

10° Jornada Abierta del Foro Latinoamericano Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud

Encuentro Subregional Latinoamericano
de la Sociedad Internacional de Calidad



Buenos Aires 11-12-13
Septiembre



"MIRANDO MAS ALLA DE LA COBERTURA"

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR)

Buenos Aires; 11 de Septiembre de 2019



ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR)



ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR)



"Cuando algo sale mal, las acciones de la organizacion definen y forman la cultura."

Janette G. Clough, Mt. Auburn Hospital.

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR)



**Identificar y
Clasificar los
Eventos**

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR)



SEGURIDAD DEL PACIENTE: CONCEPTOS CLAVES

Incidente imprevisto que supone la **muerte o lesión física o psicológica grave**, que incluye la pérdida de un miembro o una función vital de manera permanente.

EVENTO CENTINELA



EVENTO ADVERSO

Lesión física no intencional que resulta total o parcialmente de la atención médica recibida, que requirió de controles, tratamiento u hospitalización adicionales o que derivó en la muerte del paciente.

Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario en el paciente

INCIDENTE



ERROR

El hecho de que una acción planeada no se lleve a cabo tal y como estaba previsto, o la aplicación de un plan erróneo, inadecuado o incorrecto para lograr un objetivo.

Es un incidente que no llegó al paciente pero tenía el potencial de hacerlo.

CASI ERROR



CONDICIÓN INSEGURA

Son las instalaciones, equipos de trabajo, maquinaria y herramientas que NO están en condiciones de ser usados y de realizar el trabajo para el cual fueron diseñadas o creadas y que ponen en riesgo de sufrir un accidente a las personas que las ocupan.

Es la acción u omisión del trabajador que crea un riesgo contra su seguridad y/o la de sus compañeros.

ACTO INSEGURO



RIESGO

Probabilidad de que ocurra un incidente.

REFERENCIAS:



Realizar **Reporte de Incidentes obligatorio** para Jefe de área



Realizar **Reporte de Incidentes**



Realizar **Reporte de Riesgo**

Identificar y Clasificar los Eventos

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR)



SEGURIDAD DEL PACIENTE: CONCEPTOS CLAVES

Incidente imprevisto que supone la **muerte o lesión física o psicológica grave**, que incluye la pérdida de un miembro o una función vital de manera permanente.

EVENTO CENTINELA



EVENTO ADVERSO

Lesión física no intencional que resulta total o parcialmente de la atención médica recibida, que requirió de controles, tratamiento u hospitalización adicionales o que derivó en la muerte del paciente.

Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario en el paciente.

INCIDENTE



ERROR

El hecho de que una acción planeada no se lleve a cabo tal y como estaba previsto, o la aplicación de un plan erróneo, inadecuado o incorrecto para lograr un objetivo.

Es un incidente que no llegó al paciente pero tenía el potencial de hacerlo.

CASI ERROR



CONDICIÓN INSEGURA

Son las instalaciones, equipos de trabajo, maquinaria y herramientas que NO están en condiciones de ser usados y de realizar el trabajo para el cual fueron diseñadas o creadas y que ponen en riesgo de sufrir un accidente a las personas que las ocupan.

Es la acción u omisión del trabajador que crea un riesgo contra su seguridad y/o la de sus compañeros.

ACTO INSEGURO



RIESGO

Probabilidad de que ocurra un incidente.

ACR

Metodología de los 6 pasos

Acciones Preventivas (HYSO-Mantenimiento)

Guía de cultura Justa NHS

AMFE

REFERENCIAS:

Realizar **Reporte de Incidentes obligatorio** para Jefe de área

Realizar **Reporte de Incidentes**

Comité de Riesgo Hospital Privado Universitario de Córdoba

Realizar **Reporte de Riesgo**

10^a Jornada Abierta del Foro Latinoamericano
Colaborativo en Calidad y Seguridad en Salud

Encuentro Subregional Latinoamericano
de la Sociedad Internacional de Calidad

ISQua



IRANDO MAS ALLA DE LA COBERTURA* Buenos Aires 11-12 de Septiembre

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR)



Evento Centinela:

Un *evento centinela* es un incidente imprevisto que supone la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves. La lesión física grave específicamente incluye la pérdida de un miembro o una función. Dichos eventos se denominan *centinela* porque indican la necesidad de una investigación y respuesta inmediata.

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR)



- Muerte Imprevista: muerte no relacionada con el curso natural de la enfermedad o afección subyacente del paciente (**por ejemplo**, muerte por una infección posoperatoria o embolia pulmonar adquirida en el hospital);
 - muerte de un bebé a término; y
 - suicidio;
- pérdida permanente de una función principal no relacionada con el curso natural o afección subyacente del paciente;
- Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto, o al paciente equivocado;
- transmisión de una enfermedad o afección crónica o fatal como resultado de la transfusión de sangre o hemoderivados o del trasplante de órganos o tejidos contaminados;
- robo de un bebé o entrega de un bebé a los padres equivocados; y
- violación, violencia en el lugar de trabajo como un asalto (que provoque la muerte o la pérdida permanente de una función corporal) o el asesinato (homicidio intencional) de un paciente, un miembro del personal, un profesional sanitario, un estudiante de medicina, un profesional en prácticas, un visitante o un proveedor en las instalaciones del hospital.

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR)



1.	Muerte o daño grave intraoperatoria o inmediata post cirugía o post procedimiento de un paciente con ASA 1 – 2.
2.	Muerte del paciente o daño grave asociado a una caída.
3.	Muerte del paciente o daño grave por el uso de medicamentos
4.	Muerte del paciente o daño grave asociado con el uso inseguro de hemo componentes.
5.	Muerte materna o daño grave asociado con el trabajo de parto o el nacimiento en un embarazo de bajo riesgo.
6.	Muerte o daño grave de un neonato asociado con el trabajo de parto o el nacimiento en un embarazo de bajo riesgo.
7.	Muerte del paciente o daño grave que resulta de la pérdida irrecuperable o irremplazable de un órgano o tejido biológico.
8.	Muerte del paciente o daño grave que resulta de la falla en el seguimiento o en la comunicación de un examen diagnóstico (laboratorio, patología, radiología).
9.	Muerte del paciente o daño grave asociado con el uso de insumos o dispositivos contaminados (medicamentos, equipos biomédicos, dispositivos médicos o biológicos) provistos por la institución.
10.	Muerte del paciente o daño grave asociado con el uso o función de un equipo que ha sido usado para un objetivo distinto para el cual fue creado.
11.	Muerte del paciente o daño grave asociado en embolismo aéreo intravascular que ocurre durante la atención.
12.	Muerte del paciente o daño grave por quemaduras provenientes de cualquier fuente de energía.

13.	Muerte del paciente o daño grave asociado al uso de inmovilización de pacientes (medidas de sujeción).
14.	Muerte del paciente o daño grave asociado con una fuga, desaparición, violencia.
15.	Muerte del paciente o daño grave asociado con la introducción de un objeto metálico dentro del área de RMN.
16.	Muerte por una infección.
17.	Suicidio del paciente, intento suicida o auto daño que resulta en una discapacidad mientras es atendido en la institución.
18.	Abandono no intencional de un cuerpo extraño, post cirugía o post procedimiento.
19.	Cirugía o procedimiento invasivo en el sitio equivocado, o en el paciente equivocado o cirugía/procedimiento equivocado.
20.	Lesiones por presión Grado III o IV que aparecen después de la admisión del paciente.
21.	Robo de un bebé o entrega de un bebé a los padres equivocados.
22.	Robo, raptó o secuestro de un paciente de cualquier edad.
23.	Egreso de un paciente que es incapaz de tomar decisiones por sí solo o entrega del paciente a una persona no autorizada.
24.	Asalto o abuso sexual de un paciente dentro de las instalaciones.
25.	Cualquier incidente en el cual una línea diseñada para entregar un gas medicinal a un paciente: no contiene gas, o el gas equivocado, o el gas contaminado por sustancias tóxicas.

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR)



1. Muerte o daño grave intraoperatoria o inmediata post cirugía o post procedimiento de un paciente con ASA 1 – 2.
2. Muerte del paciente o daño grave asociado a una caída.
3. Muerte del paciente o daño grave por el uso de medicamentos
4. Muerte del paciente o daño grave asociado con el uso inseguro de hemo componentes.
5. Muerte materna o daño grave asociado con el trabajo de parto o el nacimiento en un embarazo de bajo riesgo.
6. Muerte o daño grave de un neonato asociado con el trabajo de parto o el nacimiento en un embarazo de bajo riesgo.
7. Muerte del paciente o daño grave que resulta de la pérdida irrecuperable o

13. Muerte del paciente o daño grave asociado al uso de inmovilización de pacientes (medidas de sujeción).
14. Muerte del paciente o daño grave asociado con una fuga, desaparición, violencia.
15. Muerte del paciente o daño grave asociado con la introducción de un objeto metálico dentro del área de RMN.
16. Muerte por una infección.
17. Suicidio del paciente, intento suicida o auto daño que resulta en una discapacidad mientras es atendido en la institución.
18. Abandono no intencional de un cuerpo extraño, post cirugía o post procedimiento.

21. Robo de un bebé o entrega de un bebé a los padres equivocados.

9. Muerte del paciente o daño grave asociado con el uso de insumos o dispositivos contaminados (medicamentos, equipos biomédicos, dispositivos médicos o biológicos) provistos por la institución.
10. Muerte del paciente o daño grave asociado con el uso o función de un equipo que ha sido usado para un objetivo distinto para el cual fue creado.
11. Muerte del paciente o daño grave asociado en embolismo aéreo intravascular que ocurre durante la atención.
12. Muerte del paciente o daño grave por quemaduras provenientes de cualquier fuente de energía.

21. Robo de un bebé o entrega de un bebé a los padres equivocados.
22. Robo, raptó o secuestro de un paciente de cualquier edad.
23. Egreso de un paciente que es incapaz de tomar decisiones por sí solo o entrega del paciente a una persona no autorizada.
24. Asalto o abuso sexual de un paciente dentro de las instalaciones.
25. Cualquier incidente en el cual una línea diseñada para entregar un gas medicinal a un paciente: no contiene gas, o el gas equivocado, o el gas contaminado por sustancias tóxicas.

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR)



Análisis de Eventos Graves (Eventos Centinela)



Retrospectivo



Reactivo



Rápido (Dentro de las 72 hs.)



Resolución dentro de los 45 días

Características

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR)



Timing



Tamaño del equipo



Miembros del equipo



Entrevista

Quando se identifica por primera vez un peligro, es necesario que exista un mecanismo que evalúe con prontitud si se requieren acciones para mitigar el riesgo para el paciente incluso antes de que el proceso formal de ACR esté en marcha.

ANÁLISIS CAUSA RAÍZ (ACR)



Timing



Tamaño del equipo



Miembros del equipo



Entrevista

- Eyes contact
- Muscle Facial
- Posture
- Affect
- Tone of voice
- Hearing
- Your response

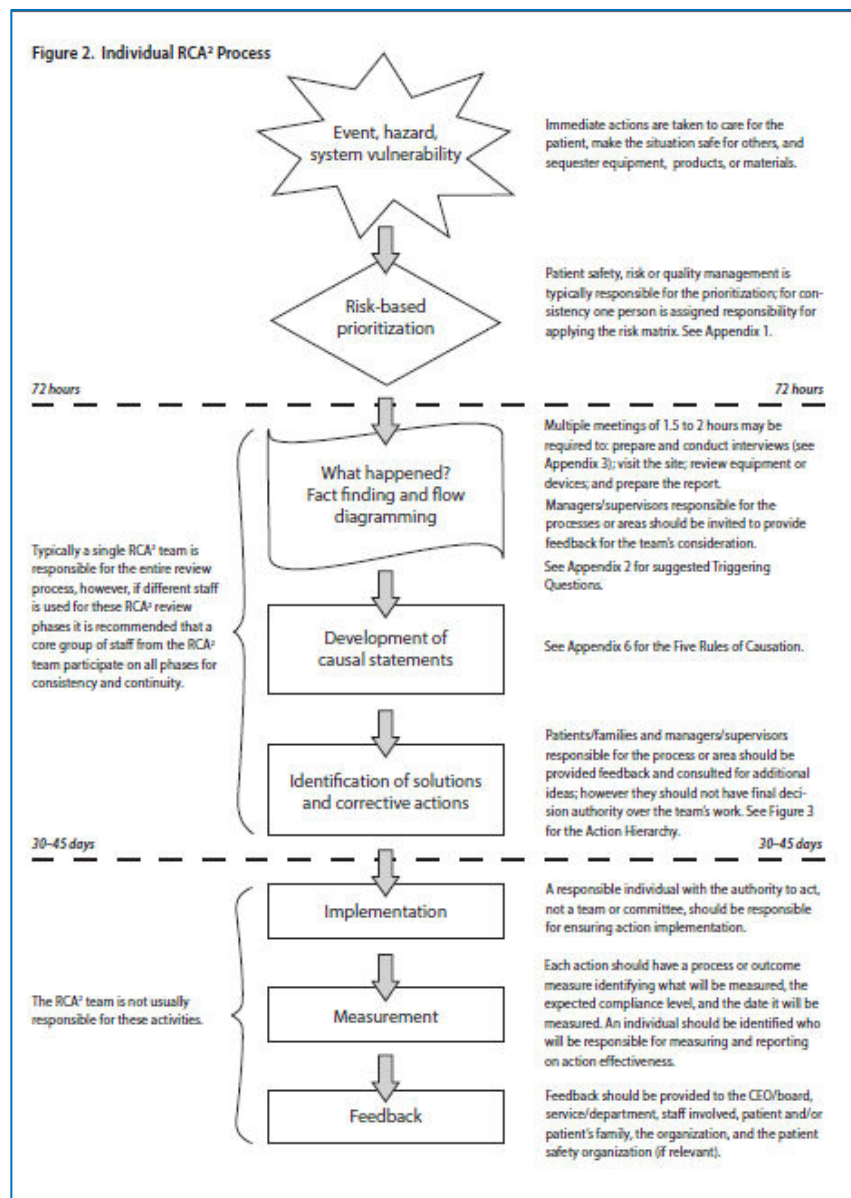
CONFORMACIÓN DEL EQUIPO



Nota: Un individuo puede tener varios roles.	Miembro del equipo?	Entrevistado?
Experto en el proceso o evento que se está evaluando	Si	Si, siempre y cuando no sea del equipo que presentó el evento
Individuo no familiar con el evento	Si	No
Líder conocedor del proceso de ACR	Si	No
Staff directamente involucrado en el evento	No	Si
Staff de primera línea trabajando en área/proceso	Si	Si
Paciente Involucrado en el evento	No	Si**
Familia del paciente involucrado en el evento	No	Si**
Representante de los pacientes	Si	Si

*Considerar incluir tecnólogos, farmacéuticos, arquitectos, bioingenieros en el ACR en base a los sistemas involucrados,
 ** Puede no ser necesario en algunos eventos que casi errores graves que no llegan al paciente que ocurren lejos del mismo (ej. un reactivo incorrecto removido del laboratorio)

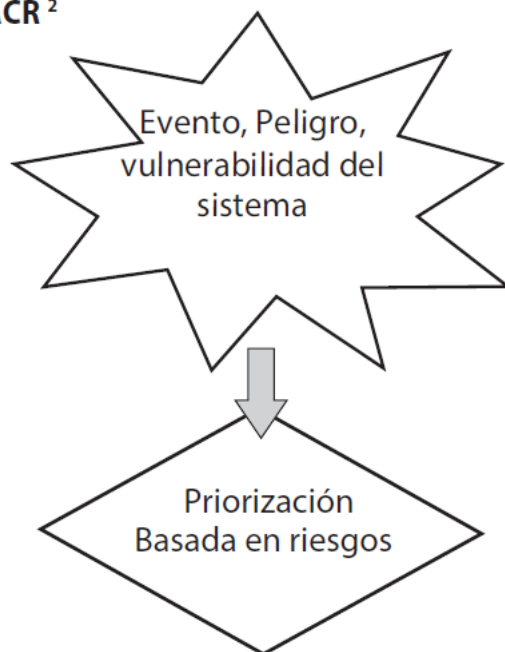
RCA2
 Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm
 NPSF 2015.



ACR Pasos y Herramientas



Figura 2. Proceso Individual ACR²



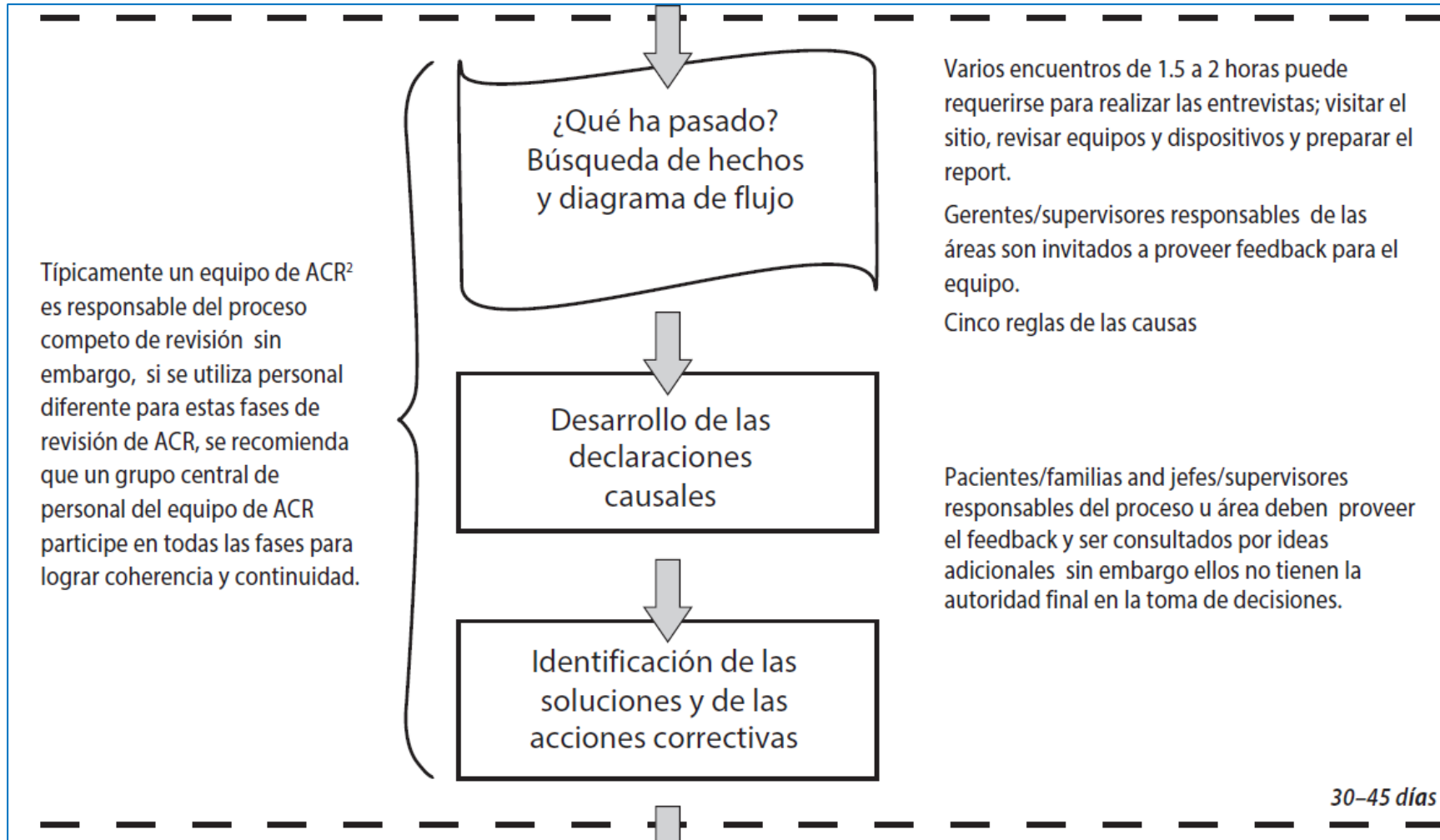
Tomar acciones inmediatas por el cuidado del paciente, hacer la situación segura para otros. Secuestrar equipos, productos o materiales.

El equipo de Calidad y Seguridad es responsable de la priorización y se asigna una persona para elaborar la matriz de riesgo

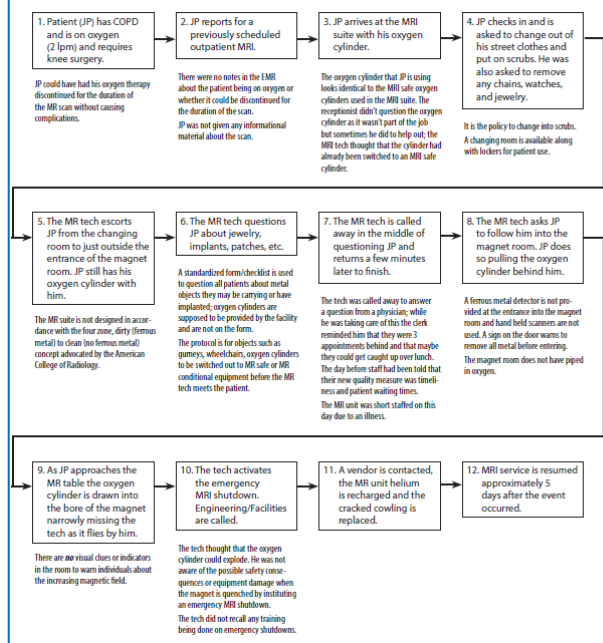
72 horas

72 horas

ACR Pasos y Herramientas



ACR Pasos y Herramientas



¿Qué ha pasado?
 Búsqueda de hechos
 y diagrama de flujo

Desarrollo de las
 declaraciones
 causales

Identificación de las
 soluciones y de las
 acciones correctivas

Varios encuentros de 1.5 a 2 horas puede requerirse para realizar las entrevistas; visitar el sitio, revisar equipos y dispositivos y preparar el report.

Gerentes/supervisores responsables de las áreas son invitados a proveer feedback para el equipo.

Cinco reglas de las causas

Pacientes/familias and jefes/supervisores responsables del proceso u área deben proveer el feedback y ser consultados por ideas adicionales sin embargo ellos no tienen la autoridad final en la toma de decisiones.

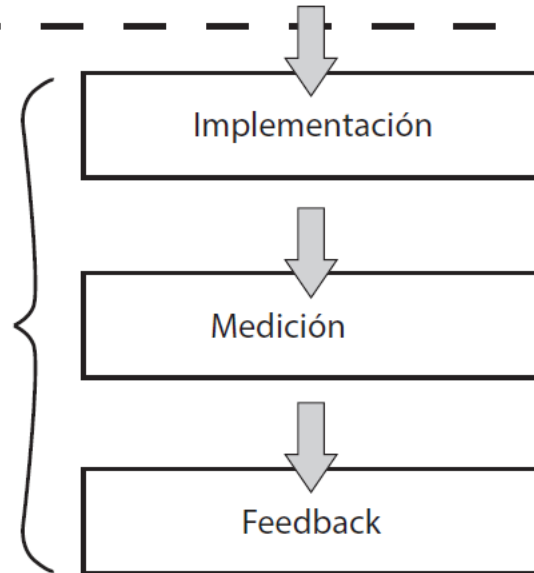
30-45 días

Típicamente un equipo de ACR² es responsable del proceso competo de revisión sin embargo, si se utiliza personal diferente para estas fases de revisión de ACR, se recomienda que un grupo central de personal del equipo de ACR participe en todas las fases para lograr coherencia y continuidad.



30-45 años

El equipo de ACR² no es generalmente responsable de estas acciones



Un responsable individual con autoridad para actuar , no el equipo o comité, debe ser responsable y asegurarse de la implementación de los planes de acción.

Cada acción debe tener un proceso o un resultado medible, identificando las métricas, el nivel de cumplimiento , y los datos a ser medidos.. Un individuo deberá designar el responsable de seguir la efectividad de las medidas adoptadas.

Se debe brindar retroalimentación al CEO/ consejo administrativo, servicio/departamento, staff involucrados, pacientes y su familia, a la institución y alguna organización de seguridad e pacientes si corresponde.

ACR Pasos y Herramientas

HERRAMIENTAS



Diagramas de flujo



Diagrama de causa y efecto



Cinco reglas de causalidad



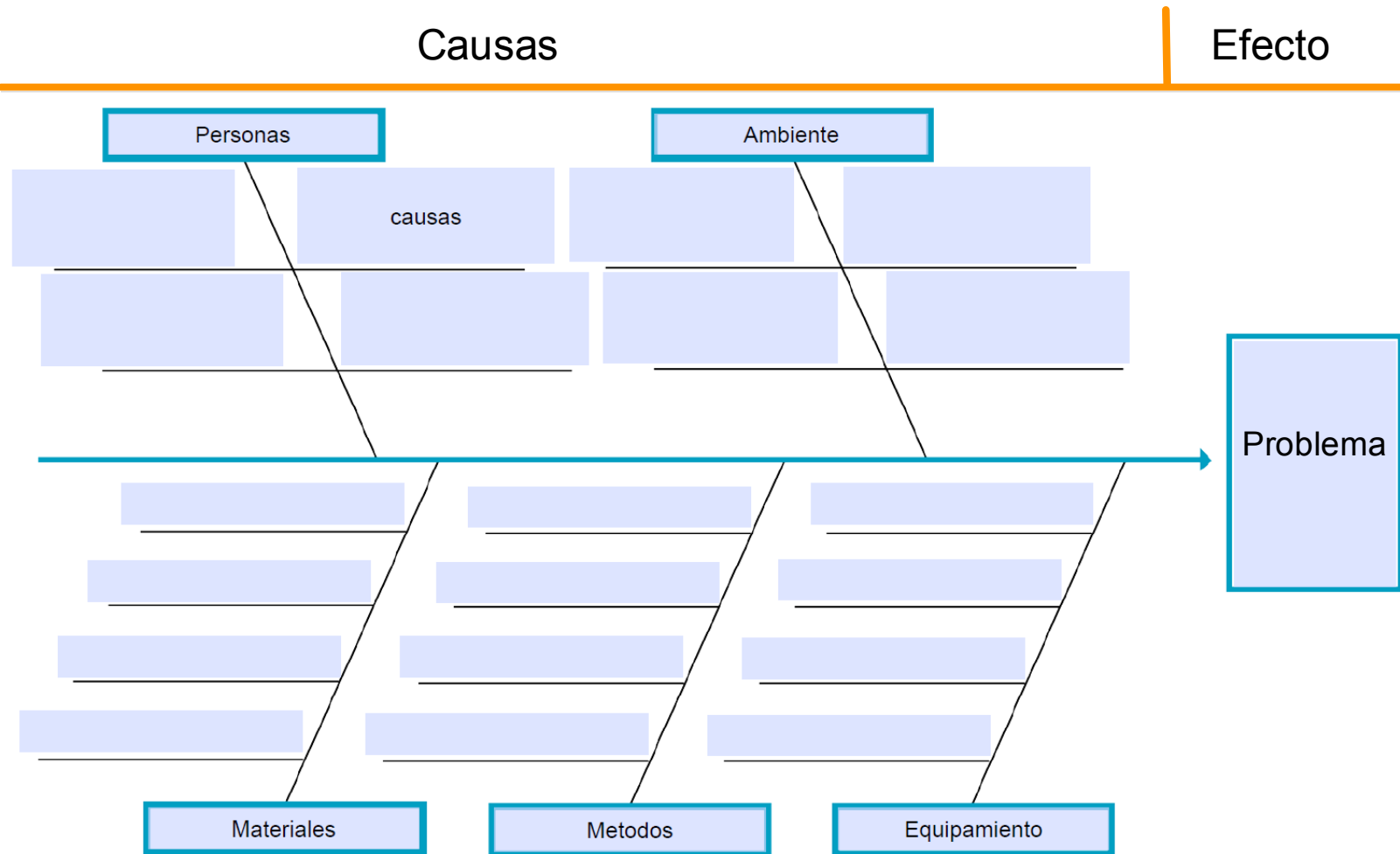
Jerarquía de acción,



Medidas de resultado del proceso



DIAGRAMA CAUSA-EFECTO (ISHIKAWA)



5 POR QUÉ?



Por qué?...Porque

Por qué?...Porque

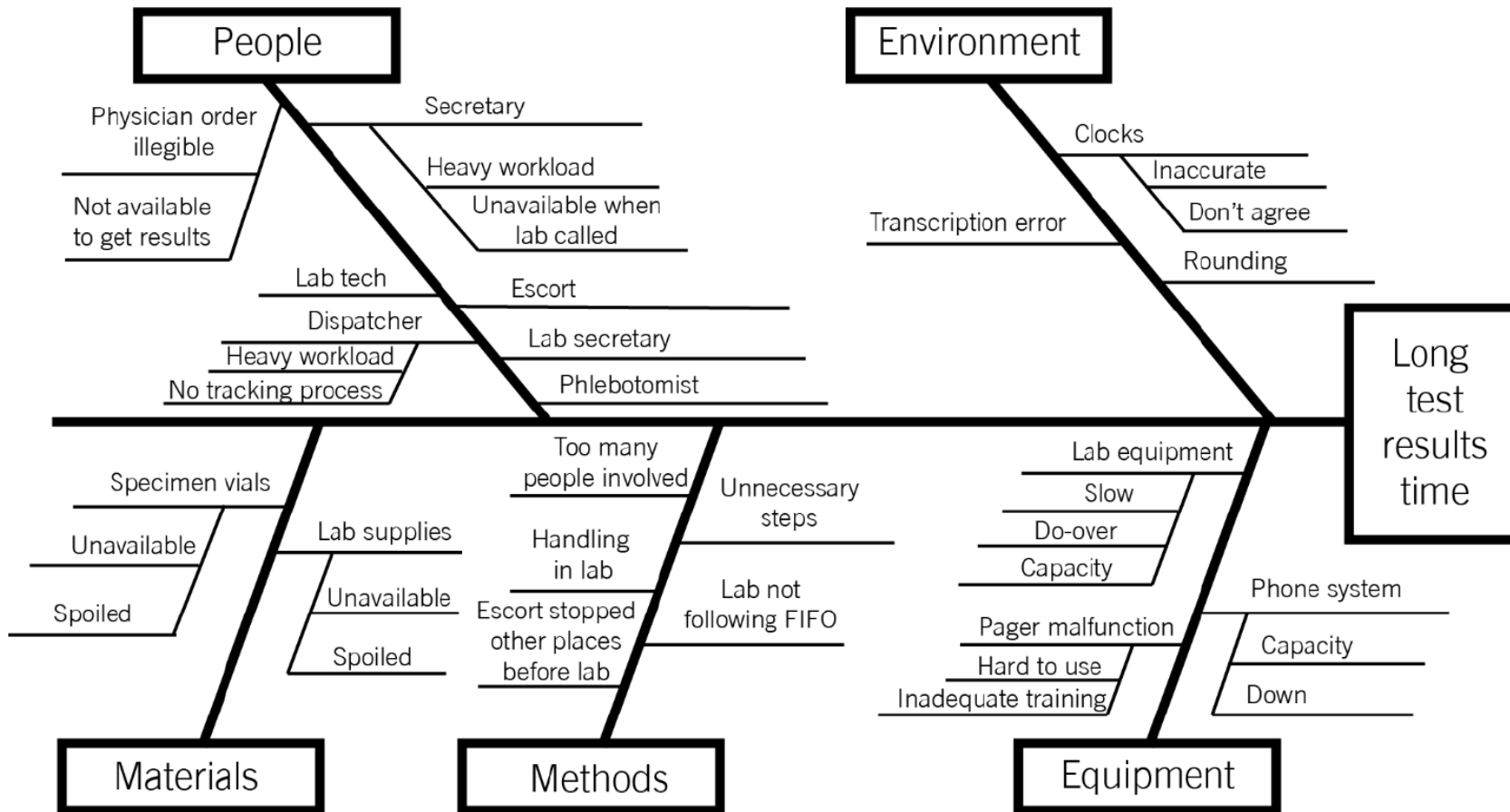
Por qué?...Porque

Por qué? ...Porque

Por qué?...Porque



DIAGRAMA CAUSA-EFECTO (ISHIKAWA)



Resumen



Cronología.



Marco de referencia.



Diagrama de Causa/Efecto (Diagrama Ishikawa).



Gráficos del flujo del proceso.



Plan de acción con elementos medibles.

Auditar los resultados de las acciones.



Esta foto de Autor desconocido está bajo licencia [CC BY-NC](#)

A TRABAJAR EN EQUIPO !!!

CINCO REGLAS DE LA CAUSALIDAD



Regla 1. Mostrar claramente la relación de "causa y efecto". INCORRECTO: Un residente estaba fatigado. **CORRECTO:** Los residentes están programados 80 horas por semana, lo que llevó a un aumento de los niveles de fatiga, aumentando la probabilidad de que las instrucciones de dosificación fueran mal leídas.

Regla 2. Utilice descriptores específicos y precisos para lo que ocurrió, en lugar de palabras negativas e imprecisas. Evitar descriptores negativos como: Pobre; Inadecuado; Equivocado; Malo; Error; Descuidado. INCORRECTO: El manual está mal escrito. **CORRECTO:** El manual de usuario de las bombas tenía fuente de 8 puntos y no ilustraciones; como resultado, el personal de enfermería rara vez lo utilizaba, aumentando la probabilidad de que la bomba se programara incorrectamente.

Regla 3. Los errores humanos deben tener una causa anterior. INCORRECTO: El residente seleccionó la dosis incorrecta, lo que llevó al paciente a ser una sobredosis. **CORRECTO:** Los medicamentos en el sistema de entrada de orden del médico computarizado (CPOE) se presentan al usuario sin espacio suficiente entre las diferentes dosis en la pantalla, aumentando la probabilidad de que se pudiera seleccionar la dosis incorrecta, lo que llevó al paciente a ser Sobredosis.

Regla 4. Las infracciones del procedimiento no son causas raíz, sino que deben tener una causa anterior. INCORRECTO: Los técnicos no siguieron el procedimiento para las tomografías computarizadas, lo que llevó al paciente a recibir un bolo de aire de una jeringa vacía, lo que resultó en una embolia de aire fatal. **CORRECTO:** El ruido y la confusión en el área de preparación, junto con las presiones de producción, aumentaron la probabilidad de que se perdieran los pasos en el protocolo de tomografía computarizada, lo que resultaría en la inyección de una embolia de aire del uso de una jeringa vacía.

Regla 5. La falta de acción sólo es causal cuando existe el deber de actuar. INCORRECTO: La enfermera no comandó las órdenes STAT cada media hora, lo que llevó a un retraso en el inicio de la terapia de anticoagulación, aumentando la probabilidad de un coágulo de sangre. **CORREGIR:** La ausencia de una asignación para que los RÁN designados verifiquen las órdenes en momentos especificados aumentó la probabilidad de que las órdenes STAT se perdieran o se retrasaran, lo que llevó a un retraso en el tratamiento

JERARQUÍA LAS ACCIONES



- La "Jerarquía de acciones" del VA National Center for Patient Safety clasifica las acciones correctivas como:
 - Débiles:** acciones que dependen de los cuidadores para recordar su entrenamiento o lo que está escrito en la política.
 - Intermedias:** acciones que dependen en cierta medida de que el personal recuerde hacer lo correcto, pero brinda herramientas para ayudar al personal a recordar qué hacer o para facilitar un proceso para completar o mejorar la comunicación.
 - Fuertes:** acciones que pueden no eliminar totalmente la vulnerabilidad, pero proporcionan controles muy fuertes

The Hierarchy of Intervention Effectiveness

