

Introducción

Los ciudadanos tienen derecho a recibir una atención sanitaria segura. La probabilidad de que se produzcan daños innecesarios y no intencionados a los pacientes durante su proceso de atención se considera elevada. Por ello, las instituciones sanitarias deben implementar estrategias dirigidas a reducir o controlar estos riesgos.

Cuando estos hechos imprevistos provocan o pueden provocar la muerte o graves daños físicos o psíquicos al paciente se les llama eventos centinela (EC). Existen varios listados de EC, entre los más conocidos y utilizados se encuentran los de la *Joint Commission* y los del *National Quality Forum*. Algunos ejemplos de EC son: cirugía u otro procedimiento invasivo que se realiza en lugar erróneo o en paciente equivocado, muerte en la sala de espera de urgencias, aparición de úlceras por presión de grado 3 o 4 durante el ingreso, reacción hemolítica transfusional, suicidio o intento de suicidio con resultados de autolesiones graves en un centro sanitario, realización de un estudio radiológico a una mujer embarazada, muerte o discapacidad grave por error de medicación incluyendo vacunas, etc.

Las graves consecuencias que causan, o podrían causar, los EC deben considerarse como señales de alarma que obliguen a las organizaciones a un análisis inmediato y detallado de lo ocurrido e implantar acciones para que no vuelvan a producirse. Para esta investigación resulta muy útil el Análisis Causa Raíz (ACR). Se trata de una metodología cualitativa y retrospectiva, que de forma estructurada permite analizar los factores y condiciones latentes del sistema e identificar la causa o causas fundamentales por la que falló el proceso (causas raíz) con la finalidad de encontrar posibles soluciones que resuelvan las causas más profundas, en vez de centrarse solo en las inmediatas.

Situación actual

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), en el marco de sus programas de certificación, impulsa el desarrollo de la seguridad del paciente en los centros y unidades asistenciales, incluyendo estándares de calidad relacionados con la gestión de los riesgos.

El análisis de 139 unidades evaluadas por ACSA durante el periodo 2017-2019, muestra que el 75% tienen implantado un procedimiento de notificación y gestión de incidentes. Sin embargo, los evaluadores no encontraron que fuera un hecho frecuente el uso de metodologías como el ACR para el análisis de los eventos adversos con consecuencias graves para el paciente.

Recomendaciones

ACSA propone que las unidades y centros sanitarios realicen un ACR para investigar cualquier evento adverso que cause, o podría haber causado, la muerte o un daño físico o psíquico grave al paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria.

La metodología del ACR se recoge en los siguientes pasos:

Paso 1: Identificación y detección de eventos centinela.

- Cada institución debe decidir cuáles son los incidentes que deben someterse a un ACR, su listado de EC.
- Cuando se identifica un EC por un profesional, este debe comunicarlo inmediatamente a algún responsable. El objetivo es obtener cuanto antes la información preliminar necesaria para que se active desde la dirección el equipo de trabajo que lo estudiará.
- Además de la observación directa y comunicación a los responsables, existen otras fuentes de detección de EC: sistemas de notificación de incidentes, Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), reclamaciones, triggers, cambios de turno de los profesionales, etc.

Paso 2: Selección y organización del equipo de trabajo multidisciplinar.

- Crear el grupo de trabajo y comenzar el análisis de lo ocurrido en las primeras 24-48 horas para no olvidar información sobre el evento.
- El equipo debe ser multidisciplinar y estar formado por un coordinador (conocedor del proceso y lugar donde ocurrieron los hechos), un facilitador (conocedor de la metodología ACR) y profesionales de las unidades o servicios implicados en este evento, conocedoras del sistema o proceso de atención donde se ha producido el evento o con experiencia en seguridad del paciente.
- Se recomienda explicar a los integrantes el objetivo del ACR, exponer las normas de funcionamiento (confidencialidad de la información tratada, no hablar de fallos sino de oportunidades de mejora, explicar la metodología del trabajo, fomentar la participación de forma ordenada, etc.) y asignar tareas.

Paso 3: Recopilación de la información necesaria para la reconstrucción del evento centinela.

- La información se puede recoger a partir de la historia clínica y otros documentos clínicos del paciente, además de documentos que apliquen (ej.: protocolos, plan de formación de los profesionales, normas internas, mantenimiento de equipos/instalaciones, etc.). También se debe recabar mediante entrevistas a profesionales y pacientes/familiares involucrados para entender qué, cómo y porqué ocurrieron los hechos, así como la forma de actuar

Nº 16.- Análisis causa raíz (ACR)

Mayo/2020

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

de cada uno. Asimismo, es relevante la visita al lugar donde ha ocurrido el evento, para observar su funcionamiento y organización real.

- Se debe recoger información concerniente a: fecha, hora y lugar en el que ocurrió el EC, flujo del proceso de atención, características del paciente (comorbilidad, gravedad, autonomía, etc.), factores relacionados con el equipo de trabajo (servicios y profesionales implicados, conocimiento y accesibilidad a procedimientos, flujo de comunicación verbal y escrita entre profesionales, reparto de tareas, etc.), factores relacionados con el entorno (condiciones ambientales, utilización y mantenimiento de instalaciones y equipos, formación en el uso de equipos, etc.) y factores relacionados con el contexto institucional (clima laboral, motivación, organización, presupuesto económico, etc.).

Paso 4: Elaborar mapa de hechos.

- El equipo debe dibujar el diagrama de flujo del proceso de atención donde ha ocurrido el evento y describir la secuencia cronológica y detallada de lo que ha ocurrido: ¿cuándo? ¿cómo? y ¿dónde?
- Las herramientas más utilizadas para ello son la narración cronológica, la tabla cronológica, la tabla persona-tiempo o el árbol de decisión.

Paso 5: Análisis de la información.

- Una vez reconstruidos los hechos, identificar y analizar los factores contribuyentes, las barreras y las causas potenciales que determinan el evento desde las más próximas, cercanas al contacto con el paciente, a las más profundas, origen de las primeras.
- Las metodologías más utilizadas son el diagrama causa-efecto o diagrama de Ishikawa, el análisis de barreras y la técnica de los 5 porqués.

Paso 6: Identificación y planificación de mejoras.

- El equipo de trabajo debe identificar y priorizar los cambios a realizar en los sistemas y procesos para prevenir, reducir o minimizar el riesgo de que se vuelva a producir el EC. La priorización debe realizarse en función de la complejidad, costes, tiempos, etc.
- El plan de mejora debe incluir, para cada acción priorizada, los plazos para la implantación, los responsables de su ejecución, la metodología para la evaluación y la fecha de revisión.

Paso 7: Elaboración de un informe.

- El coordinador y el facilitador deben realizar un informe de fácil lectura dirigido a la comisión de seguridad y a la dirección para su aprobación.
- El informe debe incluir los resultados del estudio y el plan de mejora, manteniendo la confidencialidad de los profesionales implicados.

- Las mejoras identificadas y las lecciones aprendidas se darán a conocer a los responsables y profesionales de las unidades implicadas para su puesta en marcha, así como a otras unidades beneficiarias de los cambios.

El éxito del ACR radica en la implementación y seguimiento del plan de mejora presentado y esta acción dependerá de la cultura de seguridad de la organización y del liderazgo de los directivos y cargos intermedios para poner las medidas en práctica.

Referencias

AENOR: Norma UNE 179003:2013. Servicios sanitarios. Gestión de Riesgos para la seguridad del Paciente.

Decreto 51/2017, de 28 de marzo, de desarrollo de los derechos y responsabilidades de la ciudadanía en relación con la salud pública.

Estrategia para la Seguridad del Paciente Andalucía. Plan estratégico de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2019.

Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.

Formación en Gestión de Riesgos y Mejora de la Seguridad del Paciente [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/>

Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. 2015.

Hirsch KA, Wallace DT. Step-by-step guide to effective root cause analysis. Marblehead: Opus communications; 2001.

National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety. London: NPSA. 2004.

National Quality Forum (NQF), Serious Reportable Events In Healthcare—2011 Update: A Consensus Report. Washington, DC: NQF; 2011.

Olivera Cañadas G, et al. Identificación de eventos centinela en atención primaria. Rev Calid Asist. 2017; 32(5):269-277

Sentinel event [Internet]. The Joint Commission. Disponible en: https://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx.

Root Cause Analysis in Health Care: Tools and Techniques. Sixth edition. Joint Commission Resources: 2017.

Ruiz López P, Aranaz Andrés JM. Análisis de causas raíz. En: JM Aranaz, C Aibar, J Vitaller y JJ Mira. Editores. La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes 2ª edición. Fundación Mapfre. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2017. P. 581-594. 63

World Health Organization (WHO). Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. WHO; 2009.