

Análisis de causa raíz de los incidentes de seguridad. AGSNA

"Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia".

Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) Premio Nóbel de Fisiología y Medicina, 1906

Introducción

Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente.

Los centros y unidades sanitarias deben identificar y responder adecuadamente ante todos los incidentes de seguridad que ocurran en la organización o se asocien con los servicios que presta. Una respuesta adecuada incluye realizar un análisis causa-raíz (ACR) completo.

El ACR es un proceso estructurado para identificar la base o los factores causales que han provocado el incidente de seguridad. Un ACR se centra principalmente en los procesos y sistemas, no en el desempeño individual. El resultado del ACR es un plan de acción que la organización debe poner en práctica a fin de reducir el riesgo de que ocurran acontecimientos similares en el futuro⁽¹⁾.

Situación actual

Actualmente en nuestra AGS existe una herramienta de comunicación de Eventos Adversos (EA), a través de la cual los distintos responsables de la UGCs, la Subcomisión de Seguridad del Paciente y la Dirección, reciben la información de las distintas notificaciones.

A instancias de cualquiera de estos se puede solicitar una ACR de aquellos EA que se consideren más relevantes por su gravedad, frecuencia...

Con motivo de facilitar y homogeneizar un formato que pueda servir como orientación para llevar a cabo la secuencia lógica de este tipo de análisis, es por lo que proponemos un formato con los elementos necesarios para el estudio del EA.

Recomendaciones

Como herramienta complementaria de interés para la prevención de incidentes de seguridad, la ACSA establece las siguientes recomendaciones a los profesionales de los centros y unidades sanitarias para la realización de un ACR ante la detección de un incidente de seguridad:

1.- **Identificación del incidente de seguridad.** Los responsables de cada institución (gestores y responsables de unidades sanitarias) deben decidir cuáles son los incidentes que deben someterse a un ACR. El estudio del EA podrá ser iniciado a petición de la Subcomisión de Seguridad, del Responsable de la Unidad o de cualquier trabajador que lo considere necesario.

2.- **Creación de un equipo de trabajo multidisciplinario.** El responsable principal debe ser un miembro representativo de la institución, con experiencia e independencia sobre el incidente de seguridad. En el equipo deben incluirse personas que conozcan el área donde se ha producido el incidente y conocer la metodología ACR.

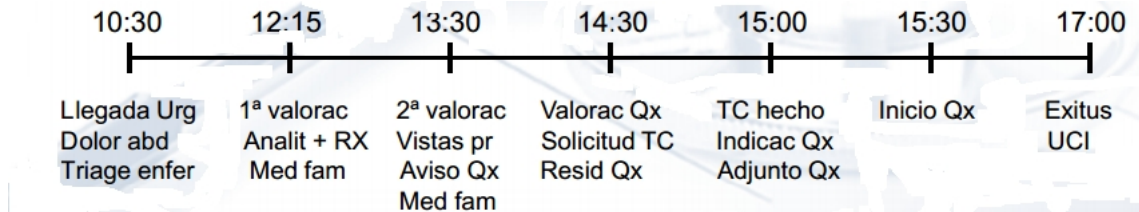
3.- **Búsqueda de la información necesaria.** Recopilar datos de forma inmediata tras la identificación del incidente de seguridad: documentación clínica, protocolos, vías clínicas, procedimientos normalizados de trabajo, etc. Realizar entrevistas con las personas implicadas para describir qué y por qué sucedió. Visitar la zona donde ocurrió para analizar los factores ambientales en los que se dio el incidente (equipamiento, medicación, etc.). Puede ser necesaria la búsqueda de otra información adicional:

- *Fuentes:* historia clínica, entrevistas, contexto, ambiente, procedimientos vigentes, revisión de equipos utilizados, etc.
- *Datos:*
 - Cuando ocurrió el suceso
 - Áreas o servicios implicados
 - Personas implicadas
 - Revisión de las fases del proceso en que ocurrió el EA y comprobar su cumplimiento.
 - Factores de influencia (humanos, equipamiento, entorno, etc.).

4.- Ordenar los hechos. El equipo debe describir cronológicamente la cadena de acontecimientos más relevantes desde el principio hasta el final (diagrama de flujo del proceso):

Secuencia cronológica

- Relacionar hechos, tiempo y personas que intervienen. A modo de ej:



5.- Análisis de la información. Identificar las causas potenciales que determinan el incidente desde las específicas a las comunes. Pueden utilizarse distintas metodologías, siendo la más frecuente la aplicación del diagrama causa-efecto o diagrama de Ishikawa. Se plantean de forma sistemática las causas principales y las causas de segundo, tercer y sucesivos órdenes. Las causas se deben clasificar y ordenar según su importancia, destacando las causas relacionadas con el proceso:

- *Análisis de la información:* factores contribuyentes y causas

La información que nunca debe faltar en un ACR ⁽²⁾:

- Cuando ocurrió el proceso: fecha, día de la semana, hora.
- Lugar donde sucedió.
- Acceso a la información médica (historia del paciente).
- Características del paciente, gravedad, comorbilidad, personalidad, grado de autonomía (comunicación, movilidad,...) y factores educativos y sociales, etc.

Continuaremos recabando la siguiente información:

- Definir las fases del proceso, cómo se realizó y en que fase ocurrió el EA.
- Servicios o áreas involucrados: servicios clínicos, Anestesia, Quirófano, Radiología, Urgencias, Mantenimiento, Admisión.
- Factores humanos del personal involucrado, importantes para el suceso: fatiga, estrés, salud física y psíquica. etc.

- Factores relacionados con la organización que influyeron en el suceso directamente. Asignación precisa de tareas. Existencia de normativas y protocolos de actuación. Es, además, importante valorar si dichas normativas son conocidas por los involucrados, si están difundidas, si están accesibles y si cumplen unos requisitos mínimos de calidad y actualización.
- Grado de competencia y cualificación del personal involucrado para realizar las tareas: experiencia, conocimientos, habilidades, etc. Se investigara sobre la formación continuada e intentaremos responder a la pregunta de ¿Hay personas no entrenadas?
- Ratios de personal. Se investigara sobre la sobrecarga de trabajo y la turnicidad. Se explicara cualquier variación en la ratio de personal.
- Si existieron o no factores externos no controlables: apagones de energía, etc.
- Listado de los equipos utilizados y verificación de su funcionamiento.
- Grado de comunicación tanto verbal como escrita entre el personal involucrado en los cuidados (médicos, enfermería, celadores, etc.). Buscaremos problemas con la terminología, abreviaturas o si la comunicación fue entendida.

6.- Plan de acción. Identificar y priorizar los cambios que se pueden realizar en los sistemas y procesos para reducir el riesgo. Las acciones de mejora definidas para cada causa deben tener un responsable asignado, indicar cuándo se van a realizar y cómo se van a evaluar.

Suceso centinela o incidente:					
Hechos	Causa raíz	Posibles soluciones	Tiempo requerido	Responsable	Indicadores de evaluación

7.- Resumen final. Realizar un informe sencillo y de fácil lectura del análisis del incidente (evitando identificar a las personas involucradas). Incluir los resultados del estudio y el plan de acción. Se dará a conocer a todos los implicados en el incidente y a los responsables de la institución.

8.- Seguimiento. Evaluar la efectividad de las acciones de mejora del plan de acción. Esta última etapa es fundamental para asegurar que las acciones de mejora se han implementado y sirven para prevenir que el incidente de seguridad vuelva a ocurrir.

Informe ACR:

Unidad de Gestión Clínica:

1.- Identificación del Incidente:

2.- Creación de un equipo de trabajo multidisciplinario.

Miembros del equipo:

3.- Búsqueda de la información necesaria.

4.- Orden de los hechos.

5.- Análisis de la información

6.- Plan de acción

7.- Resumen final

8.- Seguimiento

Bibliografía:

- (1) Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
- (2) Análisis Causa-Raíz. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud: <http://www.ics-aragon.com/cursos/gestion-riesgo/GRC-05.pdf>