



“SEGURIDAD EN ANESTESIA Y CIRUGÍA”

M^a Jesús Pérez Granda



Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud

Período 2015-2020

Objetivo general 1: Mejorar la cultura de seguridad, factores humanos y organizativos

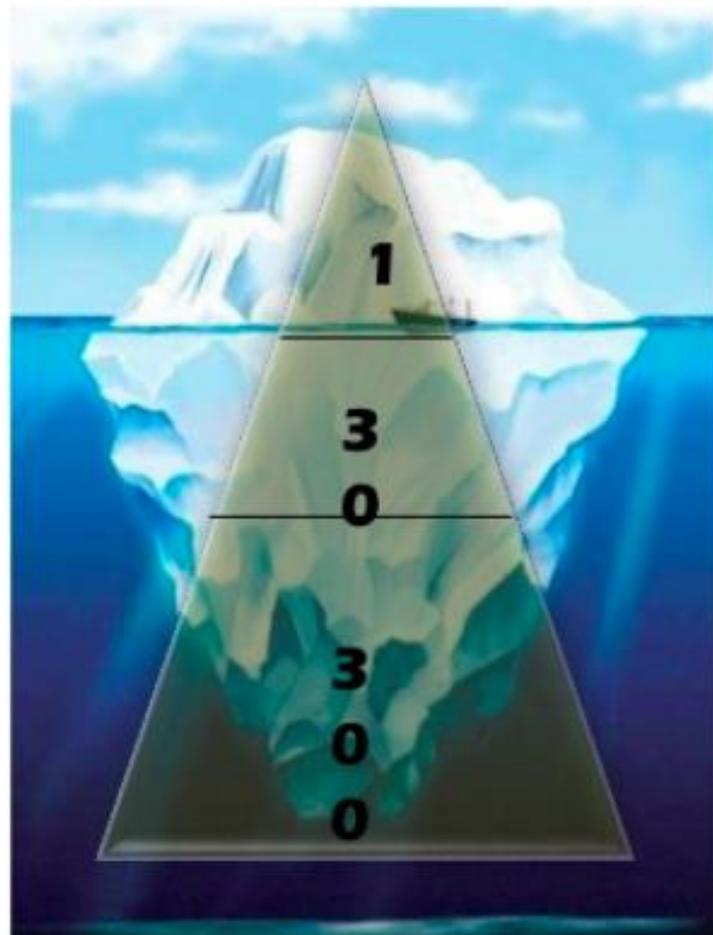
Objetivo general 2.3: Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía

Tabla 1. Principales datos del estudio ENEAS

Tipos de eventos adversos	N	%	Evitable
Relacionados con los cuidados	50	7,63	56,0
Úlcera por presión	24	3,66	
Quemaduras, erosiones y contusiones (incluyendo fracturas consecuentes)	19	2,90	
Enfisema agudo de pulmón e Insuficiencia respiratoria	4	0,61	
Otras consecuencias de la inmovilización prolongada	3	0,46	
Relacionados con la medicación	245	37,4	34,8
Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación	32	4,89	
Prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos	32	4,89	
Otros efectos secundarios de fármacos	29	4,43	
Mal control de la glucemia	19	2,90	
Hemorragia por anticoagulación	18	2,75	
Otros	104	15,89	
Relacionados con Infección nosocomial	166	25,34	56,6
Infección de herida quirúrgica	50	7,63	
Infección tracto urinario nosocomial	45	6,87	
Otro tipo de infección nosocomial o infección nosocomial sin especificar	22	3,36	
Sepsis y shock séptico	19	2,90	
Neumonía nosocomial	17	2,60	
Bacteriemia asociada a dispositivo	13	1,98	
Relacionados con un procedimiento	164	25,04	31,7
Hemorragia o hematoma relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento	61	9,31	
Lesión en un órgano durante un procedimiento	20	3,05	
Otras complicaciones tras intervención quirúrgica o procedimiento	14	2,14	
Intervención quirúrgica ineficaz o incompleta	11	1,68	
Desgarro uterino	9	1,37	
Otros	49	7,48	
Relacionados con el diagnóstico	18	2,75	84,2
Retraso en el diagnóstico	10	1,53	
Error diagnóstico	8	1,22	
Otros	12	1,83	33,4
Pendiente de especificar	7	1,07	
Otros eventos adversos	5	0,76	
Total	655	100,0	42,6

Errar es humano...

PIRÁMIDE DE HEINRICH



Evento adverso: Daño o lesión causada por el proceso de atención, no atribuible a la "Impacto propia enfermedad". *OMS, 2005*

EVENTOS ADVERSOS GRAVES

EVENTOS ADVERSOS LEVES

Se notifican el 5% de los EA que se producen

INCIDENTES

Heinrich: Un evento adverso grave por 30 leves y por 300 incidentes sin daño o "near misses" (1:30 y 1:300)
Nuevas estimaciones 1:10 y 1:600



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

- 2009 al 2016 SENSAR (ANESTIC)
- 106 hospitales (6 fuera de España)
- 7. 232 IC comunicados (a enero 2016)
- 6.446 IC analizados (a ene 2016)

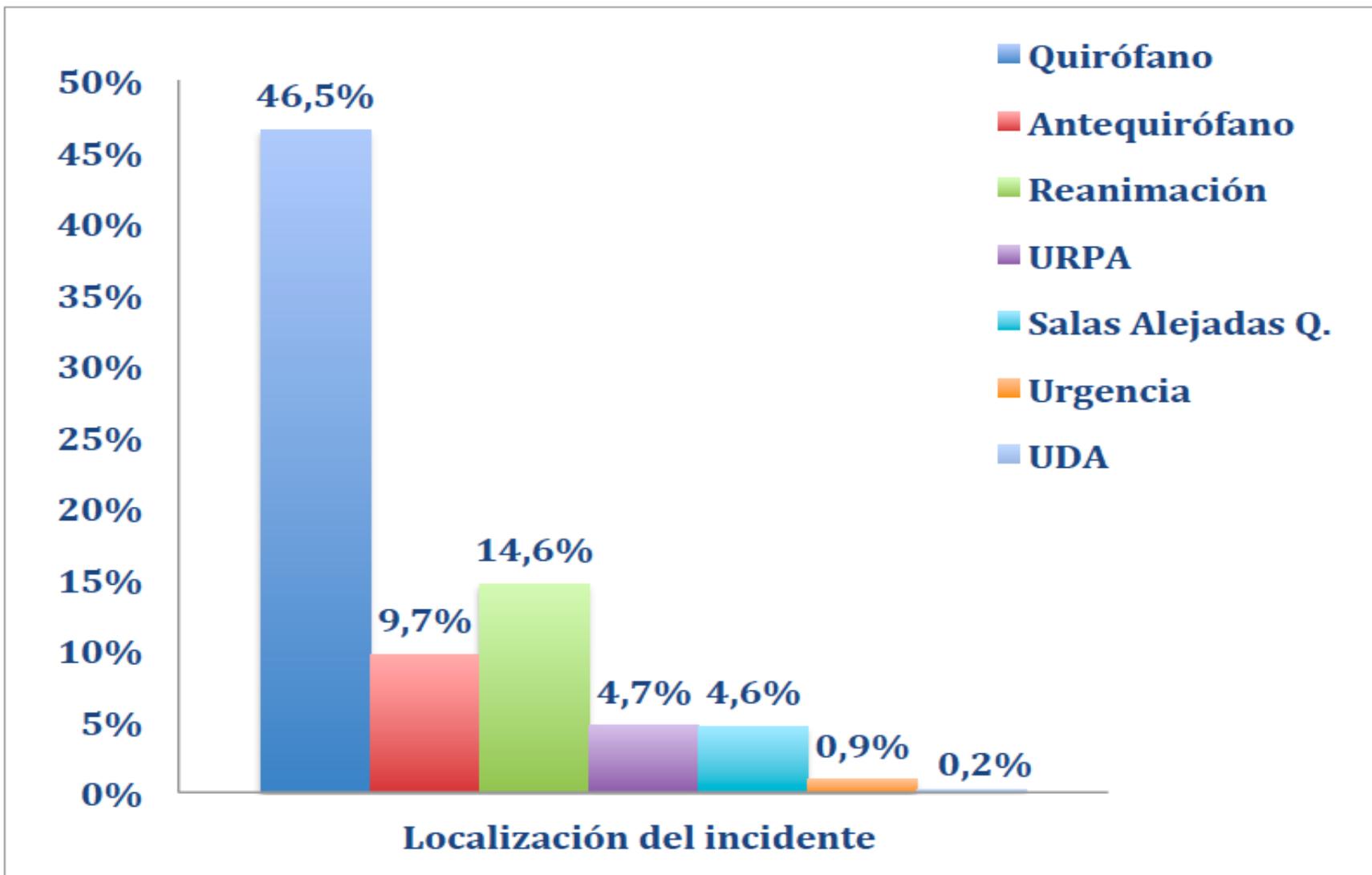
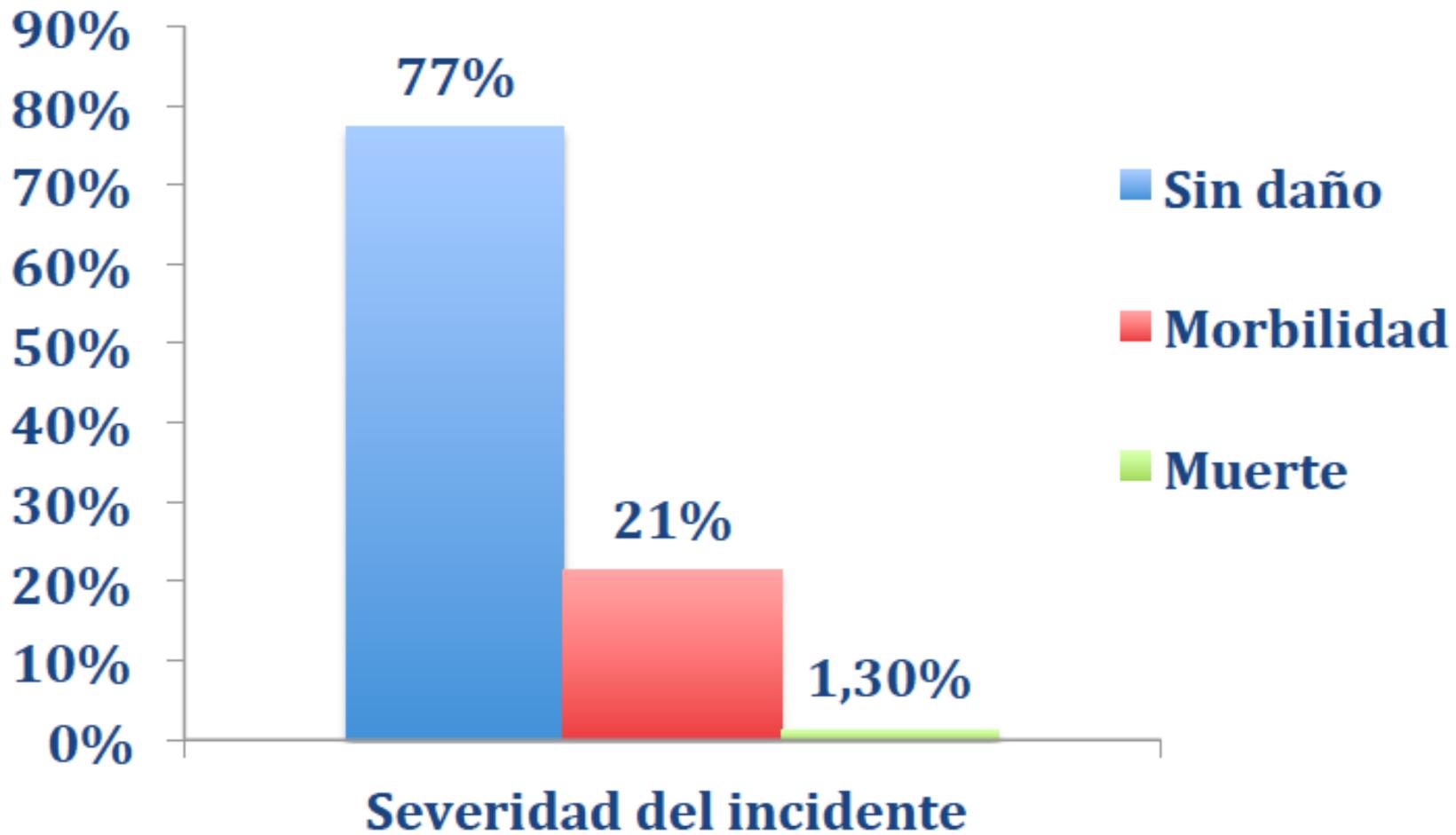


Fig 6. Incidentes comunicados según lugar de ocurrencia.



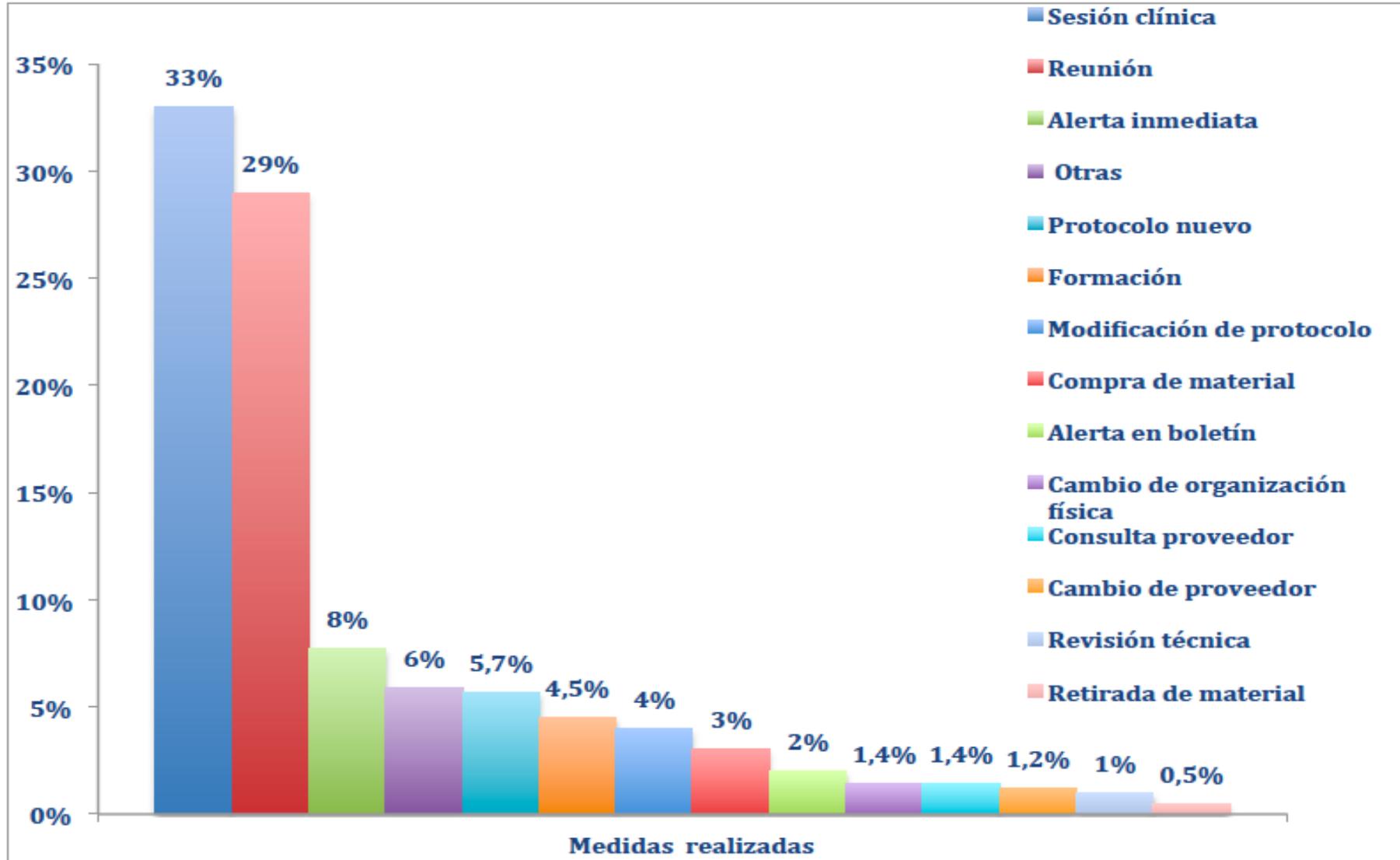


Fig 21. Distribución de frecuencias por tipo de medida de mejora propuesta tras el análisis de incidente.

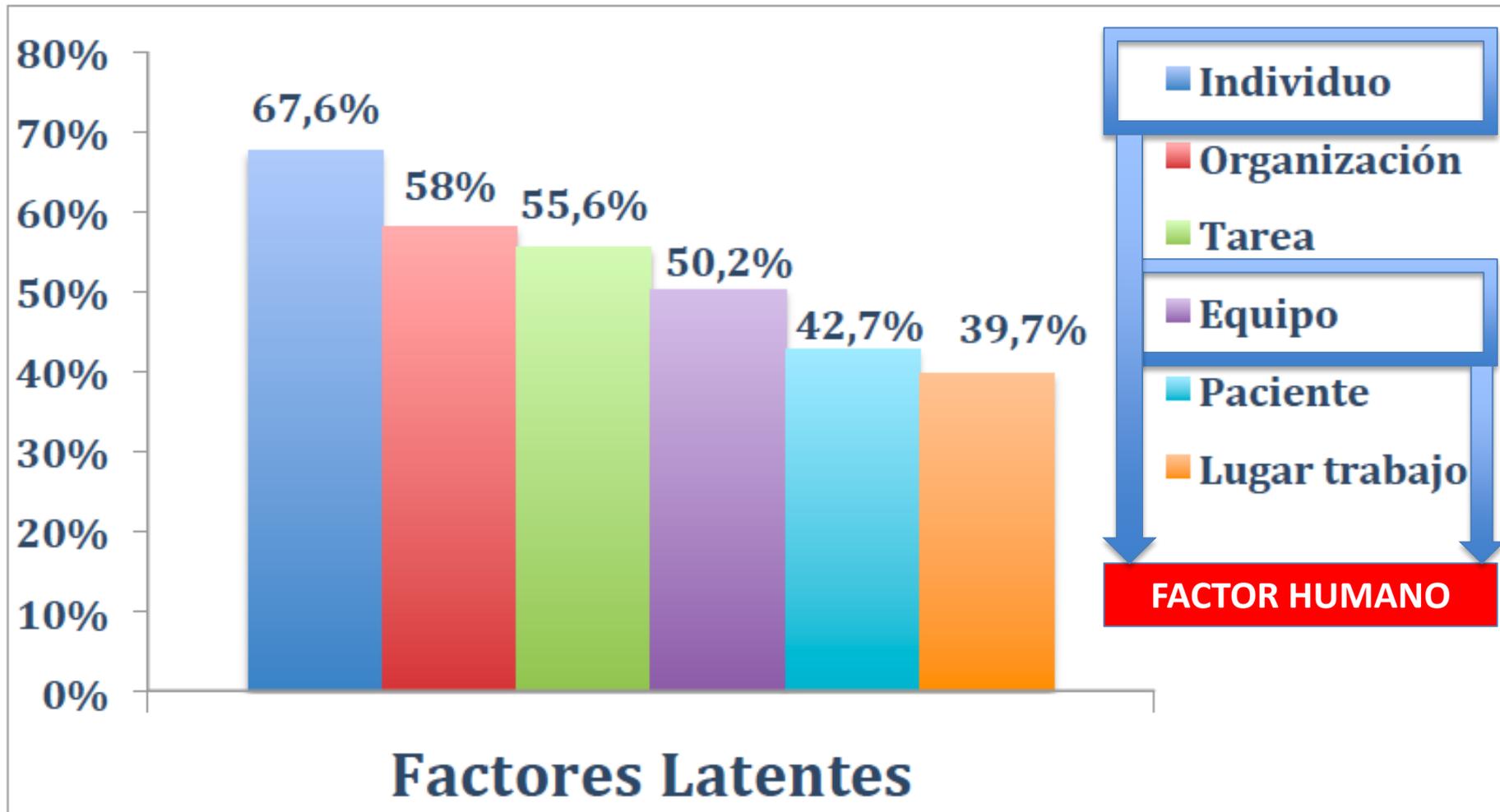


Fig 12. Presencia de factores latentes en los incidentes analizados.

Special Article

A cross-sectional overview of the first 4,000 incidents reported to webAIRS, a de-identified web-based anaesthesia incident reporting system in Australia and New Zealand

N. M. Gibbs*, M. Culwick†, A. F. Merry‡

- 134 hospitales
- 7 años
- Daño ausente 70,16%
- Morbilidad 25,62 %
- Mortalidad 4 %

Location of incident

Location	n	%
Pre-admission consultation	19	0.48
Operating theatre reception	57	1.43
Anaesthetic induction room	195	4.88
Operating theatre	2,753	68.83
Freestanding day surgery unit	25	0.63
Post anaesthesia recovery room	335	8.38
Gastroenterology suite	73	1.83
Cardiology laboratory	32	0.80
Radiology department	85	2.13
Bronchoscopy suite	6	0.15
Other	275	6.88
Not specified	145	3.63
Total	4,000	100

ORIGINAL ARTICLE

ASSESSMENT OF SAFETY LEVELS IN OPERATION ROOMS AT TWO MAJOR TERTIARY CARE PUBLIC HOSPITALS OF KARACHI. “SAFE SURGERY SAVES LIFE”

Muhammad Saeed Minhas, Muhammad Muzzammil, Jahanzeb Effendi
Orthopaedic Department, Jinnah Postgraduate Medical Centre, Karachi-Pakistan

Table 2: Operating room personnel response to statements regarding safety, attitude and SSSL Checklist

Statements	Agree %	Disagree %	p value
I would feel safe being treated here as a patient.	221 (40.69%)	239 (44.01)	<0.05
Briefing OR personnel before a surgical procedure is important for patient safety.	502 (92.44)	23 (4.2)	<0.05
I am encouraged by my colleagues to report any safety concerns I may have.	377 (69.42)	69 (12.7)	<0.01
In the ORs here, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care.	193 (35.54)	263 (48.43)	>0.05
The physicians & nurses here work together as a well-coordinated team.	298 (54.88)	172 (31.6)	<0.01
Personnel frequently disregard rules or guidelines that are established for the OR.	305 (56.1)	150 (27.62)	>0.05
The checklist will be easy to use	436 (80.29)	57 (10.58)	<0.01
The check list will take a long time to complete & delay surgery.	137 (25.23)	338 (62.24)	<0.01
The check list will improve operating room safety.	497 (91.52)	28 (5.1)	<0.05
Communication will improve through use of check list.	483 (88.95)	25 (4.6)	<0.05
If I were having an operation, I would want the checklist to be used	514 (94.65)	14 (2.5)	>0.05
The check list will help prevent errors in the operating room.	508 (93.55)	23 (4.2)	<0.05
Will you like the checklist to be used in your operation theatre?	525 (96.68)	9 (1.6)	<0.05
Who should initiate/ fill the check list? Surgeon 256(47.14%) Anaesthetist 71 (13.07%) Others 152(27.99%) Individually 62 (11.41%)			<0.01

REVIEW

Open Access

As a critical behavior to improve quality and patient safety in health care: speaking up!



Ahmet Nacioglu^{1,2} 

Abstract

Introduction: Joint Commission predicted that 80 % of the serious safety events occur due to miscommunications among healthcare professionals. Speaking up is one of the critical behaviors of patient safety that displays an important role for improving quality and patient safety in healthcare.

Objectives of this study are 'assessing the effectiveness of speaking up for patient safety', 'identifying the influencing factors of speaking up', 'evaluating the effectiveness of speaking up training' and 'finding enablers of speaking up'.

Methods: This study was done to identify literature about 'speaking up' behaviors to improve safety outcomes via considering both patient and provider perspectives. Varied databases were used to find English articles that relevant to both patient and provider's speaking up behaviors that mainly focused to demonstrate its impact on patient safety outcomes. Data was extracted and analyzed to find influencing factors and recommended voicing up behaviors that display important role for improvement in quality and safety of healthcare.

Results: 53 relevant articles were identified in 83 articles. Those 53 articles consist of 4 literature reviews, 3 RCTs, 8 cohorts, 1 case control, 34 cross sectional studies and 3 reports. This study is the first study about not just identifying factors that influencing speaking up behaviors among providers but also including factors of patients' voicing up behaviors for safety. This study is also providing some 'enablers of speaking up behaviors' which may help healthcare leaders and professionals' decision making process for quality and safety improvements in their organization.

Conclusions: Speaking up is one of the critical behaviors of patient safety. Awareness of factors that 'influencing' and 'enabling' speaking up behaviors may help leaders and decision makers to improve quality and safety of healthcare in their organization. This study is providing complex process of speaking up behavior and their impacts on patient safety outcomes.

Keywords: Speak up, Speaking up behaviors, Safety behaviors, Patient safety, Unsafe event, Safety event, Human factors in patient safety, Safety culture

SEGURIDAD DEL PACIENTE: HERRAMIENTAS

PS

PRÁCTICAS SEGURAS
(LISTADO DE VERIFICACIÓN ,
BZ, RZ...)

GR

GESTIÓN DE RIESGOS
(SISTEMAS DE REGISTROS,INDICADORES
EPIDEMIOLÓGICOS, ACR, AMFE...)

FH

FACTOR HUMANO
(SEGACI, DEBRIEFING, HANDOVER, CRM)

OAF

ORGANIZACIÓN DE ALTA FIABILIDAD
(PROGRAMAS DE ACOGIDA, POLÍTICAS DE
FORMACIÓN Y CONTRATACIÓN ENFOCADAS A SP,
RESPUESTA INSTITUCIONAL ANTE EA, COMISIONES
CALIDAD)

SoSENSE SAR

Sistema Español de Notificación

en Seguridad en Anestesia y Reanimación



SEGACI

PROGRAMA DESARROLLADO POR
SENSE SAR
EN COLABORACIÓN CON MSD



Créditos 10.7



**¿QUÉ TIENEN EN
COMÚN ?**



¿CUÁNDO TENEMOS PARTIDO?



ANTES DE ENTRAR EN MATERIA...

OBJETIVO

Formación de **EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES DE ALTO RENDIMIENTO**
Adquisición de habilidades para mantener conversaciones de aprendizaje

NOVEDAD DE LA PROPUESTA

Entrenamiento en **HABILIDADES NO TÉCNICAS**

METODOLOGÍA

Exploración de modelos mentales a partir de videosimulación
Soporte conceptual y metodológico
Los participantes construyen el conocimiento

¿ MODELO MENTAL ?

MODELOS MENTALES



PREGUNTAS

Explorando vuestros MODELOS MENTALES

¿TENEMOS DESARROLLADAS NUESTRAS **HABILIDADES NO TÉCNICAS**?

¿**GRUPO = EQUIPO**? ¿**TRABAJAMOS BIEN EN EQUIPO**?

¿**IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**?

¿SOMOS CAPACES DE MANTENER **CONVERSACIONES DE APRENDIZAJE**? ¿**CÓMO SON**?

¿SOLEMOS TENER **PREJUICIOS** EN EL TRABAJO EN EQUIPO?

¿QUÉ IMPORTANCIA TIENEN LAS **EMOCIONES** EN NUESTRA PRÁCTICA DIARIA?





< Volver

SEGACI

Curso de SEGuridad en Anestesia y Cirugía

> Ayuda cognitiva para profesores



Módulo 1
Consulta de cirugía



Módulo 2
Consulta de preanestesia



Módulo 3
Consulta de enfermería



Módulo 4
Hospitalización



Módulo 5
Área prequirúrgica



Módulo 6
Quirófano, problemas tras la inducción



Módulo 7
Quirófano, coordinación con la unidad de endoscopias



Módulo 8
Quirófano, problemas con el cierre de la cavidad abdominal

CURSO SEGACI "SEGuridad en Anestesia y Cirugía"



No se pierda los vídeos de introducción para tener una visión global de este curso.

Acceda a cada uno de los módulos para descubrir la información.

Acceso formadores



Test de acreditación



Requisitos técnicos

Ayuda navegación

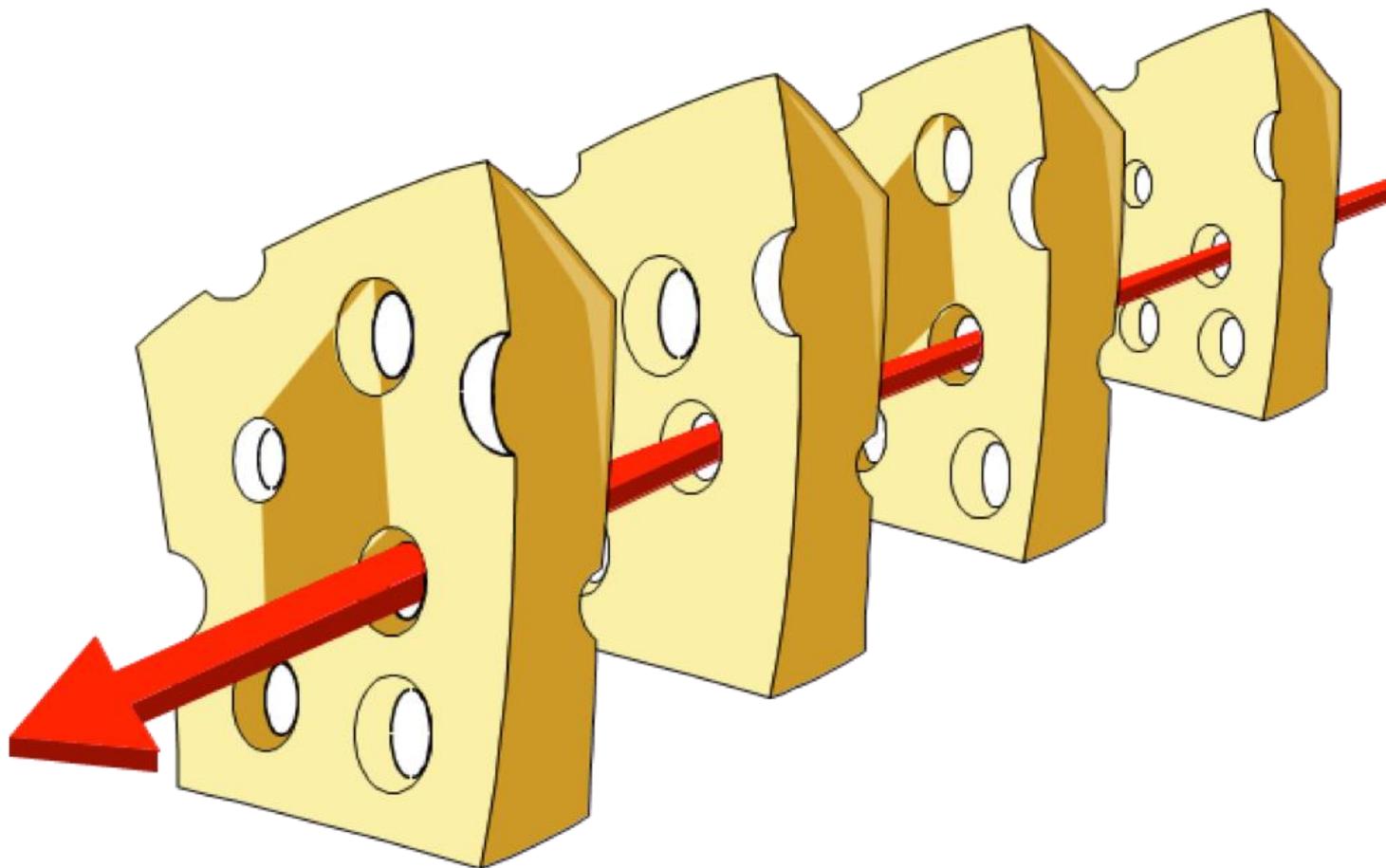
> Introducción

 Programa y objetivos	 Introducción a la seguridad clínica. Gestión del riesgo sanitario	 Papel del factor humano en la seguridad del paciente	 Teoría y método para el debriefing con buen juicio
---	--	---	---

> Módulos



ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE FACTORES LATENTES



P - I - T - E - L - O

ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE FACTORES LATENTES

FACTORES DE **PACIENTE**

- 1.- Patología previa compleja
- 2.- Problemas anestésicos previos
- 3.- Riesgos asociados al tratamiento conocidos
- 4.- Rechazo de todo o parte del tratamiento
- 5.- Problemas de personalidad
- 6.- Problemas sociales o familiares

P

FACTORES DE **INDIVIDUO**

- 1.- Falta de cualificación
- 2.- Falta de experiencia
- 3.- Falta de conocimiento
- 4.- Falta de motivación
- 5.- Saturación mental
- 6.- Fatiga
- 7.- Prisa
- 8.- Enfermedad

I

FACTORES DE **TAREA**

- 1.- Ausencia de protocolos o procedimientos
- 2.- Actualización insuficiente de protocolos
- 3.- Información aportada de protocolos insuficiente
- 4.- Diseño inadecuado de tareas, procedimientos y circuitos
- 5.- Ausencia de pruebas complementarias
- 6.- Desacuerdo con/entre resultados de pruebas complementarias

T

FACTORES DE EQUIPO **HUMANO**

- 1.- Error en la comunicación entre médicos
- 2.- Error en la comunicación entre médicos y otro personal
- 3.- Error en la comunicación con pacientes o familiares
- 4.- Ilegibilidad parcial o total de la historia clínica
- 5.- Ausencia de supervisión de médico adjunto
- 6.- Retraso o negación en la búsqueda de ayuda
- 7.- Ayuda insuficiente o inadecuada
- 8.- Diferencia de criterios entre miembros del mismo servicio
- 9.- Diferencias de criterios entre miembros de diferentes servicios

E

FACTORES DE **LUGAR DE TRABAJO**

- 1.- Ausencia de equipamiento, material o medicación
- 2.- Fallo de funcionamiento de equipamiento o material
- 3.- Uso inadecuado de equipamiento, material o medicación
- 4.- Mantenimiento inadecuado de equipamiento o material
- 5.- Fallos de limpieza, iluminación, temperatura, etc.
- 6.- Diseño arquitectónico inadecuado
- 7.- Seguridad del lugar de trabajo inadecuada
- 8.- Fallo de teléfono, busca u otro medio de comunicación
- 9.- Fallo en la señalización, códigos o etiquetado

L

FACTORES DE LA **ORGANIZACIÓN**

- 1.- Falta de experiencia del responsable (jefe de servicio, jefe de unidad...)
- 2.- Ausencia de responsable
- 3.- Insuficiente personal
- 4.- Confección inadecuada de turnos y horarios
- 5.- Programación inadecuada
- 6.- Objetivos institucionales equivocados
- 7.- Ausencia de objetivos institucionales
- 8.- Fallo en la cultura de seguridad
- 9.- Problema en la política de formación
- 10.- Regulaciones, normas ext. a la organización ausentes o equivocadas

O

P-I-T-E-L-O

PAPEL DEL FACTOR HUMANO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. TRABAJO EN EQUIPO

CONCIENCIA DE SITUACIÓN

- 1.- Conocen el entorno
- 2.- Anticipan y planifican
- 8.- Utilizan toda la información disponible
- 9.- Previenen y manejan los errores de fijación
- 10.- Comprobaciones cruzadas (dobles)

MANEJO DE TAREAS Y TOMA DE DECISIONES

- 3.- Piden ayuda pronto
- 6.- Movilizan todos los recursos disponibles
- 11.- Utilizan ayudas cognitivas
- 12.- Re-evalúan periódicamente (10 segundos por cada 10 minutos)
- 14.- Reparten la atención de forma juiciosa
- 15.- Establecen prioridades de forma dinámica

TRABAJO EN EQUIPO

- 4.- Ejerce el liderazgo y sabe seguirlo
- 5.- Distribuyen la carga de trabajo
- 7.- Comunican eficientemente
- 13.- Buen trabajo de equipo (Coordina y/o apoya a otros)

CRM: CRISIS RESOURCE MANAGEMENT

HABILIDADES EMOCIONALES

EMOCIÓN → LENGUAJE → COMUNICACIÓN → CONDUCTA

INTELIGENCIA EMOCIONAL

- AUTOMATISMOS EMOCIONALES
- REPENSAR "BIEN"
- NEGOCIACIÓN

MIS OBJETIVOS 0-10	GAÑO PIERDE (malvado)	GAÑO GANA (inteligente)
	PIERDO PIERDE (estúpido)	PIERDO GANA (ingenuo)
OBJETIVOS DEL OTRO 0-10		

CURSO SEGACI

"SEGuridad en Anestesia y Cirugía"

MODELOS MENTALES



DEBRIEFING.

COMO MANTENER CONVERSACIONES DE APRENDIZAJE

4 FASES

REACCIONES

EMOCIÓN ANTES QUE COGNICIÓN

PREVISUALIZACIÓN

SE ACUERDAN LOS OBJETIVOS

ANÁLISIS COGNITIVO

MODELO MENTAL → ACCIÓN → RESULTADO

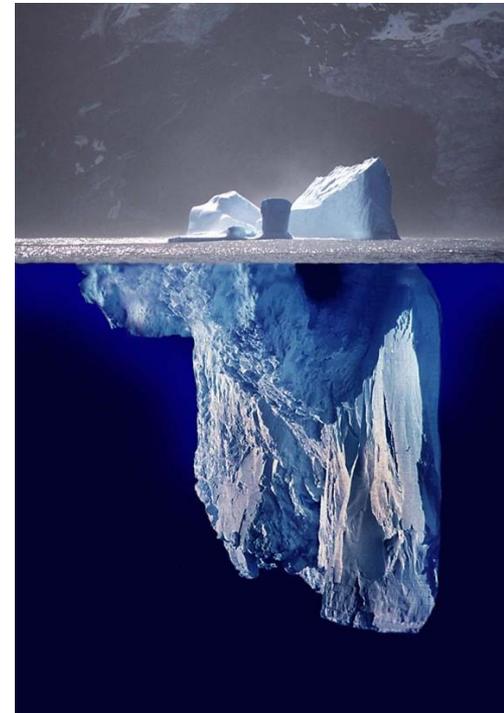
OBSERVO → PIENSO → ¿QUÉ OPINAS TÚ?

SÍNTESIS

CONCLUSIONES

NUEVO MODELO MENTAL COMPARTIDO

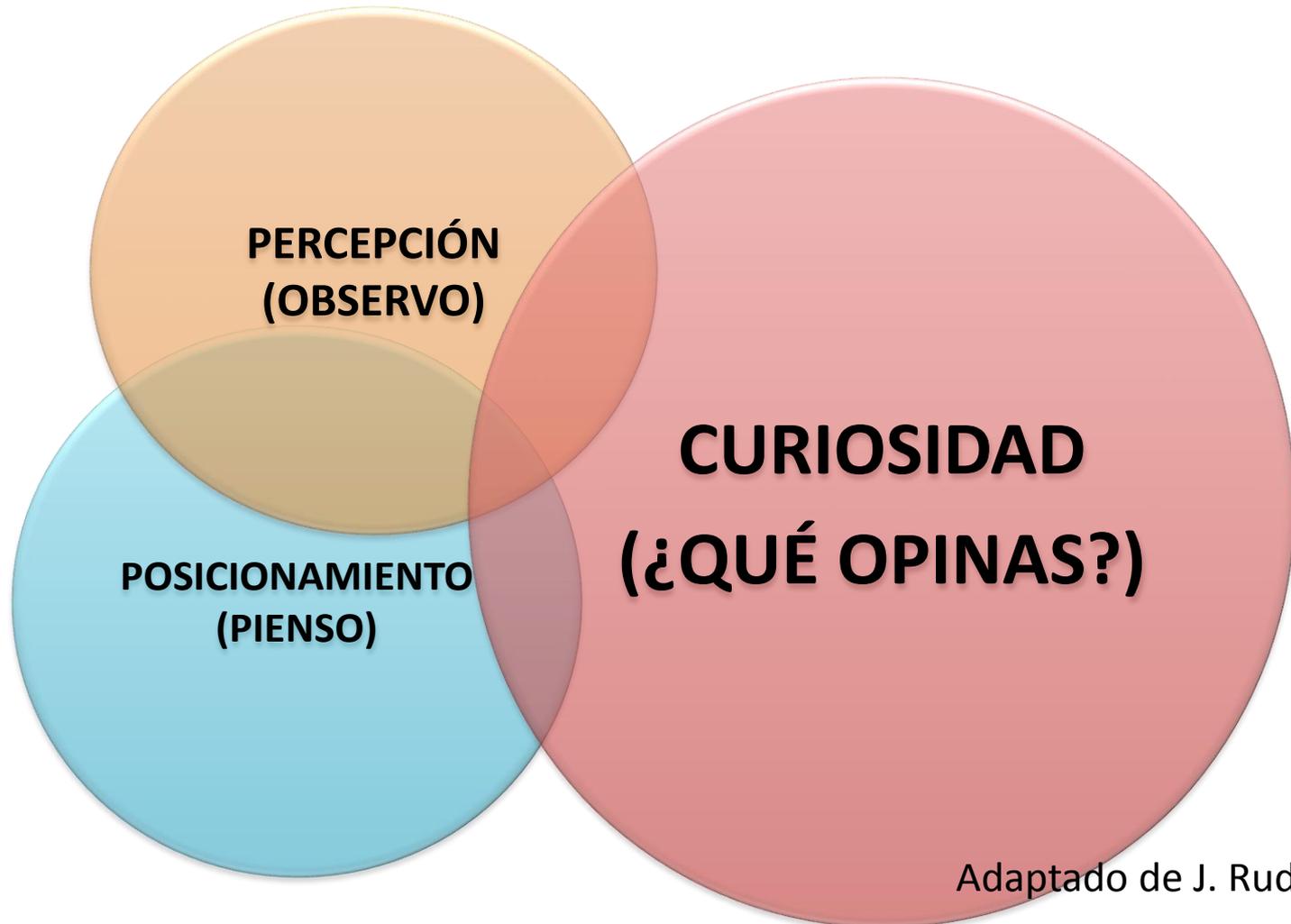
- TEMAS A TRATAR:
FRÍOS Y CALIENTES.
- EL LUGAR
- EL TIEMPO



¿CONOCES LO QUE HAY DETRÁS DE
LAS ACCIONES QUE OBSERVAS?



LA MOLÉCULA DE DEBRIEFING.



Adaptado de J. Rudolph 2008

1. He observado que... / Te escucho decir que...
2. Me preocupa porque... / Pienso que...
3. ¿Qué te parece? ¿Qué opinas? Me gustaría que me ayudaras a entender...

OBSERVA LA SIGUIENTE SITUACIÓN EN QUIRÓFANO





Experiencia SEGACI

TOTAL : 413 asistentes: 21 sesiones

- Ediciones en el H.G.U. Gregorio Marañón : 7

Asistentes: 104

- Ediciones en otros hospitales : 14

Asistentes: 309

Programa de Seguridad en Anestesia y Cirugía



SEGACI

Conceptos generales de Seguridad	SI	NO
Conozco el concepto de incidente crítico	74,3	24,7
Los incidentes críticos siempre asocian morbilidad o mortalidad	37,3	60,0
Conozco los sistemas de comunicación de incidentes críticos	53,3	44,8
He comunicado alguna vez un incidente crítico	44,6	53,5

FACTOR HUMANO y TRABAJO EN EQUIPO	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
El factor humano es importante en la disminución de la seguridad del paciente	0,7	1,5	2,2	43,6	93,5 49,9
Tengo desarrolladas mis habilidades técnicas (conocimientos propios de la práctica clínica)	0,2	2,7	10,4	68,3	84,3 16,0
Tengo desarrolladas mis habilidades no técnicas (recursos cognitivos, sociales, personales o conductuales)	0,7	5,8	29,5 23,0	58,1	9,9

Programa de Seguridad en Anestesia y Cirugía

SEGACI

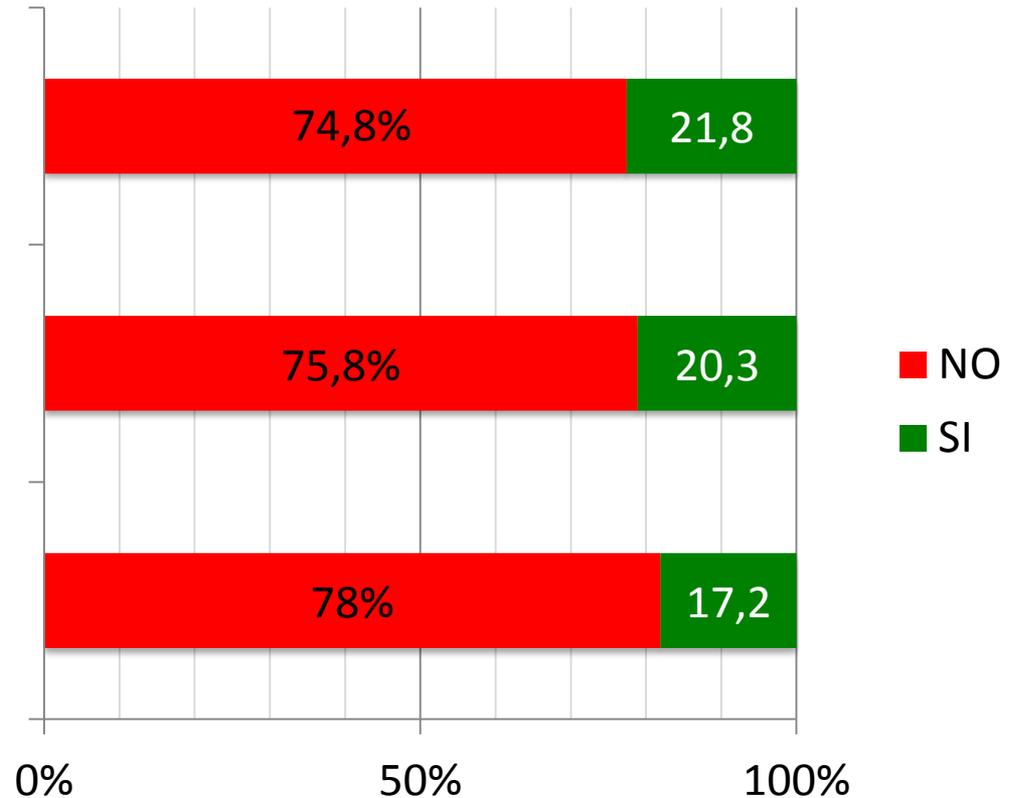
Herramientas para manejar las crisis



He participado en algún programa de entrenamiento de equipos

Conozco algún programa de entrenamiento de equipos

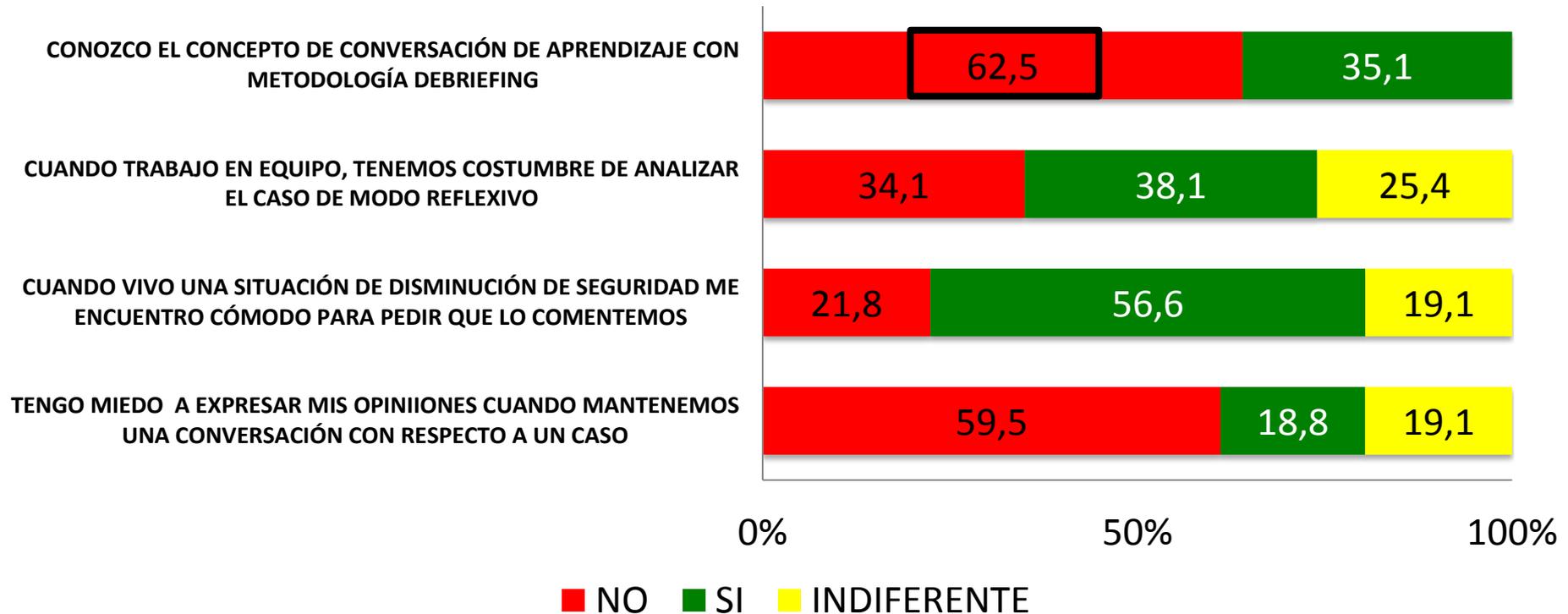
Conozco la metodología CRM
(Recursos para el manejo de las crisis)



Programa de Seguridad en Anestesia y Cirugía

SEGACI

Conversaciones de aprendizaje



Programa de Seguridad en Anestesia y Cirugía

SEGACI

Emoción, Lenguaje, Comunicación y Conducta



SUELO TENER PREJUICIOS CUANDO EVALÚO LAS ACCIONES DE MIS COMPAÑEROS



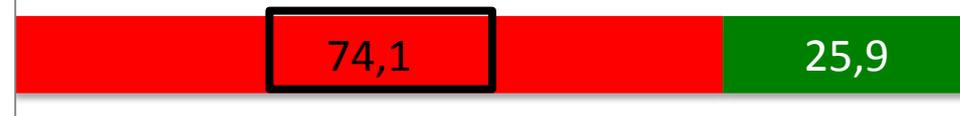
EN MI ENTORNO LAS EMOCIONES PUEDEN CONDICIONAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



BUSCO GANANCIA MUTUA



TENGO ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN



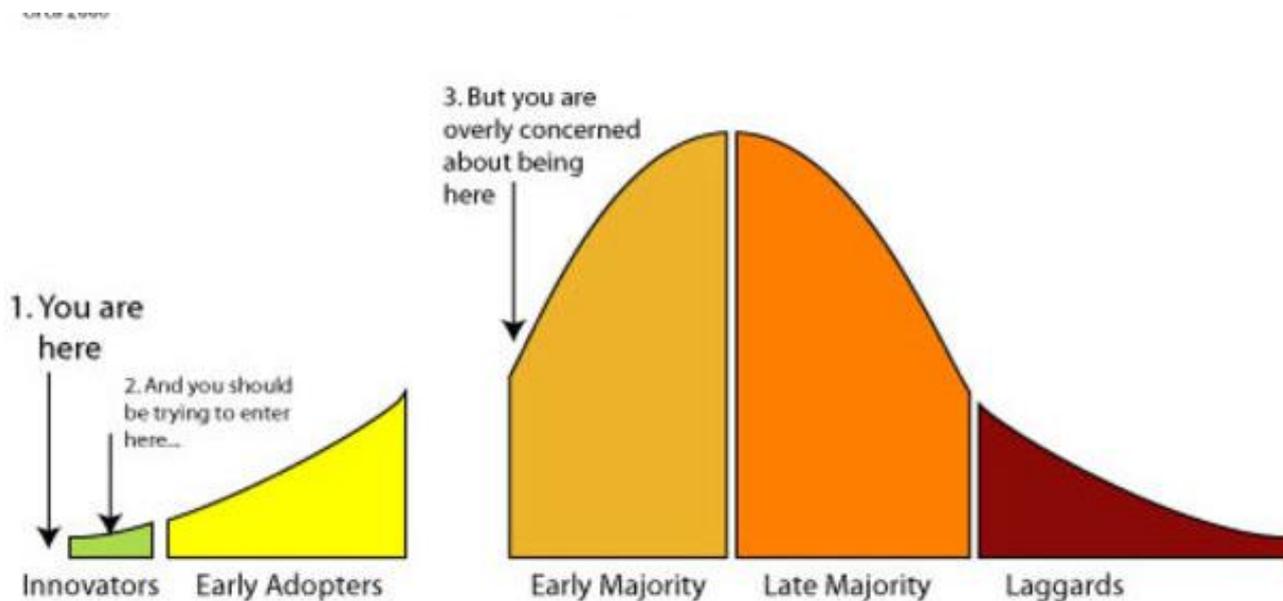
0%

50%

100%

■ NO ■ SI ■ Indiferente

GESTIÓN DEL CAMBIO



HERRAMIENTAS PARA MOTIVAR EL CAMBIO

DIAGNÓSTICO SITUACIÓN INICIAL
ACTORES
RECURSOS

EQUIPO:

- ALEJANDRO GARRIDO
- LOLA GINEL
- BENJAMIN DÍAZ
- M^a JESUS PEREZ

