecuencia de sus indicadores, están previstas 33 monitorizaciones durante 2015. Aunque son mayoritarias en el Hospital General, siguen creciendo las que se realizan en el Hospital Maternal y en el Hospital Infantil (figura 2).

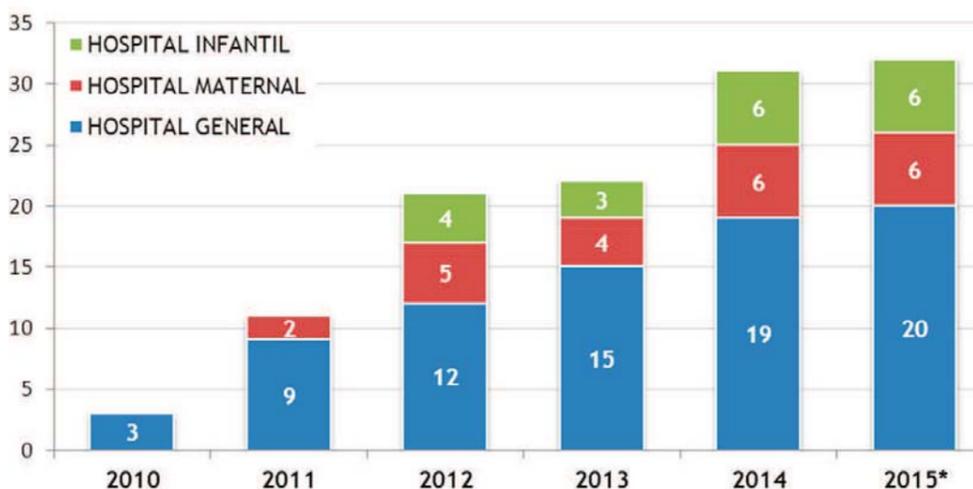


Figura 2. Número de monitorizaciones efectuadas. Evolución por año y hospital

Son un total de 21 monitorizaciones diferentes, que engloban 16 temas distintos relacionados con la seguridad del paciente. Se recogen en la figura 3.

En estos 6 años se han realizado un total de 121 monitorizaciones. Algunas de ellas se han mantenido en el tiempo, y otras se han abandonado en función de las necesidades detectadas, los resultados obtenidos o los objetivos marcados por la Dirección de Enfermería y el Área de Calidad de Enfermería. Como más numerosas destacan la relacionada con la verificación quirúrgica, la pulsera identificativa y la valoración y tratamiento pre-quirúrgico a los pacientes que se van a intervenir, ambas en el Hospital General. Son los meses

febrero/marzo y octubre/noviembre donde más se realizan, ya que la mayoría son semestrales, excepto el de verificación quirúrgica (cuatrimestral) y el relacionado con los protocolos (anual).

Este 2015 están previstas y realizadas ya muchas. Es posible que finalmente sean más de las previstas, ya que algunos protocolos están en construcción, y existen algunos indicadores

- Valoración y tratamiento prequirúrgico.
- Pulsera identificativa.
- Higiene de manos.
- Riesgo de caídas.
- Identificación del recién nacido.
- Satisfacción de la puerpera.
- Verificación quirúrgica.
- Valoración y tratamiento prequirúrgico.
- Medicamentos de alto riesgo en botiquines.
- Carro de parada.
- Bacteriemia Zero: catéter venoso central en UCI.
- Cuidados intraoperatorios.
- Recepción del paciente quirúrgico.
- Cuidados de la sonda nasogástrica.
- Administración de nutrición parenteral.
- Protocolos actualizados disponibles en intranet.

Figura 3. Elementos que se monitorizan.

nuevos pendientes de medir conforme se nuevas mejoras en la agenda de cuidados de enfermería. Son los correspondientes a la herida quirúrgica, úlceras por presión e infección urinaria relacionada con sondaje vesical, que se van a medir por primera vez a través de planes de cuidados.

La monitorización de actividades de cuidado y seguridad del paciente permite mantener los niveles de calidad establecidos y asegurar el cumplimiento de objetivos por los profesionales. Además, ofrece datos objetivos que justifican la amplia productividad del Área de Calidad de Enfermería de ciclos de evaluación y mejora.

El próximo objetivo es medir los resultados que tienen estas monitorizaciones en la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados que prestamos.

# Errores por etiquetado o envasado de apariencia similar: las cosas no son lo que parecen.

**Garrido B.**  
Farmacéutica. Uso seguro del medicamento.

El acondicionamiento primario de las ampollas de dos especialidades del laboratorio Inibsa® mantiene una “imagen de marca” muy similar en cuanto a tamaño, diseño y color, de manera que únicamente se distinguen por el nombre (Figura 1). **Esta similitud fue la causa de un error comunicado recientemente al SINASP, al producirse una confusión entre estas especialidades.**

En un quirófano del Hospital, durante la preparación de un elastómero para infusión epidural continua de bupivacaína en un postoperatorio, se seleccionaron 6 ampollas del cajón correspondiente a bupivacaína al 0,5%. Se comprobó la primera ampolla, que era la deseada. Sin embargo este cajón contenía varias ampollas de mepivacaína 1%, inusual en ese quirófano. Se habían almacenado por error días atrás, tras haberlas utilizado en otro procedimiento. Afortunadamente, el error se detectó en el recuento final y se desechó la solución preparada.

Ambos fármacos pertenecen al grupo terapéutico N01BB (anestésicos locales tipo amida). La diferencia radica en su perfil farmacocinético:

- Bupivacaína presenta mayor duración de sus



Figura 1. Ampollas de bupivacaína y de mepivacaína de Inibsa®.



Figura 1. Mepivacaína 2% de Braun®.

efectos e inicio lento de acción pudiendo tardar hasta 30 min para el efecto máximo. Se emplea en bloqueos epidurales lumbares como en analgesia epidural durante el parto, siendo el fármaco más empleado en anestesia raquídea. Su vida media es de 2,7 horas.

- Sin embargo, mepivacaína se emplea para anestesia local por infiltración, bloqueos nerviosos, anestesia regional intravenosa, anestesia epidural y caudal, odontostomatología, etc. Tiene rápido inicio de acción y duración de efectos intermedia. La vida media es 1,9 horas.

Este problema de similitud es frecuente cuando el diseño pretende mantener una “imagen de marca” en los productos del laboratorio, en lugar de considerar la seguridad de su uso. Para evitar posibles errores, en estos casos se recomienda, si es posible, adquirir a otro laboratorio uno de los medicamentos que pueden generar confusión, incorporar etiquetas adicionales que ayuden a diferenciar unas especialidades de otras o incluir alertas en los lugares de almacenamiento a fin de extremar las precauciones.

En nuestro caso se retiró la presentación de Scandibsa®1% ya que el hospital dispone de una presentación de Mepivacaína Braun® al 2%, que difiere en tamaño y forma de las ampollas de bupivacaína y que podría utilizarse diluida en caso de requerir menor concentración. De esta manera se evita por completo la posibilidad de que esto vuelva a suceder.

## La UCI general de la Arrixaca estrena grupo de seguridad

**Albacete C.**  
Jefe de sección. UCI hospital general.

El pasado 29 junio quedó constituido un grupo de seguridad de UCI general de la Arrixaca. Es un equipo multidisciplinar, abierto a todos, y que integra un representante de cada turno de trabajo y con capacidad de trabajar en grupo. Por eso, está formado por representantes de todas las categorías profesionales que trabajan en UCI (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y celadores), y que voluntariamente han querido participar.

Enlaza con el Núcleo de Seguridad del Área a través del Dr. Carlos Albacete, que es uno de los gestores de SiNASP en nuestro Área

Las funciones de este grupo son:

- 1 Formación en seguridad,
- 2 Identificación, evaluación y análisis de riesgos,
- 3 Formular propuestas e iniciativas para la mejora de la seguridad,
- 4 Potenciar los sistemas de notificación (SiNASP),
- 5 Difusión y “feed-back” de su trabajo,
- 6 Integrar la seguridad en los indicadores de calidad del servicio



Algunos miembros del grupo de seguridad de la UCI del Hospital General de la Arrixaca. De izquierda a derecha:

- Carlos Albacete (Jefe Sección UCI).
- Rubén Jara (Jefe Servicio UCI).
- Belén López (celadora).
- Maria Dolores Martinez (Enfermera de apoyo del control de la infección nosocomial).
- Amparo Cutillas (Auxiliar de enfermería).
- Jose Ignacio Pascual de la Parte (Intensivista responsable de la Unidad Coronaria).
- Felipe Pagán (Enfermero).

Realizadora de la Foto: María Balsas (enfermera).

Nota: El resto de componentes no aparecen en la foto por regreso a su puesto de trabajo.

# Luces y sombras del listado de verificación quirúrgica en la Arrixaca

López-Picazo JJ, Tomás N.  
Unidad de Calidad Asistencial.

En el campo de la seguridad quirúrgica, tanto el Plan Regional en Seguridad del Paciente como el Acuerdo de Gestión suscrito con el SMS tienen como objetivo la universalización del uso del listado de verificación quirúrgica (LVQ) propuesto por la OMS, ya que se ha demostrado que su cumplimentación en tres momentos (antesala de quirófano, justo antes de comenzar la intervención y al finalizar la misma) conlleva una disminución de las complicaciones y de la mortalidad de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica. **El objetivo es alcanzar un uso del 95% en intervenciones programadas a final de 2015, así como potenciar su extensión a las intervenciones urgentes.**

El plan de monitorización del HCUVA incluye dos indicadores de empleo de la lista de verificación quirúrgica en nuestro hospital, basados en un conteo directo informatizado a partir del formulario que existe en Selene. Su relación y código en el Plan de Monitorización en SP del Área es:

- F04 Porcentaje de cumplimentación del listado de verificación quirúrgico.
- F05 Defectos de cumplimentación del listado de verificación quirúrgico.

## EMPLEO DEL LVQ

Existen 3.779 intervenciones registradas en DATA en el periodo abril-junio de 2015. De éstas, se utilizó el LVQ en 2.380 (63,0%), de forma mucho más frecuente en las intervenciones programadas que en las urgentes (89,7% vs. 18,9%).

**Sólo 3 servicios (urología, oftalmología y cirugía pediátrica) alcanzan el objetivo fijado del 95%** en intervenciones programadas, y representan además los mayores porcentajes de uso en el conjunto de intervenciones (programadas + urgentes). En el otro extremo, el servicio menos cumplidor es obstetricia y ginecología, muy alejado del resto (Figura 1).

En cuanto al número bruto de intervenciones en que se omite el LVQ, 2 servicios acaparan más del 50% de ellas (Obstetricia y Ginecología, y Cirugía General y Digestivo). Figura 2.

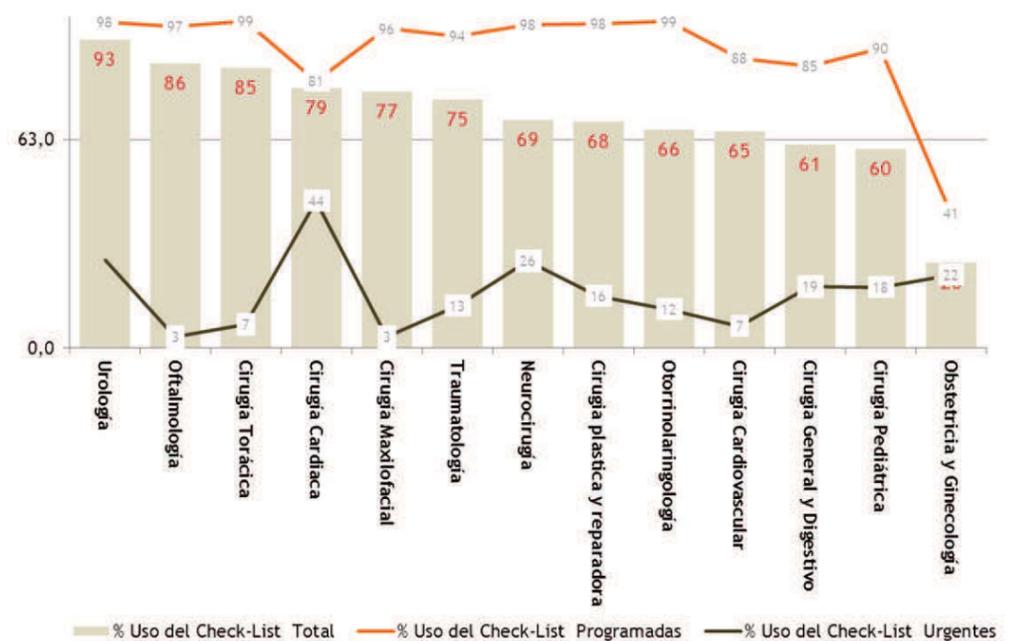


Figura 1. Porcentaje de uso del listado de verificación quirúrgica. 2º trimestre 2015

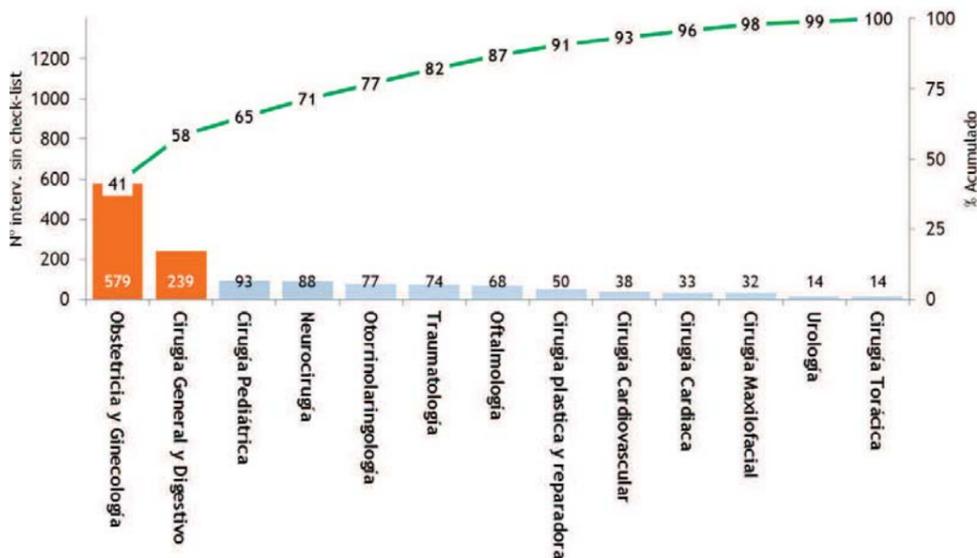


Figura 2. Número intervenciones sin listado de verificación quirúrgica. 2º trimestre 2015. Diagrama de Pareto

Las intervenciones se han llevado a cabo en 27 quirófanos diferentes, centrándose la mayoría de omisiones del LVQ en el quirófanos BM-QUI-1, en relación directa con las intervenciones del servicio de Obstetricia y ginecología, seguido a distancia por AQU-QX-3 (en especial, en intervenciones de cirugía pediátrica y ORL) y los QUG-01 y QUG-02, en relación con las de Cirugía general y digestivo.

## CUMPLIMENTACIÓN INCOMPLETA

Se han encontrado 2.089 defectos de cumplimentación en los 2.389 formularios abiertos desde marzo a junio de 2015. La media de defectos (ítems no comprobados) es, pues, de 0,88 defectos/documento y un porcentaje de cumplimentación del 96,6%. **Una vez abierto un formulario, su empleo es pues en general correcto y suelen cumplimentarse la mayoría de los ítems.**

Los ítems menos cumplimentados se centran en la fase de pausa, en especial

- P4 Cirujano repasa pasos críticos, duración, previsión pérdida sangre,...
- P5 Anestesiista repasa preocupación específica respecto al paciente)

Por fases, en la entrada lo más omitido es el ítem E9, “Riesgo pérdida sangre >500 ml. (7 ml/Kg en niños)”, que supone el 48% de los defectos. En la salida, las omisiones son más uniformes, aunque destaca ligeramente S5 “Cirujano, anestesiista y enfermera repasan preocupaciones clave en recuperación”.

Servicio	Total Formularios Abiertos	Defectos por LVQ			TOTALES
		ENTRADA	PAUSA	SALIDA	
Oftalmología	414	0,02	0,04	0,04	0,09
Cirugía Torácica	77	0,03	0,00	0,19	0,22
Neurocirugía	195	0,08	0,16	0,37	0,62
Cirugía plástica y reparadora	108	0,13	0,15	0,37	0,65
Urología	189	0,10	0,26	0,31	0,67
Otorrinolaringología	150	0,13	0,35	0,21	0,69
Traumatología	222	0,06	0,37	0,31	0,74
Cirugía General y Digestivo	381	0,10	0,38	0,36	0,85
Cirugía Cardíaca	121	0,07	0,20	0,83	1,10
Cirugía Maxilofacial	110	0,15	0,54	0,52	1,20
Cirugía Pediátrica	140	0,05	0,97	0,61	1,63
Cirugía Cardiovascular	72	0,07	0,39	1,22	1,68
Obstetricia y Ginecología	201	0,12	1,49	0,95	2,55
<b>TOTALES</b>	<b>2380</b>	<b>0,08</b>	<b>0,39</b>	<b>0,40</b>	<b>0,88</b>

Figura 3. Número de defectos en los formularios abiertos. 2º trimestre 2015.

## MONITORIZACIÓN

En casi tres años de monitorización se ha estancado el uso del LVQ en valores lejanos al 95% previsto al tratarse de una herramienta de uso obligatorio en toda intervención, y su tendencia es además negativa. La cumplimentación es frecuente en las intervenciones programadas, pero no así en las urgentes, en especial durante la temporada de verano. Este corte ha supuesto el de menor cumplimentación de toda la serie histórica, debido al acusado descenso de uso de LVQ en intervenciones urgentes y, en especial, de obstetricia y ginecología.

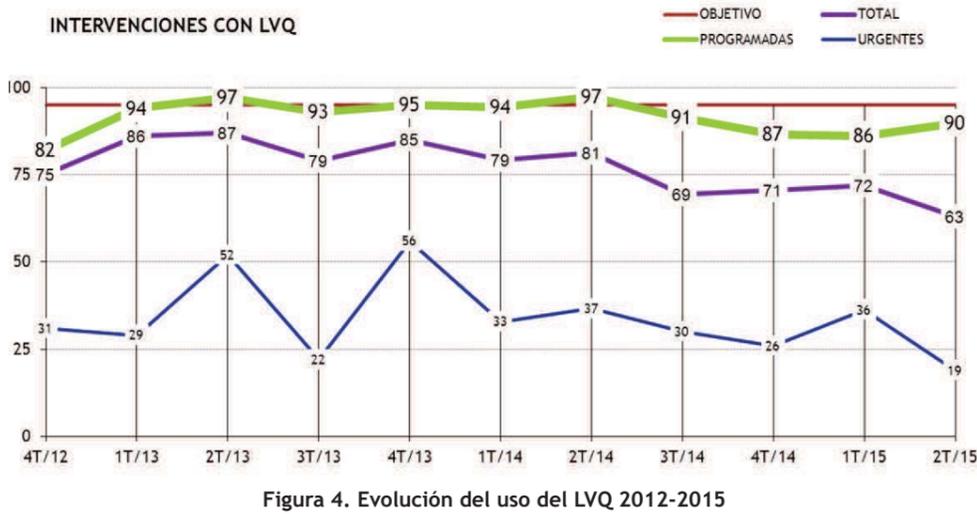


Figura 4. Evolución del uso del LVQ 2012-2015

En cuanto a la calidad de cumplimentación (Figura 5), los defectos por documento mejoran discretamente respecto a los observados en los últimos cortes.

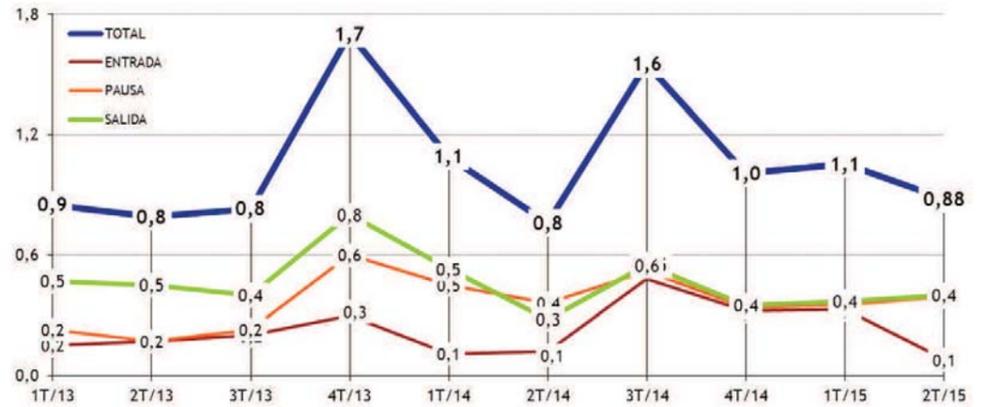


Figura 5. Evolución de los defectos por documento.

## CONCLUSIONES PRINCIPALES

- 1 Complimentación baja del LVQ, con tendencia negativa y lejos del 95% fijado como objetivo en intervenciones programadas, que sólo logran 3 de los 13 servicios quirúrgicos (Urología, Oftalmología y Cirugía torácica).
- 2 2 servicios (Obstetricia y Ginecología, y Cirugía General y Digestivo) son responsables de más del 50% de las intervenciones sin LVQ.
- 3 La cumplimentación ha descendido drásticamente en quirófanos de urgencia
- 4 Una vez abierto un formulario, su empleo es en general correcto y suelen cumplimentarse la mayoría de los ítems. Los servicios con más defectos con formulario son Obstetricia y Ginecología, Cirugía cardiovascular y Cirugía Pediátrica. Por el contrario, el que mejor cumplimenta es oftalmología, con sólo 0,09 defectos/documento (10 veces menos que la media del hospital).
- 5 Los ítems menos cumplimentados se centran en la fase de pausa, en especial P4 Cirujano repasa pasos críticos, duración, previsión pérdida sangre, etc.; y P5 Anestesiista repasa preocupación específica respecto al paciente).

À

SINASP  
EVENTOS  
SANIDAD DAÑO  
ESTRATEGIA

SISTEMA

MEJORAR DAÑO  
PACIENTES SINASP  
PROBLEMAS

PACIENTES

ANÁLISIS

INCIDENTES APRENDIZAJE

MEJORA.

PROFESIONALES SEGURIDAD

APRENDIZAJE

SEGURIDAD. ANÁLISIS

PROFESIONALES

REGISTRO CENTROS  
INCIDENTES

INCIDENTES

SINASP SINASP

EVENTOS ESTRATEGIA

*"A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara esa gota"*

Madre Teresa de Calcuta (1910-1997)  
Misionera. Premio Nobel de la Paz

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

NOTIFICA

Entra en [www.sinasp.es](http://www.sinasp.es)

o en la

página principal de Arrinet

Si has olvidado la contraseña para la Arrixaca, sitúate en ARRINET sobre el icono de SiNASP, o llama al Núcleo de Seguridad o la Unidad de Calidad Asistencial del Área, donde te lo facilitarán (consulta teléfonos y direcciones de correo en la portada de esta revista).