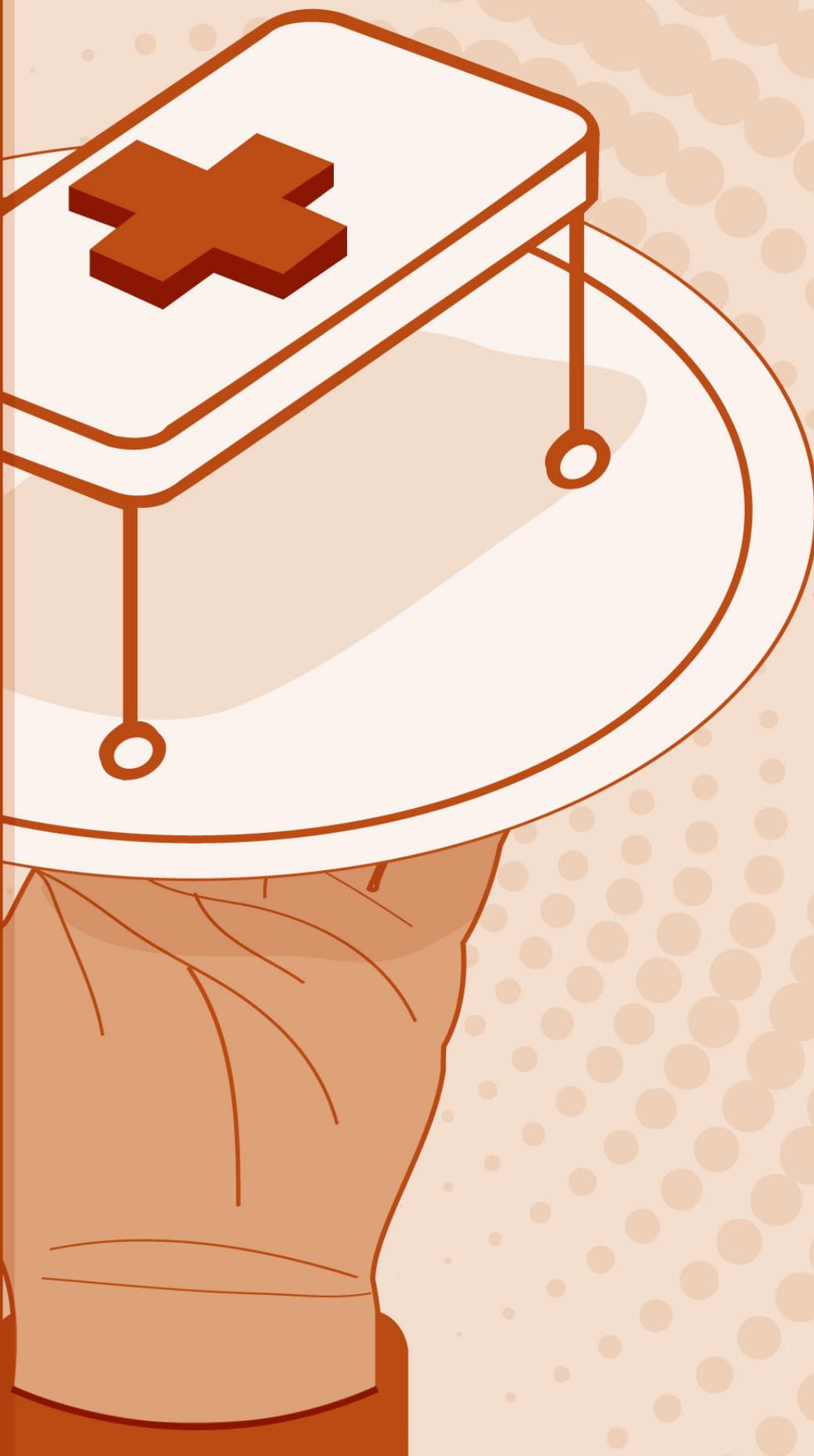


BOLETÍN

CONAMED - OPS

SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2015

Órgano de difusión del
Centro Colaborador en
materia de Calidad y
Seguridad del Paciente



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OPONA REGIONAL PARA LAS Américas

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO

Métodos de análisis de eventos adversos

Dr. Noé Rizo

Métodos de análisis de los eventos adversos

En la actualidad, los establecimientos de atención médica, están experimentando una transformación muy importante en sus estructuras y procesos, tratando de ofrecer el mejor servicio y la mejor respuesta a las necesidades de los pacientes. La CONAMED, respondiendo a la responsabilidad adquirida como centro colaborador de la OMS en Calidad y Seguridad del Paciente, ha de facilitar metodologías y herramientas para disminuir al máximo la ocurrencia de eventos adversos, apoyando a los distintos Servicios y Unidades médicas para la identificación y análisis de sus procesos, contribuyendo a la mejora de los mismos y, de forma decisiva, a estimular los mecanismos de participación de los usuarios en la organización del trabajo y la prestación médica.

Es por esto, que en este apartado nos ocuparemos de revisar dos metodologías de fácil aplicación:

1. El Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE).
2. Análisis de causas-raíz.

1. El análisis modal de fallos y efectos (AMFE)

Como ya lo habíamos mencionado, el análisis de incidentes en salud se puede realizar de manera proactiva a través del AMFE, que es un proceso sistemático para la identificación de las fallas potenciales del diseño de un servicio o de un proceso antes de que éstas ocurran, con el propósito de eliminarlas o de minimizar el riesgo asociado al mismo, previniendo la aparición de incidentes adversos y cuantificando los efectos de posibles fallas y de manera reactiva, en este caso, con la herramienta de análisis de causas-raíz.

15

¿Cuál es la metodología para utilizar el AMFE?

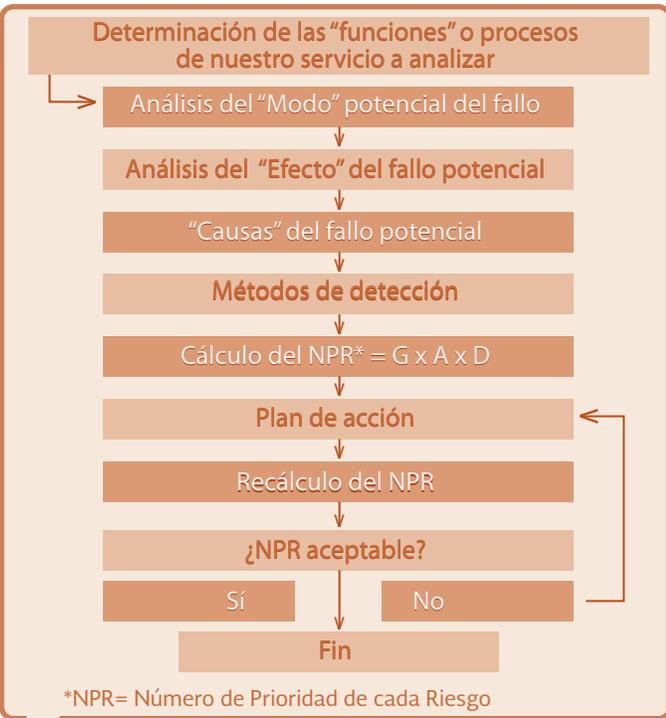
Como primer paso, es necesario integrar un equipo de mejora, una vez conformado es necesario que se determine el proceso, sus etapas o las actividades críticas que ha planteado para cada una de ellas, los posibles errores o fallas y sus efectos negativos. Es importante que el equipo analice las causas que pueden originar esos potenciales fallos y los mecanismos, instrumentos o métodos existentes en el servicio o área para detectarlos y evitar que ocurran esos eventos adversos.

A partir de este momento, se deben ponderar con criterios de escala numérica la gravedad del fallo potencial, la probabilidad de ocurrencia y la probabilidad de que no se detecte, se multiplican estos tres factores para calcular lo que se denomina como: Número de Prioridad de Riesgo (NPR) para cada fallo potencial, lo que nos permite priorizar en qué orden deben atenderse de manera preventiva mediante la propuesta de acciones de mejora.



Una vez que se han ejecutado las acciones de mejora, se enlistan las que se efectuaron realmente, se vuelve a calcular el NPR para los fallos potenciales previamente analizados y se determina si se requieren otras acciones de mejora o se puede considerar que la intervención fue exitosa.

Diagrama de flujo AMFE



16

Los criterios fundamentales para evaluar o ponderar los factores de análisis del AMFE se basan en tres principales criterios que a continuación revisaremos.

El primer criterio es la gravedad o severidad de los efectos que puede causar potencialmente el fallo. Para llevar a cabo la ponderación, se establece una escala de cinco categorías ordinales desde muy alta o evento catastrófico, también denominado evento centinela, hasta muy baja o evento menor (figura).

Gravedad (G) ó Severidad (S)	
Muy alta ó Evento catastrófico: (9-10)	Puede causar la muerte o incapacidad permanente mayor. Ej., reacción transfusional hemolítica, cirugía en paciente o lugar equivocado.
Alta ó Evento mayor: (7-8)	Incapacidad temporal o permanente menor con alta insatisfacción del paciente. Ej., desfiguración, necesidad de intervención quirúrgica, aumento de la estancia.
Moderada: (4 a 6)	Puede corregirse y su impacto sobre el paciente es mínimo, causa insatisfacción. Ej., multipunción para venoclisis, trato descortés.
Baja: (2-3)	Apenas perceptible para el paciente, es irrelevante y fácil de corregir. Ej., dobletoma de tensión arterial por error humano.
Muy baja ó Evento menor: (1)	Imperceptible para el paciente y sin impacto

Cada una de estas categorías incluyen una escala numérica para precisar la gravedad, para apoyar su calificación se describe cada categoría en términos de daño al paciente y grado de insatisfacción que puede provocar, así como algunos ejemplos. Así una muerte potencial tendría una gravedad muy alta. Debe considerarse que en salud, la población objetivo son las personas, que se ejerce sobre un entorno con gradientes de incertidumbre diferentes y es muy importante considerar las puntuaciones de los criterios bajo la lógica de ¿qué calificación le daríamos si el fallo ocurriera en uno de nuestros seres queridos?

El segundo criterio es la **frecuencia o probabilidad** de ocurrencia del fallo potencial, mide la repetitividad potencial u ocurrencia de un determinado fallo, es lo que en términos de fiabilidad o de prevención llamamos la probabilidad de aparición del fallo.

Frecuencia (F) ó Probabilidad de ocurrencia (O)	
Muy frecuente: (9-10)	Es seguro que se producirá frecuentemente, casi inevitable, varias veces en un año, (más de 5 % de ocurrencia)
Frecuente: (7-8)	Se presenta con frecuencia (2 a 5 %)
Moderado u Ocasional: (4 a 6)	No es frecuente, es probable que ocurra 1 a 2 veces por año (1 a 5 de cada mil)
Bajo ó Raro: (2-3)	Muy pocos fallos en situaciones similares, es posible que ocurra alguna vez en 2 a 4 años (2 a 5 cada diez mil)
Improbable o Remoto: (1)	Es muy raro, puede ocurrir algunas veces, en un periodo superior a 5 años (1 de cada diez mil)

De la misma forma que en el primer criterio, se presenta una doble escala, una es categórica ordinal que va desde muy frecuente hasta improbable o remoto, y la otra numérica del 10 al 1. Se describe el criterio general, y se agregan algunos criterios en proporción o del número de veces en que puede ocurrir en el tiempo.

Si se valora que el error o fallo se puede presentar en términos de porcentaje, por ejemplo, que se infecten 5 o más pacientes de cada 100 hospitalizados, debe considerarse como muy frecuente.

El tercer factor es la probabilidad de que el fallo **no se detecte** y provoque el evento adverso. Los criterios de ponderación son prácticamente iguales al de la frecuencia, aquí se pondera en relación a la existencia o no en la práctica actual de mecanismos o medios de verificación o de control.

Este concepto es esencial en el AMFE, aunque como se ha dicho es novedoso en los sistemas simplificados de evaluación de riesgos de accidente. Si durante el proceso se produce un fallo, se trata de averiguar cuan probable es que no lo “detectemos”, pasando a etapas posteriores, generando los consiguientes problemas y

¿Qué es la identificación de la causa raíz?

La identificación de la causa raíz; es una metodología estructurada cuyo objetivo es encontrar la verdadera causa de un incidente adverso y a través del trabajo en equipo, definir cómo atenderla y evitar que vuelva ocurrir, en lugar de sólo ocuparse de las consecuencias.

El Análisis de la Causa Raíz se debe hacer de manera sistemática, y dejando evidencia de los resultados y conclusiones.

¿Qué beneficios se obtienen al usar esta metodología?

Cuando se decide utilizar esta metodología, lo que se está atacando son las causas que originaron el problema (causa raíz). Sin embargo, debemos tener claro que debido a la urgencia por solucionar los problemas en la mayor parte la tendencia y práctica generalizada es enfocarse en las soluciones que son más convenientes en términos de rapidez y por solucionar “al momento” la problemática. Cuando se selecciona por esta opción, lo que se está atacando son los síntomas del problema, si se opta por esta alternativa, se corre el riesgo no sólo de que el incidente adverso se vuelva a presentar (recurrencia), si no que implica una nueva asignación de recursos para atender otra vez el mismo incidente y sus consecuencias. Lo que al final concluimos que los costos de las soluciones rápidas a este tipo de eventos, pueden ser muy superiores a los que pudieran obtenerse se decidimos realizar un análisis que sea más efectivo para resolver un problema.

18

¿Cuáles son los objetivos de la identificación de las causas raíz de un incidente adverso?

El objetivo de la identificación de las causas raíz de un incidente adverso, es identificar claramente:

- ¿Qué sucedió?
- ¿Por qué sucedió?
- ¿Qué se puede hacer para evitar que suceda el problema otra vez?

El principio de esta metodología se basa en considerar que al aplicar o utilizar distintas herramientas logremos llegar a establecer un nivel satisfactorio de la causa efectiva del incidente adverso, considerando que siempre se pueda continuar haciendo investigación, sin embargo, la clave al aplicar esta técnica es identificar la solución del incidente al evitar las suposiciones y falsas interpretaciones en lugar de seguir la cadena de causalidad directa.

¿Cuáles son los pasos para resolver un problema de manera reactiva?

1. Integrar un equipo.
2. Definir el evento.- ¿Qué sucedió?
3. Investigar el evento.- ¿Qué debió suceder?
4. Determinar qué pasó.-
5. Declaraciones causales. ¿Por qué pasó?
6. Recomendaciones de acciones preventivas y estudiar las barreras.
7. Implementar un plan de acción y elaborar informe.

Pasos para desarrollar ACR

Acción	Descripción	Producto
Integra equipo	4 a 6, interprofesionales, calidad, servicios involucrados (no las personas involucradas), aval ciudadano	Equipo ACR (Líder, consejero, secretario, miembros)
¿Qué sucedió?	Entrevistas, revisión de expedientes, datos.	Diagrama de flujo
¿Qué debió suceder?	Revisión de literatura (Normas, GPC, etc.), consulta con expertos	Proceso ideal o mejorado
Determina las causas	5 veces por qué, aplica modelo de causas de accidentes (sistemas y personas), diagrama causa-efecto	Categorización de factores causales
Declaraciones causales	Expresión lógica y secuencial de causa raíz-efecto-evento.	Construcción de causas para recomendaciones de mejora
Recomienda acciones preventivas	Específicas, medibles, priorizadas, factibles y calendarizadas. Ej. Listas de verificación, automatización de acciones en donde proceda, protocolos con dobles verificaciones en puntos críticos, cultura de seguridad y factor humano, etc.	Eje del Plan de mejora
Elabora Informe	Qué pasó, causas raíz, factores contribuyentes, recomendaciones. Incluir metas del ACR, integrantes y metodología, en un tono libre de culpa. Destinatarios: Líderes, involucrados y pacientes.	Informe para aprendizaje y mejora

¿Cuáles herramientas podemos utilizar para facilitar el análisis de causa raíz?

Dependiendo del objetivo del análisis, podemos agrupar las herramientas conforme a lo que queremos:

1. Si lo que deseamos es conocer el problema, es necesario utilizar métodos que nos permitan entender el problema y llegar al fondo del mismo, para esto es fundamental antes de empezar el análisis. Como ejemplo mencionaremos:
 - Flowcharts: cartas usadas para dibujar el proceso con sus distintas etapas; es una representación gráfica o simbólica de un proceso.
2. Para realizar un Brainstorming (Lluvia de ideas) de las causas del problema y así ayudar a generar ideas acerca de posibles causas:
 - Realizar una sesión de aporte de libre con la finalidad de contar con el aporte de ideas de todos los involucrados.
3. Al momento de recolectar datos de la causa del problema es necesario identificar las herramientas para coleccionar datos relacionados a un problema y sus causas probables:
 - Muestreo: usado para suponer algunos datos de una población objetivo (pudieran ser expedientes clínicos, pacientes internados en un servicio determinado, pacientes de un turno entre otros), mediante la toma de una pequeña muestra.
4. Al llegar a la etapa de analizar los datos de la causa del problema: herramientas usadas para hacer la mejor interpretación de los datos recolectados sobre el problema. Cuando analizamos los mismos datos desde distintos ángulos, pueden surgir distintas conclusiones:
 - Histograma: un diagrama visual fácil de usar que ayuda a identificar patrones o anomalías.
5. Para identificar la causa raíz es necesario el corazón del análisis de la causa raíz. Podemos usar estas herramientas para un análisis más profundo de las causas raíces de los problemas:
 - Técnica de los 5 porqués: un enfoque usado para ahondar aún más profundamente en las relaciones causales.

6. Para descartar la causa raíz: la elaboración de soluciones que removerán la causa raíz y así, la eliminación del problema:
 - Seis sombreros para pensar (*Six Thinking Hats*): una técnica para que la gente cambie su perspectiva y pensar de acuerdo a diferentes roles a través de una guía para tomar decisiones acertadas en todo momento.
7. Implementar la solución: técnica y dispositivos para ayudar el proceso de cambio de la implementación de la solución:
 - Diagrama de árbol: usado para planificar la implementación de mejoras.

Generalmente un análisis de causa raíz requiere aplicar varias de estas herramientas, aunque en este capítulo mencionamos solo algunas, las mejores y más eficaces, son la que domina el equipo que realizará el análisis para al final encontrar la verdadera causa raíz, siempre teniendo presente que se puede convocar a reuniones de trabajo en diferentes momentos para investigar más a fondo el incidente, sus consecuencias y causas.

Los formatos aquí mostrados, están disponibles para descargar en la página:

www.dgdi-conamed.gob.mx/herramientas

Reflexión final

Esta célebre frase de Juran *“todo sistema está perfectamente diseñado para los resultados que obtiene, sean los planeados o quizá resultados indeseables. Sin embargo, después de esfuerzos por mejorar de calidad, seguimos sin identificar qué sistemas producen más salud y qué sistemas producen más problemas de salud”*, propició el interés por centrar los esfuerzos de los sistemas de salud en las personas (pacientes o no) y propone un nuevo pensamiento que centra la mejora de calidad, en la evaluación de los sistemas en función de sus resultados más que en la suficiencia de las estructuras, la excelencia de los recursos humanos y la eficiencia de los procesos de atención.

BOLETÍN CONAMED - OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO

www.gob.mx/conamed