



Foro Latinoamericano Colaborativo
en Calidad y Seguridad Hospitalaria

8va Jornada Abierta del Foro Latinoamericano
Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud

13 - 14 Septiembre 2017

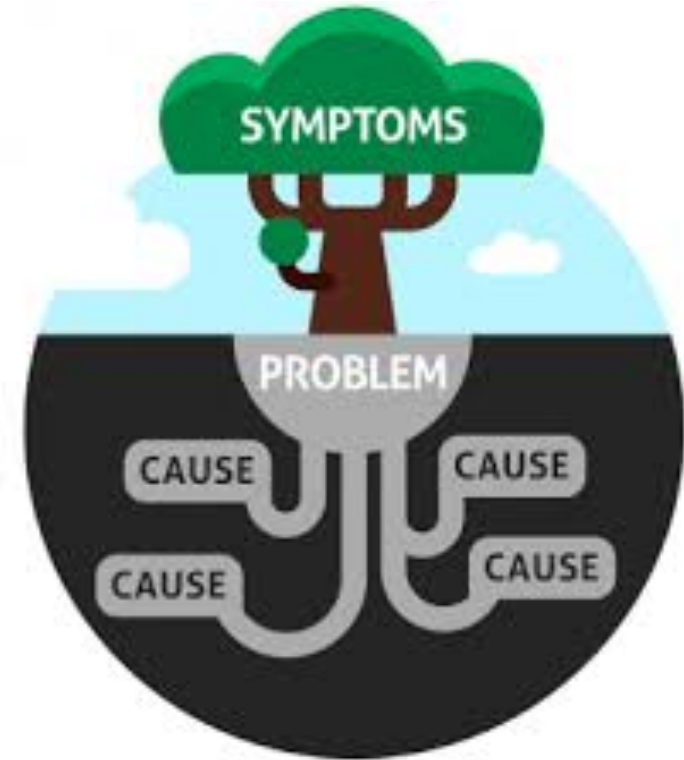


Enfoque actual del Análisis de Causa Raíz: Está contribuyendo a nuestra falla en mejorar la Seguridad del Paciente

Juan Limo MD, FISQua
Clínica Internacional

Análisis de Causa Raíz

- Metodología para evaluar
 - Que sucedió
 - Cómo sucedió
 - Cómo prevenir que ocurra de nuevo
- Objetivo de todo ACR:
 1. Determinar factores contributorios
 2. Proponer cambios que eliminen o reduzcan la posibilidad del evento adversos vuelva a ocurrir.



Estudio publicado en BMJ Quality and Safety

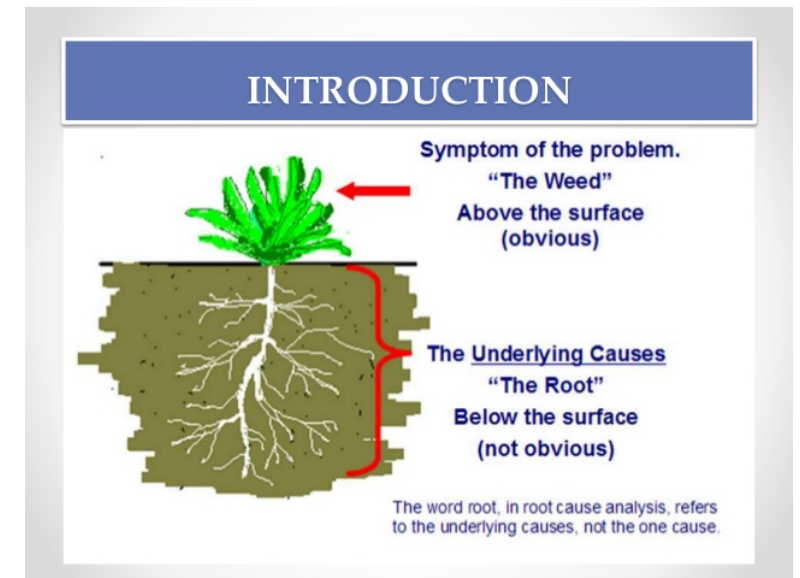
- Kellogg, K, y col. *BMJ Qual Saf* 26:381 – 387.
- Análisis cuantitativo y cualitativo de:
 - Incidentes de seguridad en un hospital de 750 camas, que fueron reportados durante 8 años.
 - Las soluciones propuestas en los planes de acción de cada análisis de causa raíz.
- Análisis temático del contenido de cada caso, con la finalidad de entender la naturaleza de los eventos adversos.

Our current approach to root cause analysis: is it contributing to our failure to improve patient safety?

Kathryn M Kellogg,¹ Zach Hettinger,¹ Manish Shah,² Robert L Wears,³ Craig R Sellers,⁴ Melissa Squires,⁵ Rollin J Fairbanks¹

Resultados del Análisis de los ACR

- 38 % de los ACR correspondieron a Eventos adversos fatales.
- Eventos adversos que terminaron en ACR fueron principalmente en atención quirúrgica 52.6%, seguidos de 14% en atención de especialidades médicas, y luego atención G-O 7.6%.
- Los eventos adversos analizados involucraron:
 - Complicación durante un procedimiento
 - Arresto cardio-respiratorio.
 - Déficit neurológico.
 - Retención de cuerpo extraño.
 - Complicaciones perinatales
 - Error en la administración de medicamentos.

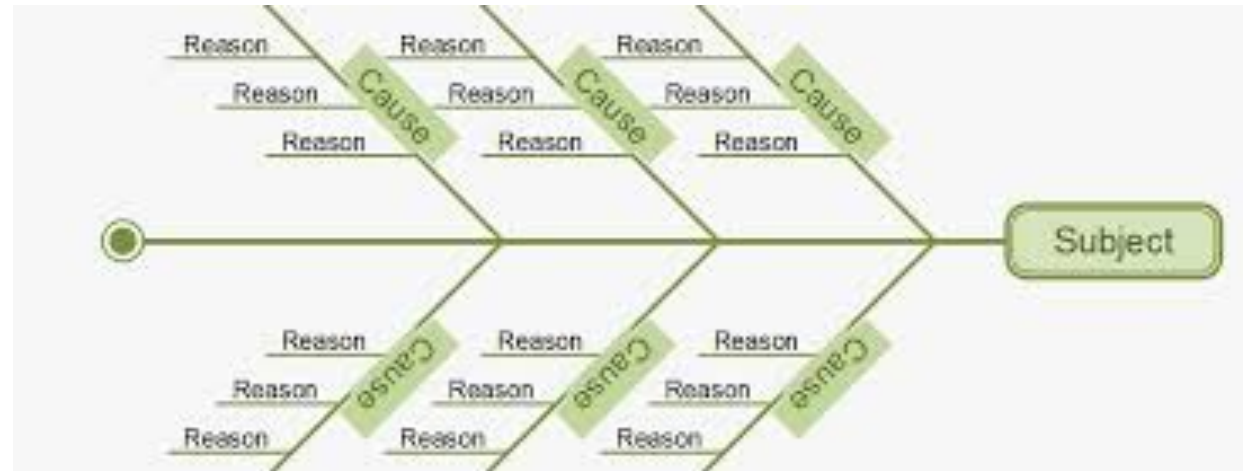


Tipos de Soluciones planteadas en los ACR

El 80% de cambios fueron:

- Entrenamiento
- Cambio en los procesos.
- Reforzamiento de Políticas
- Consejería
- Formatos nuevos

Menos del 4% incluyeron cambios institucionales y gestión de riesgos



Debilidades encontradas en el Análisis

- Sólo el 20% de las soluciones planteadas incluyeron rediseño de procesos.
- Sólo en el 2% de los ACR se planteó un cambio institucional.
- La mejora en la gestión de riesgos se observó en el 1% de las soluciones planteadas.

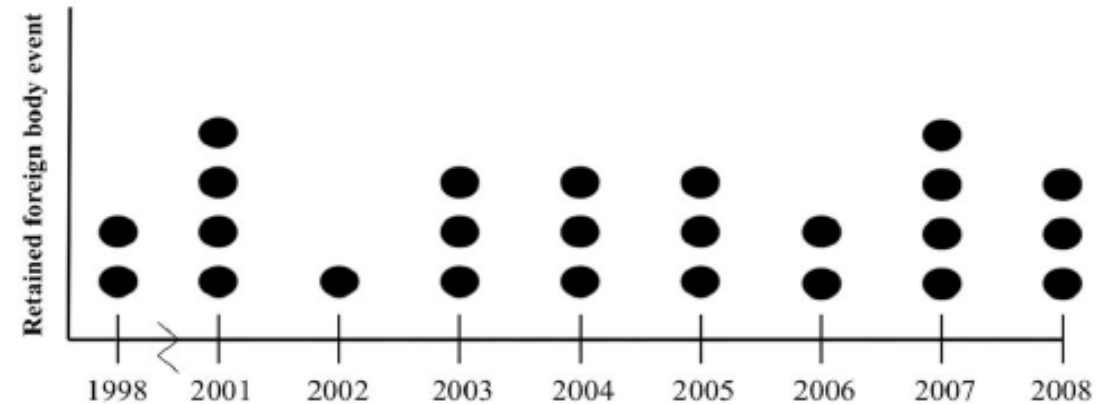


Figure 2 Occurrence of retained foreign body events, as extracted from root cause analyses performed between 2001 and 2008.

Conclusiones del estudio

- Ciertos tipos de eventos adversos son recurrentes a pesar de la recomendaciones hechas por el equipo de ACR.
- No se realiza un seguimiento de las soluciones planteadas en los ACR.
- Las soluciones planteadas no son aquellas que según la literatura son mas efectivas y sostenibles en la prevención de eventos adversos.
- Se requiere una mejor evaluación crítica de los procesos de ACR con la finalidad de optimizar los resultados Análisis de Causa raíz.

Agenda pendiente

- Mejora de la Cultura de Seguridad
- Experiencia del Paciente
- Liderazgo de Alto Impacto
- Seguridad 2.0



Leading a Culture of Safety

A partnership between The American College of Healthcare Executives and IHI/NPSF Lucian Leape Institute

La Ecuación de la Experiencia



The Six Domains

