



Webinario para gestores del SiNASP

29 de mayo 2024

M.^a José Bueno Domínguez
Responsable de Seguridad del Paciente
Salut Sant Joan de Reus-Baix Camp
Coordinadora de proyectos
Fundación Avedis Donabedian



Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Any d'obertura: 2010

Població de referència: 200.000 hab.

5 Àrees Bàsiques de Salut

Població de referència: 86.750 hab.



CAP de Vandellòs- l'Hospitalet

Any d'obertura: 1991

Població de referència:
5.800 hab.



CAP de Riudoms

Any d'obertura: 1995

Població de referència:
12.600 hab.



CUAP i Hospital Lleuger de Cambrils

Any d'obertura: 1999

Població de referència:
33.450 hab.



CAP de la Selva del Camp

Any d'obertura: 2000

Població de referència:
7.300 hab.



CAP de Marià Fortuny

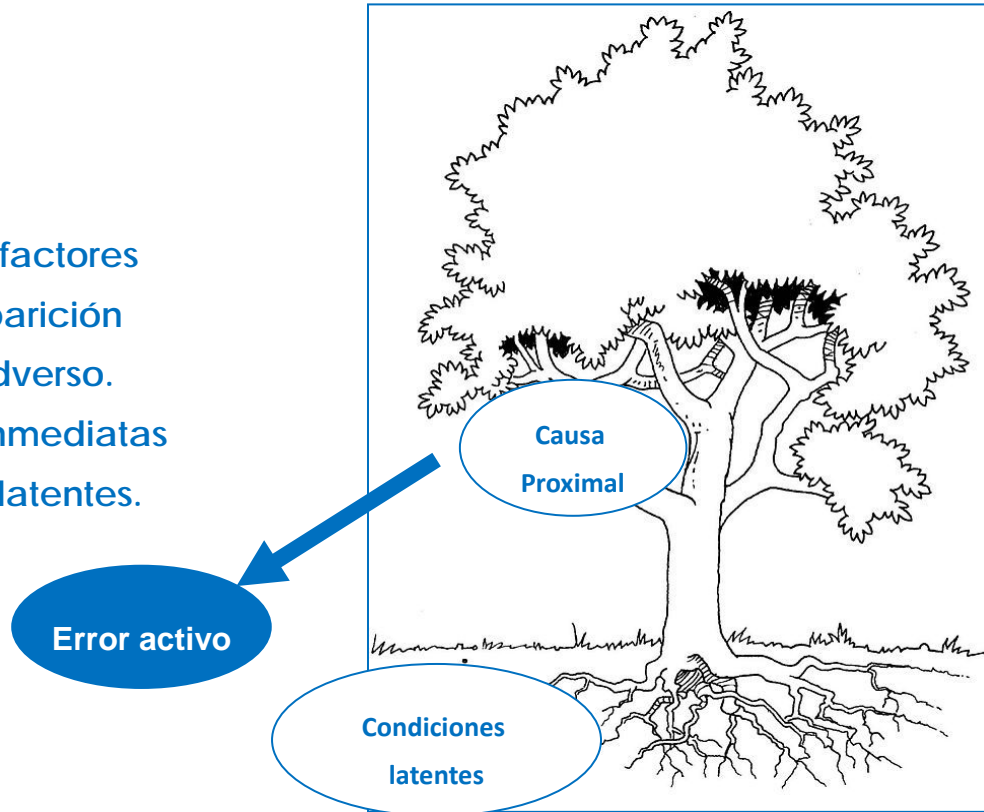
Any d'obertura: 2000

Població de referència:
27.600 hab.

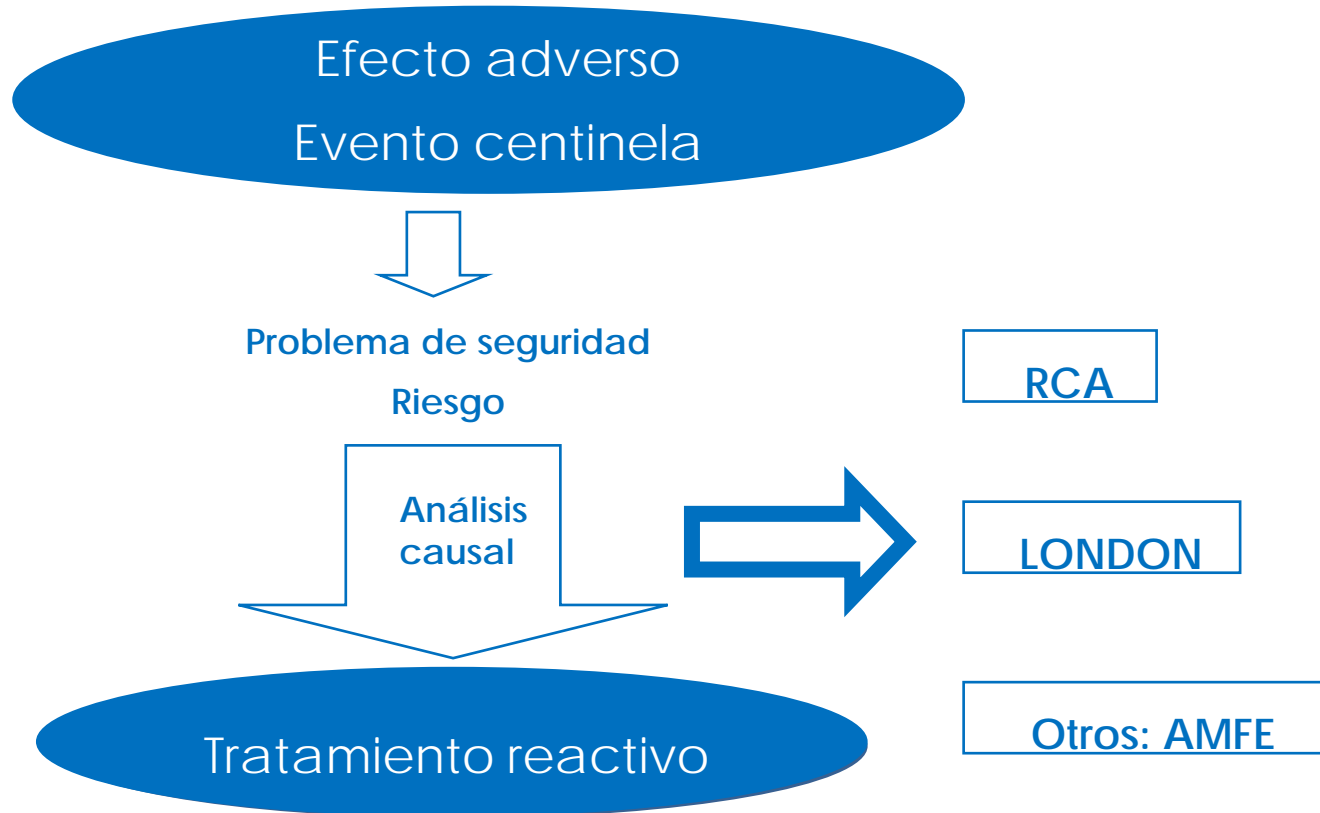
¿Cómo debo analizar los eventos detectados?

ANÁLISIS CAUSAL

Proceso para identificar los factores que han contribuido a la aparición de un incidente o evento adverso. Identificar las causas más inmediatas y las causas o condiciones latentes.



¿Cómo debo analizar los eventos detectados?



RCA: ROOT CAUSE ANALYSIS (ANÁLISIS CAUSA RAIZ)

LONDON: SYSTEMS ANALYSIS OF CLINICAL INCIDENTS

Son procesos de análisis para identificar los factores que han contribuido en la aparición de un incidente o evento adverso.

- Descripción cronológica de los hechos
- Identificar posibles causas inmediatas
- Identificar condiciones latentes
- Cribaje de las causas
- Propuesta de estrategias para reducir el riesgo

Identificar cambios necesarios en procesos clínicos y organizativos:

- Mejorar el nivel de la práctica y disminuir la variabilidad
- Reducir el riesgo de un evento adverso o centinela

FASE 1: PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO Y CONSTITUCIÓN DEL EQUIPO

Datos básicos sobre el evento adverso	Evento	
	Servicio y Unidad implicados	

Grupo de trabajo	Rol	Nombre
	Facilitador o coordinador	
	Líder clínico	
	Representante de la Dirección	
	Miembros del equipo	



FASE 2: RECOGIDA DE DATOS Y COMPRESIÓN DEL EVENTO ADVERSO (1)

- Definición del evento adverso.
- Recogida de la información relevante para el análisis:
 - Entrevistas con el personal involucrado: personal médico, personal de enfermería, personal de farmacia, personal auxiliar, camilleros, ...
 - ¿Condiciones en que acontecieron los hechos?
 - ¿Procedimientos o actividades realizadas?
 - ¿Profesionales implicados?
 - ¿Cuándo y por qué se produjo el evento?
 - ¿Cómo se respondió?
 - ¿Cuáles fueron los elementos implicados?
 - ¿Posibles causas?
 - ¿Cómo evitar el evento en un futuro?



FASE 2: RECOGIDA DE DATOS Y COMPRENSIÓN DEL EVENTO ADVERSO (2)

□ Pruebas físicas:

- Revisión del espacio físico donde ha sucedido el incidente
- Observar equipamiento, materiales, dispositivos,...
- Recoger fotografías y vídeos

□ Evidencias documentales:

- Expediente Clínico: notas de ingreso, curso clínico, curso de enfermería, indicaciones médicas, prescripciones, resultados de laboratorio, registros, informe necropsia, ...
- Revisión de protocolos, procedimientos, políticas, actos,...
- Documentos de recursos humanos (competencias, acogidas, ...)
- Documentos y registros de mantenimiento, ...



FASE 2: RECOGIDA DE DATOS Y COMPRENSIÓN DEL EVENTO ADVERSO (3)

- Diagramas de flujo para definir las etapas del proceso.
- Consejo legal y ético.
- Informe escrito en relación a los hechos sin juicios de valor.
- Recoger cronológicamente los eventos adversos en el paciente.



Rapidez en la recogida de datos para no olvidar aspectos claves.

Profundizar repetidamente preguntando POR QUÉ , agotando respuestas.

Se centra en sistemas o procesos, pero no en la práctica individual.

FASE 3: IDENTIFICAR CAUSAS SUBYACENTES (1)

Relacionado con el paciente	Condiciones latentes identificadas	Cribaje A / B
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Complejidad del caso <input type="checkbox"/> Problemas de comunicación (idioma, sordera, déficit,...) <input type="checkbox"/> Trastorno de la personalidad <input type="checkbox"/> Factores sociales o culturales 		
Relacionado con el profesional sanitario	Condiciones latentes identificadas	Cribaje A / B
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conocimientos <input type="checkbox"/> Aptitudes <input type="checkbox"/> Competencia <input type="checkbox"/> Salud física o mental <input type="checkbox"/> Fatiga 		

FASE 3: IDENTIFICAR CAUSAS SUBYACENTES (2)

Relacionado con el equipo humano	Condiciones latentes identificadas	Cribaje A / B
<input type="checkbox"/> Comunicación verbal/escrita <input type="checkbox"/> Supervisión/asesoramiento <input type="checkbox"/> Estructura de equipo (falta de liderazgo) <input type="checkbox"/> Dotación de personal <input type="checkbox"/> Sobrecarga de trabajo		
Factores ambientales de trabajo	Condiciones latentes identificadas	Cribaje A / B
<input type="checkbox"/> Soporte administrativo <input type="checkbox"/> Soporte directivo <input type="checkbox"/> Ambiente de trabajo		

FASE 3: IDENTIFICAR CAUSAS SUBYACENTES (3)

Factores organizativos y de recursos	Condiciones latentes identificadas	Cribaje A / B
<input type="checkbox"/> Recursos financieros <input type="checkbox"/> Estructura organizativa		
Factores relacionados con tareas y tecnología	Condiciones latentes identificadas	Cribaje A / B
<input type="checkbox"/> Diseño de tareas y claridad de funciones <input type="checkbox"/> Disponibilidad y uso de protocolos <input type="checkbox"/> Disponibilidad y exactitud del resultado de pruebas <input type="checkbox"/> Problemas tecnológicos y de mantenimiento		

FASE 4: CRIBAJE DE LAS CONDICIONES LATENTES



- ❑ ¿El evento adverso habría sucedido si la condición latente no existiera?
- ❑ ¿Si se corrige o se elimina la condición latente se evitaría la aparición del evento adverso?

Prioritariamente se realizarán mejoras en las siguientes valoraciones del cribaje:

a) NO b) SI
a) SI b) SI



CASO CLÍNICO 1

Muerte de un paciente de 58 años con shock hemorrágico prolongado por hemorragia masiva por varices esofágicas.

RECOGIDA DE DATOS:

- Revisión Historia Clínica:
 - Curso clínico.
 - Hoja de enfermería: constantes, medicación,...
 - Resultados analíticos.
 - Informes de pruebas complementarias.
 - Informe de asistencia de urgencias.
 - Informe de autopsia.
- Informe de descripción de los hechos de cada profesional implicado.
- Entrevista con los profesionales implicados y otros relacionados con el caso.
- Revisión de documentos: protocolos.

Hora	
10:07h	<input type="checkbox"/> Acude a Urgencias por hematemesis.
10:15-11h	<input type="checkbox"/> Triage: se clasifica nivel 2 y se ubica en un box. Valoración de enfermería : TA 100/50. No taquicardia. Dolor epigástrico: EVA 3. Se monitoriza. Se coloca vía periférica. No se puede colocar SNG. <input type="checkbox"/> Se solicita analítica y pruebas cruzadas. Se inicia perfusión de suero y se administra Pantoprazol. Se pautan cargas de suero si hipotensión.
11:40h	<input type="checkbox"/> Se solicita FGS.
12:00h	<input type="checkbox"/> Se intensifica el dolor epigástrico (EVA 6/10) acompañado de hipotensión. Se administra coloides, cargas de volumen de fisiológico y paracetamol. Se coloca segunda vía periférica.
12:30h	<input type="checkbox"/> Se traslada a Pruebas Especiales para FGS. No se pudo realizar por el estado de agitación del paciente. El traslado lo realizo solamente el camillero.
13:45h	<input type="checkbox"/> Vuelve a Urgencias, hipotenso y con diaforesis. Pobre respuesta a la perfusión de líquidos. Empeoramiento progresivo. Se pasa a Box de Críticos.

Hora	
14:00h	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia que se corrige con glucosa y tiamina. Se avisa a Intensivos. Se vuelve a comentar el caso con el endoscopista.
14:15h	<input type="checkbox"/> Recupera la presión arterial pero está taquicárdico. El intensivista se encuentra en el box.
14:30h	<input type="checkbox"/> Llega el endoscopista al box. Intenta colocar la SNG sin éxito. <input type="checkbox"/> Se toma el acuerdo de seguir con la estabilización del paciente y perfusión de fármacos para realizar posteriormente la FGS.
14:45h	<input type="checkbox"/> Hematemesis masiva. Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo. Se vuelve a avisar al endoscopista.
	<input type="checkbox"/> Shock y asistolia. Acude otro adjunto del servicio de Urgencias y se inician maniobras de RCP. Se avisa al intensivista. Se inicia transfusión de concentrados de hematíes. Se coloca sonda orogástrica y se aspira sangre. <input type="checkbox"/> Se realiza FGS con el paciente intubado y esclerosa un cordón varicoso. Se retira el endoscopio y presenta una hematemesis severa con shock y disociación electromecánica sin respuesta en el box de RCP.
15:45h	<input type="checkbox"/> Éxitus.

Condiciones Latentes	Condiciones latentes identificadas por el "comité de seguridad"	Cribado* Si-No/ Si-No
FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE		
- Complejidad del caso - Problemas de comunicación (lenguaje, sordera, etc.) - Trastornos de la personalidad - Factores sociales o culturales	1) Paciente con cirrosis hepática y varices esofágicas <u>no diagnosticado previamente</u> que debuta con hemorragia masiva grave por rotura de las varices. 2) Diabético con percepción del dolor alterada 3) HTA en tratamiento con desconocimiento de sus cifras tensionales habituales. 4) Dificultades anatómicas para la colocación de sonda nasogástrica y el control directo del proceso hemorrágico.	NO/SI SI/NO NO/NO NO/SI
FACTORES RELACIONADOS CON EL PROFESIONAL SANITARIO		
- Conocimientos - Aptitudes - Competencia - Salud física o mental - Fatiga	5) Infravaloración del riesgo real que tenía el paciente al principio por parte, tanto del personal de urgencias como por parte del endoscopista. 6) Infravaloración del dolor abdominal que presentaba. 7) No realización de la técnica indicada para evitar un efecto adverso de menor gravedad que el sucedido. 8) Inicio tardío de las transfusiones	NO/SI NO/SI SI/SI SI/SI
FACTORES RELACIONADOS CON EL EQUIPO HUMANO		
- Comunicación verbal y/o escrita - Supervisión y asesoramiento - Estructura del equipo (falta de liderazgo) - Dotación de personal - Sobrecarga de trabajo y sistemas de turnos	9) Comunicación defectuosa entre el clínico responsable y el clínico endoscopista para transmitir la magnitud de la gravedad. 10) Por fallo del trabajo en equipo, no se llegó a la decisión de tomar las medidas necesarias (protección de la vía aérea mediante IOT) para evitar la demora en aplicar la técnica y su realización con seguridad.	NO/SI NO/SI

FACTORES RELACIONADOS CON TAREAS Y TECNOLOGIA		
- Diseño de tareas y claridad de funciones - Disponibilidad y uso de protocolos - Disponibilidad y exactitud del resultado de las pruebas - Problemas tecnológicos y de mantenimiento	11) Traslado a pruebas especiales en compañía del camillero solamente. 12) Endoscopista durante la prueba sin la ayuda de otro clínico para el manejo de posibles complicaciones 13) Ausencia de circuito de sedición para FGS urgentes.	SI/SI SI/SI NO/SI
FACTORES AMBIENTALES DEL TRABAJO		
- Soporte administrativo - Soporte de los directivos - Ambiente de trabajo	No aplica	
FACTORES ORGANIZATIVOS Y DE RECURSOS		
- Recursos financieros - Estructura organizativa	14) Lugar de realización de la FGS lejos del área de urgencias, con traslado y control durante la prueba, insuficientes en casos de gravedad.	SI/SI

¿El evento adverso habría sucedido si la condición latente no existiera?

¿Si se corrige o se elimina la condición latente se evitaría la aparición del evento adverso?

Propuestas de mejora	Condición latente a corregir
<ul style="list-style-type: none"> • Modificar el protocolo para incluir tratamiento empírico en caso de previsión de retraso de la prueba. 	1) 4)
<ul style="list-style-type: none"> • Especificar signos de gravedad en diabéticos e hipertensos en lugar de la actual limitada mención genérica en el protocolo. 	2) 3)
<ul style="list-style-type: none"> • Jerarquización de mando a favor del clínico responsable en caso de discrepancias en la indicación de la endoscopia. 	5) 9)
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolizar "traslado siempre medicalizado" de pacientes identificados de riesgo. 	11) 12)
<ul style="list-style-type: none"> • FGS siempre en Box de RCP para los pacientes clasificados de riesgo. 	11) 12) 14)
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de profesional capacitado en el manejo de la vía aérea durante la prueba en los pacientes de riesgo. 	7) 10) 12)
<ul style="list-style-type: none"> • Incluir (en el protocolo) la incapacidad para la colocación de la SNG como factor de riesgo y gravedad independiente. 	4)
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de transfusiones masivas 	8)
<ul style="list-style-type: none"> • Circuito de protección de la vía aérea para FGS urgentes de riesgo. 	13)



- ❑ Revisión y difusión del Protocolo de HDA y FGS.
 - Responsable: Digestivo, Medicina Interna, UCI y Urgencias liderado por Dr. X.

- ❑ Protocolizar la protección de la vía aérea en este tipo de pacientes con el consenso de los servicios de: Anestesia, Intensivos, Urgencias Y Digestivo.
 - Responsable: Dr. X.

- ❑ Revisión y difusión del protocolo de transfusión masiva.
 - Responsable: Dr. X y Comisión de transfusiones.



CASO CLÍNICO 2

INCIDENT GENERAL

Data de l'incident:



Centre on a succeït l'incident:



Incident:

ENFERMA QUE CAE DESDE UNA GRÚA MIENTRAS SE LE REALIZA UNA TRASFERENCIA DESDE EL SILLÓN A LA CAMA. LA ENFERMA SUFRE UN TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFÁLICO SEVERO CON UN HEMATOMA SUBDURAL Y UNA HEMORRAGIA PARENQUIMATOSA ABIERTA A VENTRÍCULOS.

Successió d'accions que que han conduït a l'incident:

Possibles causes que han induït a l'incident:

"PROBABLEMENTE" MALA UTILIZACIÓN DE LA GRÚA. CLASIFICO EL ERROR COMO 7 DE FORMA TRANSITORIA, PODRÍA VARIAR DESDE UN 6 HASTA UN 9 EN FUNCIÓN DE LA EVOLUCIÓN

Grau de gravetat:

7-Error que ha contribuït a produir un dany permanent al pacient

Possibles accions per corregir l'incident:

FORMACIÓN SOBRE EL USO DE 'GRÚAS A LOS CELADORES Y A LOS AUXILIARES.



INCIDENT GENERAL	
Data de l'incident:	[REDACTED]
Centre on a succeit l'incident:	[REDACTED]
Incident:	ENFERMA QUE CAE DESDE UNA GRÚA MIENTRAS SE LE REALIZA UNA TRASFERENCIA DESDE EL SILLÓN A LA CAMA. IA ENFERMA SUFRE UN TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFÁLICO SEVERO CON UN HEMATOMA SUBDURAL Y UNA HEMORRAGIA PARENQUIMATOSA ABIERTA A VENTRÍCULOS.
Successió d'accions que que han conduit a l'incident:	
Possibles causes que han induit a l'incident:	"PROBABLEMENTE" MALA UTILIZACIÓN DE LA GRÚA. CLASIFICO EL ERROR COMO 7 DE FORMA TRANSITORIA, PODRÍA VARIAR DESDE UN 6 HASTA UN 9 EN FUNCIÓN DE LA EVOLUCIÓN
Grau de gravetat:	7-Error que ha contribuït a produir un dany permanent al pacient
Possibles accions per corregir l'incident:	FORMACIÓ SOBRE EL USO DE 'GRÚAS A LOS CELADORES Y A LOS AUXILIARES.



Dirección del centro notificador



Responsable de Seguridad



Miembros de la Comisión de SP



GANBI: grupo de análisis
de notificaciones

Comisión de SP



RECOGIDA DE DATOS:

- Revisión de la Historia Clínica .
- Informe de descripción de los hechos.
- Entrevista con el profesional implicado y con otros relacionados con el caso.
- Revisión de documentos: protocolos de movilización y documentación grúas.
- Guía de instrucciones de las grúas.
- Notificación en el buzón de incidentes.
- Simulacro de los hechos en la habitación con el profesional implicado: Reconstrucción.



Las presentes tablas se consideran una ayuda para organizar los pasos de un análisis causal de un evento centinela. No todas las posibilidades y preguntas son aplicables en cada caso. Sin embargo, se deben considerar todas para hacer una investigación completa

Nivel de análisis		Preguntas	Hallazgos
¿Que ocurrió? ↓	Evento centinela	¿Cuáles son los detalles del evento? ¿Qué área o servicio se afectó?	Paciente de 95 años con deterioro cognitivo severo, que cae durante una transferencia de silla a cama con grúa realizándose un TCE.
	¿Por qué ocurrió? ¿Cuáles son las causas proximales?		PROFESIONAL: Moviliza un celador solo y que en Estrategias de reducción del riesgo: El número de profesionales es

Factores humanos	¿Qué factor fueron relev resultado?	La grúa utilizada fue una grúa MAXI MOVE en principio correcta para este uso. Esta arneses necesari transfer Esta verificac tanto el como de verifi casa co	Revisar el manejo de las grúas (importante el control de la palanca que estabiliza la	Revisiones del mantenimiento preventivo
------------------	-------------------------------------	---	---	---

Nivel de análisis		Preguntas	Hallazgos	Estrategias de reducción del riesgo	Medidas de la efectividad de la estrategia
Factores del equipamiento	¿De qué manera afectaron los factores de equipamiento en el resultado?	¿En qué grado estaba el personal cualificado para desarrollar sus responsabilidades?	En principio es una de sus tareas y es un profesional con experiencia en la empresa. En la residencia asistida, no se contempla dicho perfil profesional, pero en esta unidad si existe. Déficit de formación específica. Si existe una formación anual reglada sobre transferencias pero no referente a transferencias con grúas.	Formación sobre transferencias de pacientes incluyendo colocación de cinchas y manejo de grúas	Profesionales que realizan la formación específica de transferencia i movilización con grúas, sobretodo incorporar el tema de colocación de cinchas
	Factores ambientales controlables	¿Qué factores afectan directamente el resultado?	NA	Incluir dicha formación en el protocolo de acogida de nuevos profesionales	
	Factores externos no controlables	¿Están realmente más allá del control de la organización?	Pacient de exig Pacient deterior depend caso ag	En principio no había déficit de profesionales. Otros dos profesionales estaban en la misma habitación movilizand otra paciente.	Mejorar la formación ante el manejo de un aparataje o grúa nueva
Factores del proceso	¿Qué pasos estuvieron in	¿Cómo estaban dotados de personal los servicios implicados?	En principio no había déficit de profesionales. Otros dos profesionales estaban en la misma habitación movilizand otra paciente.	--	
		¿En qué grado se evaluaba la práctica relacionada con el evento de los profesionales implicados?	No se evalúa No se evalúan competencias	Evaluación de competencias y habilidades técnicas periódicas	



Las grúas son sistemas de elevación y traslado que se utilizan para evitar que el ayudante cargue con el peso de la persona asistida al realizar la transferencia (ej.: al pasar desde la cama a la silla de ruedas o a la bañera, etc.).

Características de las grúas móviles:

Este folleto pretende ser informativo, en ningún caso sustituiría el criterio del profesional.

Hable con su médico o el profesional de los servicios sociales o sanitarios para que le derive a Terapia Ocupacional y allí le asesoren sobre las ayudas técnicas más adecuadas.

El terapeuta ocupacional es el profesional con el que puede realizar un entrenamiento en sus actividades de la vida diaria y que mejor puede informarle sobre las ayudas técnicas para facilitar dichas actividades.

Organismos relacionados:

APETO: Tel: (00 34) 91 553 56 08
Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales.

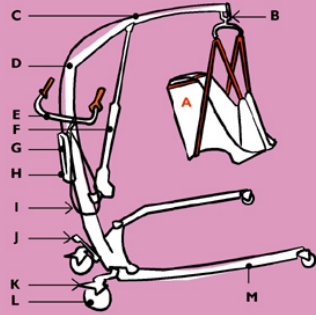
AENOR Asoc. Española de Normalización y Certificación Tel: (00 34) 914 326 000

Otros folletos:

- Un baño a mi medida
- La vida sobre ruedas
- Un mundo en horizontal



CEAPAT
Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas



- A: Soporte corporal
- B: Percha
- C: Brazo
- D: Mástil
- E: Mando
- F: Sistema de elevación
- G: Bloqueo de seguridad
- H: Batería
- I: Mando con cable
- J: Sistema apertura de patas
- K: Frenos
- L: Ruedas
- M: Patas

“Muéveme fácilmente” grúas: puntos importantes

Al elegir el tipo de grúa debe considerar:

- ¿Dónde, para qué y quienes la van a utilizar?
- Cada grúa soporta un límite de peso.
- Cada grúa tiene un recorrido específico (ej. para levantar del suelo).
- Existen modelos plegables o desmontables para facilitar su transporte.
- Las grúas pueden ser:
 - Con base móvil o fijas (al techo mediante raíles, al suelo o a la pared).
 - De accionamiento manual o eléctrico.

Tenga en cuenta que la grúa ocupa un espacio en sí además del espacio que necesita el ayudante para manejarla, desplazarla y almacenarla.



En ocasiones hay que modificar el espacio de uso, en el hogar por ejemplo redistribuyendo el mobiliario, ampliando el paso de las puertas, elevando la bañera o la cama, ... (las grúas con base móvil necesitan un espacio libre para poder alojar la base).

Tipos de soportes corporales

Se utilizan para sujetar al individuo cuando se usa la grúa.

Existen diferentes tipos de soportes corporales:

- Rígidos
- Flexibles. Pueden ser:

- De distintos tamaños y materiales (ej.: para seco o mojado, niños, personas obesas...).
- Tipo hamaca, con soporte de cabeza
- Especiales para personas con amputación de algún miembro



Otro modelo de grúa móvil son las llamadas grúas de bipedestación, que facilitan las transferencias de "sentado a sentado"; resultan muy útiles para realizar cambios de pañal o el uso del inodoro.

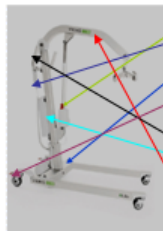
Datos de interés:

Ley 23/2003 (10 julio). Garantías en la venta de bienes de consumo.

Norma UNE-EN ISO 10535. Grúas para el

PROTOCOL D'HIGIENE POSTURAL TRANSFERENCIES I AJUDES TÈCNiques

GRUA D'ELEVACIÓ



- Bloqueig de seguretat
- Comandament a distància
- Sistema d'elevació
- Sistema d'obertura de potes
- Peu o suport
- Frens
- Potes
- Rodes
- Mòdul
- Bateria
- Penja
- Suport corporal (amès, cingla)
- Braç

Aquesta grua està especialment **indicada** per a:

- residents amb **dependència alta**
- persones totalment o parcialment bariàtriques
- residents amb un pes elevat
- residents amb altres limitacions físiques

Serveix per a:

- transportar el resident del llit a la cadira (de rodes o de descans),
- transportar el resident de la cadira o de terra al llit,
- realitzar transferències laterals,
- transportar el resident al bany o a fer la higiene

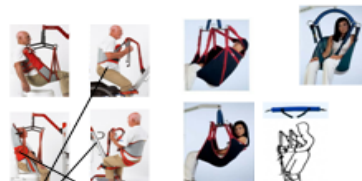
Recomanacions:

1. És millor fer-la servir entre dos persones, malgrat que també ho pot fer una persona quan sàpiga com funciona.
2. Fixeu-vos en el pes màxim que pot aixecar: com més varietat de pes abasti, millor.
3. Fixeu-vos en la capacitat d'autonomia de les bateries (entre 50 o 100 usos, per exemple).
4. Ha de tenir un control manual d'aturada d'emergència.
5. Abans de fer servir la grua, assegureu-vos que està en bones condicions d'ús (les rodes netes, la bateria carregada, etc.).

Instruccions d'ús:

1. Poseu l'amès a la persona, de manera que quedi assegurada i còmoda.
2. Estant el pacient en posició de decúbit supí, acosteu la grua al llit i poseu les cingles als gansos.
3. Una persona auxiliar va aixecant la perxa a poc a poc amb el comandament a distància, mentre l'altra va acomodant el resident a la posició adequada.
4. Orienteu la perxa de la grua fins al lloc on voleu deixar el resident.
5. Feu-lo baixar a poc a poc i l'acomodeu.

Tipus d'Arnesos:



Arnesos de bipedestació

amb capçal per pacients sense control del cap i el tronc



Existeixen al mercat diferents arnesos depenent del seu ús
- **Per a la higiene**, amès per bipedestació que deixen lliure la zona pèlvica i els glutis

OBJECTIUS:

- ASSESS TÈCNIC
- DETEC LLOC D
- DONAR DIÀRIE TREBA

COM HO FAREM...

- Repàs FC Tèc
- DEFINICIONS
- Ventall d'ajud
- Estudi de Cas
- Com treball

Ajudes Tècniques

- MOBILITAT:
 - Bastons
 - Crosses
 - Acaminadors
 - Cadira de Rodes



Tipus d' Arnesos:



CASO CLÍNICO 3

Muerte de paciente alcohólico en domicilio tras ser visitado por TCE.

- Varón de 51 a. con AP: enolismo crónico y síndrome depresivo que acude a urgencias en ambulancia por TCE. Se le asigna nivel T3. Es valorado por facultativo de guardia. Se realiza Rx de cráneo y se deriva al hospital de referencia para seguir evolución. Ante la negativa del paciente, no se sutura herida a nivel frontal. A su llegada al hospital (2h después) se le asigna nivel T5. Es visitado por facultativo, se cura herida frontal (no se sutura porque se valora que han pasado más de 6 h). En ambos centros el Glasgow es 15.
- 7 h es trasladado a su domicilio en ambulancia por motivos administrativos y/o de recursos y se le dan recomendaciones básicas sobre signos de alerta de TCE (vive solo).
- 7h. Una hermana lo encuentra en su domicilio sin signos vitales, se activa 112 constatándose éxitus y se avisa forense de guardia.
- Resultado necropsia: hematoma subdural.



- Identificar causas inmediatas y condiciones latentes que han llevado al suceso.
- Proponer e implementar acciones de mejora para reducir el riesgo.

Constitución del equipo de trabajo: profesionales de ambos niveles asistenciales, coordinador de urgencias de hospital de referencia, Director y Coordinadora de enfermería del centro de Atención Primaria y Dirección de Calidad.

Para definir la descripción cronológica de los hechos, recogida de información: Historia clínica OMI-AP, historia clínica hospital, hojas traslado de transporte sanitario, informes alta AP (médico/enfermería) y hospital, informe de trazabilidad (informático), informe autopsia (hematoma subdural), entrevista e informe profesionales implicados y responsables de servicios.



Condiciones Latentes	Condiciones latentes identificadas por el "comité de seguridad"	Cribado* Si- No/ Si- No
FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE		
<ul style="list-style-type: none"> - Complejidad del caso - Problemas de comunicación (lenguaje, sordera, etc.) - Trastornos de la personalidad - Factores sociales o culturales 	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento social. - No viene acompañado. - Síndrome depresivo con baja autoestima. - Poco demandante. - Enolismo crónico: aturdimiento y falta de colaboración. - Consumidor habitual de psicótopos 	SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO SI/NO
FACTORES RELACIONADOS CON EL PROFESIONAL SANITARIO		
<ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos - Aptitudes - Competencia - Salud física o mental - Fatiga 		
FACTORES RELACIONADOS CON EL EQUIPO HUMANO		
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación verbal y/o escrita - Supervisión y asesoramiento - Estructura del equipo (falta de liderazgo) - Dotación de personal - Sobrecarga de trabajo y sistemas de turnos 	<ul style="list-style-type: none"> - Turno nocturno en HUSJR - Ratio de profesionales médico bajo 	SI/NO NO/NO

FACTORES RELACIONADOS CON TAREAS Y TECNOLOGIA		
<ul style="list-style-type: none"> - Diseño de tareas y claridad de funciones - Disponibilidad y uso de protocolos - Disponibilidad y exactitud del resultado de las pruebas - Problemas tecnológicos y de mantenimiento 	HLLCAMBRILS: <ul style="list-style-type: none"> - No registro del informe de la exploración radiológica - Déficit de protocolo de actuación ante un TCE (enolismo) HUSJR: <ul style="list-style-type: none"> - Valoración de nivel de triaje 5 a un TCE - Gran movilidad de ubicación de paciente - No supervisión médica de paciente dado de alta - Déficit sucesivo de registros y poca claridad en ellos - Déficit de protocolo de actuación ante un TCE (enolismo) - Dar recomendaciones en TCE para seguimiento domiciliario en caso de exclusión social 	NO/NO SI/SI (1)
FACTORES AMBIENTALES DEL TRABAJO		
<ul style="list-style-type: none"> - Soporte administrativo - Soporte de los directivos - Ambiente de trabajo 		
FACTORES ORGANIZATIVOS Y DE RECURSOS		
<ul style="list-style-type: none"> - Recursos financieros - Estructura 		

¿El evento adverso habría sucedido si la condición latente no existiera?

¿Si se corrige o se elimina la condición latente se evitaría la aparición del evento adverso?

Propuestas de mejora	Condición latente a corregir
Protocolo actuación ante TCE (enolismo)	(1) (5)
Revisar criterios de TAC en paciente con TCE	(1) (5)
Revisar criterios de triage	(2)
Revisar política de cierre de informes de alta	(3)
Presentación de caso en sesión y dar relevancia a la correcta cumplimentación de registros	(4)
Revisar las recomendaciones al alta y valorar posible estancia 24h-48H post TCE en pacientes de exclusión social	(6)



ATENCIÓ ALS TRAUMATISMES CRANEOENCEFÀLICS

DEFINICIÓ:

Establir el procediment d'atenció als malalts que han sofert un TRAUMATISME CRANEOENCEFÀLIC (TCE)

OBJECTIU:

Descriure les actuacions adients per a l'assistència d'aquesta patologia, determinar la seva gravetat i valorar la necessitat de derivació a establiment de complexitat superior.

MATERIAL:

Disposem d'un protocol a OMI-AP amb les guies d'actuació per atendre els TCE.

MÈTODE:

Quan arriba un malalt amb sospita d'haver patit un traumatisme cranial amb pèrdua de coneixement (TCE), amb el Protocol específic per a aquesta patologia, establim si es tracta d'un cas potencialment greu, en que haurèm d'estabilitzar-lo i derivar-lo a un centre de complexitat superior, o en cas contrari, podem donar-lo d'alta, sempre amb el full d'informació neurològica als seus acompanyants.

ASPECTES A DESTACAR:

- Escala de Glasgow
- Criteris d'ingrés dels TCE
- Signes d'alarma
- Full informatiu domiciliari de control neurològic

MESURES DE CONTROL:

Protocol assistencial del TCE.

RESPONSABLE: Metge – CAROLINA CRESPO PALAU

APROVACIÓ DE LA DIRECCIÓ

PROTOCOL D'ACTUACIÓ EN TCE (Ileus)

DEFINICIÓ

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE):

- Todo Trauma Craneal que tiene repercusión neurológica: Pérdida de conciencia, amnesia posttraumática, focalidad, etc.
- Cualquier lesión física con deterioro del contenido craneal, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica.

LESIÓN PRIMARIA:

Es el resultado directo del daño cerebral en el momento del impacto y puede ser a su vez, focal o difusa.

- Focal: Hematoma intracraneal y Fracturas craneales
- Difusa: Hemorragias por contragolpe y Lesión axonal difusa.

LESIÓN SECUNDARIA:

Lesiones cerebrales provocadas por una serie de alteraciones sistémicas o intracraneales que aparecen en minutos, horas o días después.

OBJETIVO:

ATENCIÓN INICIAL AL TCE:

Debe centrarse en evitar y tratar lo más precozmente posible la lesión secundaria y a dotar al encéfalo lesionado de un medio idóneo que permita en la medida de lo posible la recuperación espontánea de las lesiones primarias.

La calidad de la asistencia prehospitalaria y de la ofrecida en el primer centro que atiende al paciente neurotraumático es fundamental para minimizar las lesiones secundarias y mejorar el pronóstico del TCE.

MATERIAL

Para la valoración de un TCE disponemos de dos herramientas para poder determinar su gravedad:

1. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Mínimo: 3 puntos/ Máximo:15 puntos)

APERTURA OCULAR

- 1.- Espontánea..... 4
- 2.- A órdenes verbales..... 3
- 3.- Al dolor..... 2
- 4.- Ninguna respuesta..... 1

MEJOR RESPUESTA VERBAL

- 1.- Orientada y adecuada..... 5
- 2.- Desorientada..... 4
- 3.- Palabras inadecuadas..... 3
- 4.- Palabras incomprensibles..... 2
- 5.- Ninguna respuesta..... 1

RESPUESTA MOTORA

- 1.- Obedece órdenes..... 6
- 2.- Responde a estímulos dolorosos con:
 - * Localiza el dolor..... 5
 - * Retirada al dolor..... 4
 - * Flexión anormal (decorticación),... .. 3

Precipitantes

Errores humanos y fallos del sistema

Fallo de supervisión

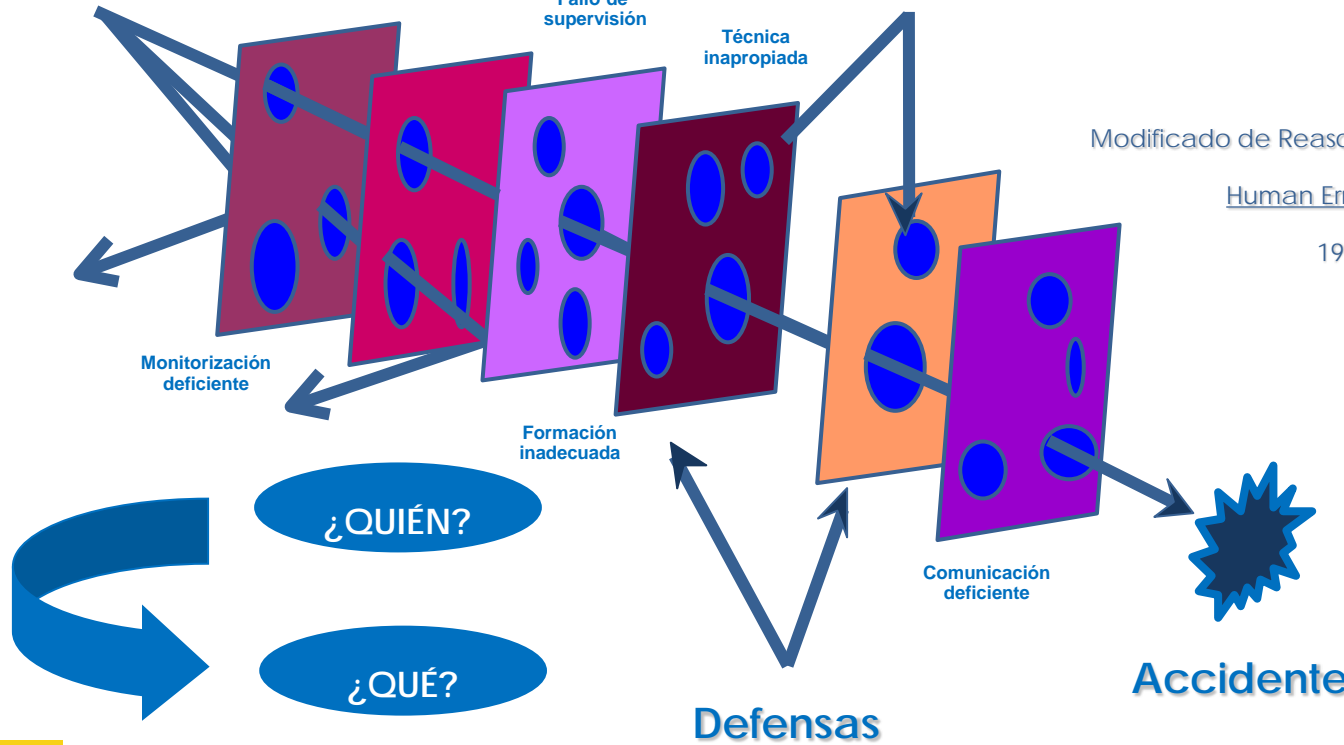
Condiciones latentes

Técnica inapropiada

Modificado de Reason J.

Human Error

1990



CONCLUSIONES (1)

- ❑ La relación profesional sanitario-paciente está basada en la **confianza** mutua y en una comunicación franca.
- ❑ Ante un efecto adverso inesperado, una de las causas de reclamación de los pacientes es **la falta de comunicación con el profesional sanitario**.
- ❑ Los errores que son **comunicados de forma adecuada** tienen una tasa de denuncias menor que aquellos casos en los que el profesional o la institución tienen una actitud hermética.
- ❑ No revelar un efecto adverso a un paciente puede ser **motivo de causa judicial** si se descubre con posterioridad y se ha ocultado información.
- ❑ La gran mayoría de efectos adversos **no son consecuencia de una negligencia médica**.



CONCLUSIONES (2)

- ❑ Los errores tienen un **origen multicausal**: diferentes barreras de defensa.
- ❑ El paciente tiene **derecho a la información** completa, apropiada y fiable, sobre su caso.
- ❑ **Perspectiva no punitiva**: no analizar quién, sino qué , cómo y por qué.
- ❑ **Gestión de Riesgos**: incidir en la sistemática de trabajo de los profesionales y en las condiciones en las que se presta la atención sanitaria. "Un objetivo de todos".
- ❑ **Prevenir riesgos y reducción de las secuelas** de los potenciales incidentes: paciente, profesional e institución.
- ❑ Cambio cultural: **percepción social**.



El problema no es un mal profesional, sino que, los sistemas no son suficientemente seguros

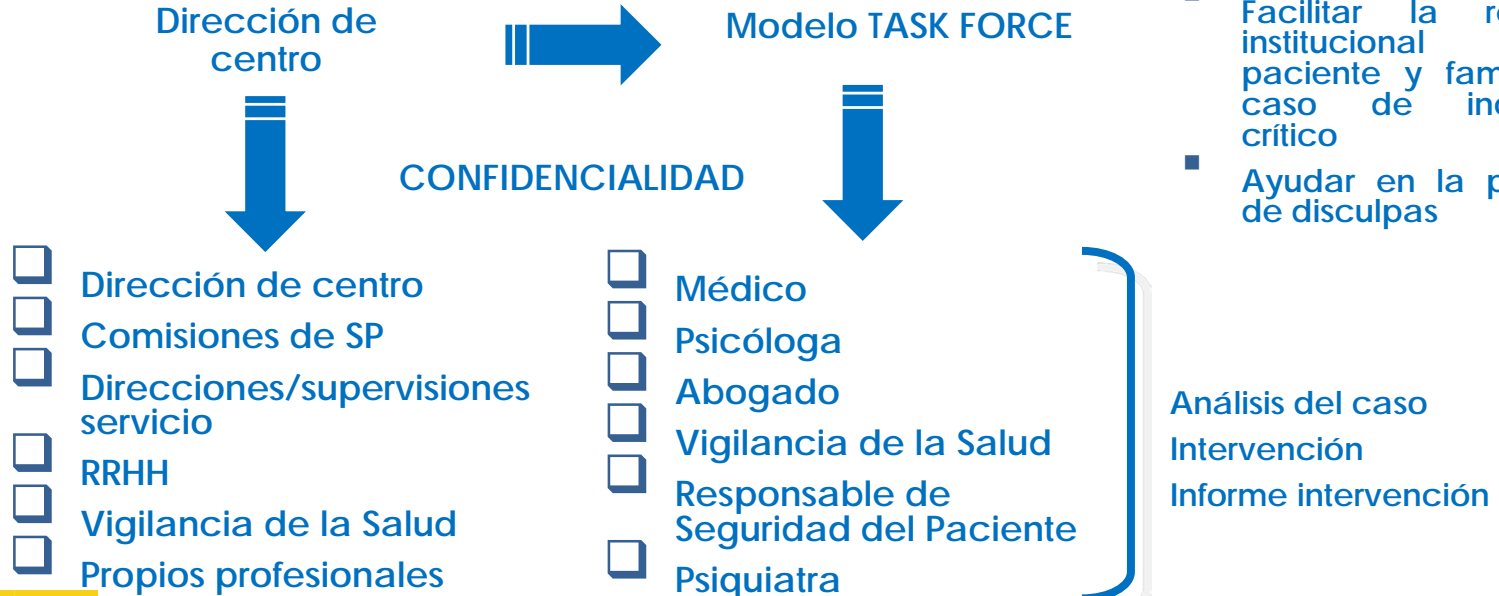


Una organización sistémica, comprometida con la seguridad del paciente, trabaja para evitar errores con la prevención, reparar daños en el paciente/familiares, en el profesional implicado, en el servicio y en la propia institución.

UNIDAD DE SOPORTE A LA SEGUNDA VÍCTIMA

USVIC (2007)

UNIDAD DE SOPORTE A LA SEGUNDA VÍCTIMA DEL INCIDENTE CRÍTICO



- Apoyar profesionales afectados por situaciones extraordinarias y complejas
- Intervenir en el caso de daños a pacientes
- Facilitar la relación institucional con paciente y familia en caso de incidente crítico
- Ayudar en la petición de disculpas

CONCLUSIONES (3)

- Los profesionales como víctimas: **traumatizados**
- Cuidar la comunicación interna: **confidencialidad**
- **Analizar** el caso e implementar el plan de mejora
- **Participación activa** en búsqueda de soluciones
- **Actitud mediadora** para la resolución de conflictos
- Pedir **disculpas**
- Evitar la **escalada de conflicto** y proceso judicial
- Ofertar **una red de apoyo** al profesional
- Cultura sistémica (proactiva y reactiva)
- Plan de comunicación externa: **impacto mediático**
- Plan de formación adecuado (**feedback**)
- Informar a compañía de seguros: **responsabilidad patrimonial**
- Adecuar la legislación de **enjuiciamiento criminal**



Un equipo de USVIC con referentes para dar soporte, con habilidades comunicativas e inmediatez en la respuesta.

***“La seguridad del paciente
no es una meta sino un camino”***

Implantación prematura de proyectos maduros

Implantación madura de proyectos inmaduros

Armonización de proyectos nacionales e internacionales

Papel del paciente en la mejora de la Seguridad

Dr. Carlos Campillo

mjbueno@fadq.org

mariajose.bueno@salutsantjoan.cat



Av. del Dr. Josep Laporte, 2. 43204 Reus



977 310 300 – 610 435 337



www.hospitalsantjoan.cat



hospitalreus@salutsantjoan.cat



@HospitalReus

