

EL MÉTODO CUSP*: CAMBIO DE CULTURA A NIVEL DE UNIDADES

Módulo 4: Identificar defectos y tomar conciencia

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Compañía de Seguros

Este módulo del CUSP (programa de seguridad del paciente a nivel de unidades y servicios), lo ayudará a identificar defectos recurrentes en su sistema, y a aplicar distintas herramientas para reducir el riesgo de daños a sus futuros pacientes.

Dentro de las herramientas que ayudan a los equipos CUSP a identificar defectos y aprender de ellos se incluyen:

- La "Evaluación del Personal de la Seguridad de la Unidad", que brinda a los equipos un enfoque estructurado con el objetivo de evaluar la cultura de seguridad del paciente en el servicio.
- La "Hoja de Trabajo sobre Temas de Seguridad para la Alta Gerencia", que ofrece a los equipos un método también organizado para identificar, caracterizar y señalar los principales problemas de seguridad a ser abordados por los directivos de la institución.
- El formulario "Aprender de los Defectos", que proporciona un medio estandarizado para evaluar dónde y cómo se producen los errores para poder desarrollar un plan de acción tendiente a corregirlos.

* Traducción libre y adaptación de "The CUSP Method (Comprehensive Unit-based Safety Program)" desarrollado por AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). USA. Se describe un método que puede ayudar a los equipos asistenciales a brindar una atención más segura mediante la combinación de un mejor trabajo en equipo, de mejores prácticas clínicas y de la ciencia de la seguridad. El programa consta de una serie de herramientas web (presentaciones powerpoint, videos, plantillas) que brindan a los equipos asistenciales los recursos de capacitación y las herramientas que necesitan para aplicar este método CUSP y mejorar su capacidad de abordar problemas de seguridad de los pacientes. Consta de cinco módulos principales que iremos describiendo en sucesivas entregas mensuales. Todo el material (en inglés) se encuentra disponible en:

<https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/cusptoolkit/index.html> Traducción y adaptación: Dr. Fabián Vítolo. NOBLE Compañía de Seguros

Este módulo también presenta algunas herramientas que lo ayudarán a estudiar los defectos y despertar conciencias. Las mismas proporcionan un enfoque sistemático para la elaboración de informes a partir de los eventos adversos. Estas herramientas de análisis de eventos y de riesgos pueden aplicarse tanto al estudio de incidentes específicos como al estudio de sistemas.

Una de las herramientas que ayuda a los equipos CUSP a identificar defectos y aprender de ellos es el "Formulario de Reporte de Incidentes", que cumple una función vital, ya que permite que las personas del servicio:

- Indiquen dónde y cuándo se descubrió un evento.
- Determinen las barreras o puntos críticos de control que fueron violados para que se produzca el incidente.
- Especifiquen las consecuencias del evento, si es que se conocen.
- Identifiquen a las personas que podrían haber estado involucradas en el incidente
- Documenten a) las acciones para minimizar las consecuencias desfavorables del incidente y b) las acciones de recuperación tomadas por el personal luego del descubrimiento del incidente.

Otra herramienta es el Análisis de Causa Raíz (ACR), que brinda un marco estructurado para analizar las causas y factores que contribuyeron a la ocurrencia de un evento adverso o a un "casi accidente", generalmente con la intención de generar cambios para evitar que se repita.

El Análisis de Modos de Falla y Efectos (AMFE), brinda a su vez una forma de análisis paso por paso que el personal puede utilizar para comprender cómo las distintas partes de un proceso pueden salir mal y cuáles serían las consecuencias en caso de que los problemas no sean detectados a tiempo. El AMFE difiere del ACR básicamente en que el primero es un método de análisis retrospectivo, mientras que el segundo es prospectivo. El AMFE investiga todas las formas posibles en las que puede ocurrir un evento, mientras que el ACR se centra en identificar la causa principal del incidente.

Cuando se busca evaluar el riesgo en sistemas complejos, otra herramienta utilizada en adición al AMFE es la "Evaluación Probabilística de Riesgos", también llamada "Evaluación Probabilística de Seguridad".

Otra herramienta que ayuda a la toma de conciencia es la "Hoja de Trabajo del Árbol Causal", que ayuda a los equipos a identificar y mapear las causas y efectos de los defectos presentes en la unidad. Este mapeo ayuda a los equipos a resolver los problemas presentes en los procesos y operaciones,

La última herramienta descrita en este módulo es el Modelo Eindhoven, que se utiliza para investigar situaciones de "casi accidentes", buscando identificar las acciones del personal que permitieron detectar y corregir la falla del sistema antes de que se produjera un daño. Este modelo examina las fallas humanas, técnicas y organizacionales.

Identificación de defectos en el método CUSP

El método CUSP de identificación y análisis de eventos adversos y riesgos no difiere mucho de los métodos tradicionales (ACR, AMFE, etc), ya que emplean similares habilidades para detectar y resolver defectos.

En el método CUSP se le hacen al personal las siguientes preguntas:

- ¿Qué pasó?
- ¿Por qué pasó?
- ¿Qué hará usted para reducir el riesgo?
- ¿Cómo sabrá si realmente lo logró?

Al participar de este proceso de aprendizaje, los médicos, enfermeros y resto del personal pueden descubrir cuáles son las fallas sistémicas que influyeron en el evento. Luego del incidente, se le pide al personal que identifique las fallas activas y los factores contribuyentes latentes que condujeron al mismo. Las fallas activas también se llaman errores humanos. Pueden ser clasificarse en tres grandes grupos:

- Fallas basadas en el ejercicio de habilidades: ocurren cuando una persona fracasa en el desempeño de una tarea rutinaria que normalmente requiere de poco esfuerzo consciente (errores "automáticos")
- Fallas basadas en reglas: se dan cuando una persona no lleva a cabo un procedimiento o protocolo correctamente o elige un procedimiento o regla equivocada.
- Fallas cognitivas: cuando una persona es incapaz de aplicar el conocimiento existente a nuevas situaciones.

Las condiciones latentes son las acciones y decisiones técnicas u organizativas tomadas por los directivos. Aquí no se habla de error humano. Estas condiciones latentes se clasifican a su vez en dos categorías: fallas técnicas y fallas organizativas.

Las fallas técnicas se producen por problemas con elementos físicos, como equipos y software. Las fallas organizacionales se producen cuando la cultura, los procedimientos y las decisiones de las autoridades ponen en riesgo la seguridad.

Herramientas para identificar defectos y fallas

Para identificar defectos y fallas, el método CUSP utiliza dos de las herramientas descriptas previamente: la "Evaluación del Personal sobre la Seguridad de la Unidad" y la "Hoja de Trabajo sobre Temas de Seguridad para la Alta Gerencia".

Para realizar el mismo trabajo, los métodos tradicionales de identificación y análisis utilizan el reporte de incidentes, el análisis de causa raíz (ACR), el análisis de modos de falla y efectos (AMFE) y la Evaluación probabilística de fallas.

Para examinar defectos y fallas el método CUSP utiliza el formulario "Aprender de los defectos", mientras que los métodos tradicionales utilizan la hoja de trabajo del árbol causal.

Para codificar los defectos o fallas, CUSP utiliza el formulario "Aprender de los defectos", mientras que los métodos tradicionales de toma de conciencia utilizan el modelo de Eindhoven.

Al abordar los defectos mediante una combinación de ideas, habilidades y herramientas de los métodos tradicionales y del CUSP, los equipos podrán analizar los defectos de sus unidades y diseñar intervenciones efectivas que se ajusten a sus necesidades.

Toma de conciencia

En el contexto de la seguridad del paciente, la toma de conciencia implica un proceso deliberado de reflexión sobre los eventos adversos, fallas y casi accidentes. Es la forma en la que la unidad puede aprender de los errores y prevenirlos. Esta toma de conciencia tiene cinco particularidades:

Primero, implica la necesidad de que los miembros de la unidad conversen entre sí de los problemas de una manera positiva. Cuando se involucran en este proceso, los médicos, enfermeros y resto del personal asistencial pueden darle al evento un sentido, brindándoles la posibilidad de colaborar para una mejora sustentable en sus respectivas unidades.

Segundo, al proporcionar a los equipos las herramientas y recursos que necesitan para analizar desde una perspectiva sistémica las fallas que se producen en el servicio, se reducen las interpretaciones ambiguas del evento o problema.

Tercero, la toma de conciencia surge de las distintas experiencias de los miembros del equipo. Durante este proceso de reflexión sobre la propia práctica, se hace un llamado a las personas de la unidad a que compartan sus puntos de vista como expertos de primera mano sobre los factores que contribuyeron al fracaso. Sólo las personas involucradas en el evento, y no sus representantes u otro personal deberían brindar su interpretación de los eventos.

Cuarto, la reflexión emplea la conversación para crear nuevos conocimientos. Los equipos deben colaborar en la búsqueda de soluciones a los problemas de seguridad identificados en sus unidades. Este conocimiento construye un entendimiento acerca de cómo una parte del sistema interactúa con otras partes protegiéndolo o produciendo brechas de seguridad.

Quinto, el proceso permite desarrollar una comprensión compartida del fracaso y proyectar planes de acción para abordar las fallas. El personal debe reconocer que cualquier elemento del plan puede impactar el trabajo de otros, a veces con malos resultados. Al involucrar a profesionales de distintas disciplinas en el análisis de los eventos adversos y problemas, los cambios implementados en un área pueden ser salvaguardados por otra, aumentando la efectividad de las intervenciones.

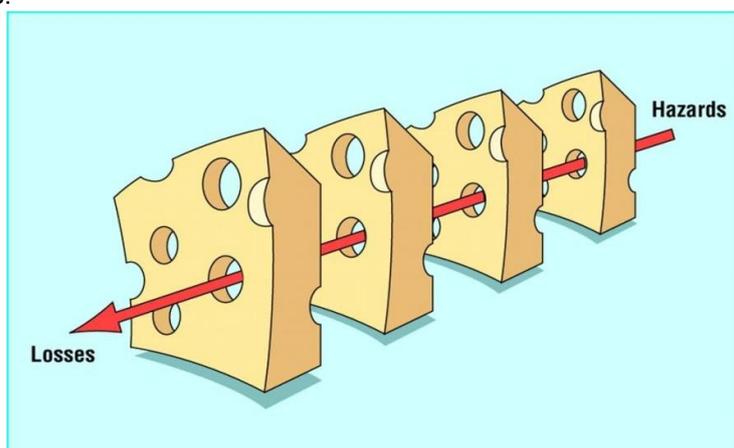
Ejemplos de defectos y de estrategias para solucionarlos

Entre los ejemplos de defectos que afectan la seguridad del paciente y de intervenciones para corregirlos se incluyen:

- Tubos de oxígeno inestables en piso de internación: Se reparan los soportes de los tubos o se instalaron nuevos soportes en toda la institución.
- Medicamentos LASA (Similitud fonética, ortográfica o de envasado). Se capacitó al personal sobre las similitudes de los medicamentos y se procedió a la separación física de los mismos. El personal envió una carta al fabricante para solicitar un etiquetado diferente.
- Falta de un suministro en el carro de paro: el personal elaboró una lista de control para asignar la responsabilidad de almacenar los suministros en el carro.
- Uso inconsistente de la Lista de Objetivos Diarios durante las recorridas de pacientes: el personal llegó a un consenso sobre los elementos de la herramienta a aplicar durante los pases.
- Residentes que reportan haber recibido información inexacta durante los pases de pacientes: se desarrolló una herramienta informática de registro de evoluciones para mantener un intercambio más preciso de la evolución.

El modelo de queso suizo de Reason

Cuando se combaten los defectos de la unidad, es importante que el personal comprenda dónde y cómo se producen las brechas de seguridad. El modelo de queso suizo de Reason (Univ. De Manchester), muestra cómo los defectos impregnan los sistemas y atraviesan las distintas barreras defensivas. Los orificios del queso simbolizan las oportunidades para que los defectos penetren en los sistemas y causen daño a los pacientes. Los defectos se pueden encontrar en cualquier parte de la unidad. Teniendo esto en cuenta, el personal debe trabajar para fortalecer las barreras defensivas y evitar que los defectos penetren en sus sistemas y contribuyan al daño de los pacientes.



Evaluación de la seguridad de la unidad realizada por el personal

La evaluación que hace el propio personal de las condiciones de seguridad de la unidad donde trabajan es una herramienta del método CUSP muy efectiva y proactiva para identificar defectos. En esta evaluación se les pide a los médicos, enfermeros y resto del personal asistencial que contesten tres preguntas sencillas;

1. ¿Qué problemas clínicos u operativos han puesto o podrían haber puesto en peligro la seguridad de los pacientes de la unidad?
2. ¿Cómo podría ser dañado el próximo paciente en nuestra unidad?
3. ¿Qué se puede hacer para minimizar los daños o prevenir los riesgos para la seguridad?

La Evaluación de la Seguridad realizada por el Personal (ver Anexo1), está diseñada para que la utilicen todos los prestadores de atención médica. Cuando completan la evaluación, las personas deben brindar tantos detalles como sea posible, siendo especialmente meticulosas en la segunda pregunta. El objetivo de este sencillo formulario es acceder al conocimiento del día a día que tienen quienes están en la primera línea de atención, y poder así determinar los riesgos a los que se exponen los pacientes. Los médicos y enfermeros de la unidad son los ojos y oídos de la seguridad del paciente. Con la información brindada por ellos se puede preparar una lista con oportunidades de mejora y prioridades.

Los resultados de la Evaluación de la Seguridad del Personal pueden utilizarse para:

- Informar de los defectos al personal y a la alta dirección
- Determinar prioridades según el potencial nivel de riesgo para uno o más pacientes.
- Seleccionar al menos un defecto a tratar con el apoyo del alto directivo del equipo CUSP
- Desarrollar un plan para el defecto seleccionado.

Además, los miembros del equipo CUSP deberían:

- Identificar al menos un defecto cada trimestre, y
- Garantizar que la identificación de los defectos sea un proceso continuo.

Hoja de Trabajo sobre Temas de Seguridad para la Alta Gerencia

Esta herramienta busca cumplir los siguientes objetivos:

- Involucrar al alto directivo del equipo CUSP en la resolución de los problemas de seguridad identificados en este formulario (ver Anexo 2)
- Identificar problemas de seguridad, posibles soluciones y recursos necesarios durante las recorridas ejecutivas de seguridad.
- Mantener informadas de los problemas de seguridad a las autoridades de la organización mediante la información contenida en este formulario.

El alto directivo debe ser miembro del equipo CUSP de la unidad. El mismo podrá utilizar este documento para hacer un seguimiento de lo que observa durante sus intercambios y recorridas con los profesionales asistenciales.

Cada recorrida de seguridad brinda al ejecutivo del equipo la oportunidad de observar "in situ" los defectos y peligros de las unidades y servicios. Esto es mucho mejor que recibir un reporte. También le permite apoyar al líder del equipo CUSP con las soluciones para los problemas identificados, garantizando que se pueda contar con los recursos necesarios para implementar las soluciones propuestas.

Como en este formulario se registran las acciones del alto directivo vinculadas con el proyecto de mejora, el líder del mismo podrá mantenerse actualizado revisando el avance de las gestiones para que el proyecto avance.

¿Cómo utilizar la hoja de trabajo sobre temas de seguridad?

- Registre en este documento las cuestiones de seguridad que surgen de la encuesta de problemas realizada al personal.
- Asigne a una persona de contacto para liderar las actividades asociadas con los temas de seguridad enumerados en el formulario.
- Los problemas resueltos deben salir de la lista y ser registrados como "solucionados" en la sección correspondiente del formulario.
- Comparta la hoja de trabajo con el "campeón" de la unidad para mantener actualizados a los prestadores de la primera línea sobre el progreso de las intervenciones.

Aprender de los defectos y errores

El Análisis de Causa Raíz (ACR)

El Análisis de Causa Raíz (ACR) es una herramienta que ayuda a que los médicos, enfermeros, y resto del personal de primera línea comprendan las causas y

consecuencias de las fallas y errores, tomen conciencia de factores sistémicos y puedan trabajar para prevenir daños futuros.

En la Figura 2. se grafica como ejemplo una plantilla de árbol causal de ACR. Seguramente, el árbol que usted dibuje a partir de un incidente ocurrido en su unidad tendrá un aspecto diferente, porque se basará en errores producidos en su servicio y en la información que usted recolectó de su personal.

Un árbol causal puede ser construido de muchas maneras. En este ejemplo, comenzaremos con el descubrimiento del evento y trabajaremos hacia atrás en el tiempo, preguntándonos varias veces "¿por qué?", hasta llegar a las causas raíces del evento.

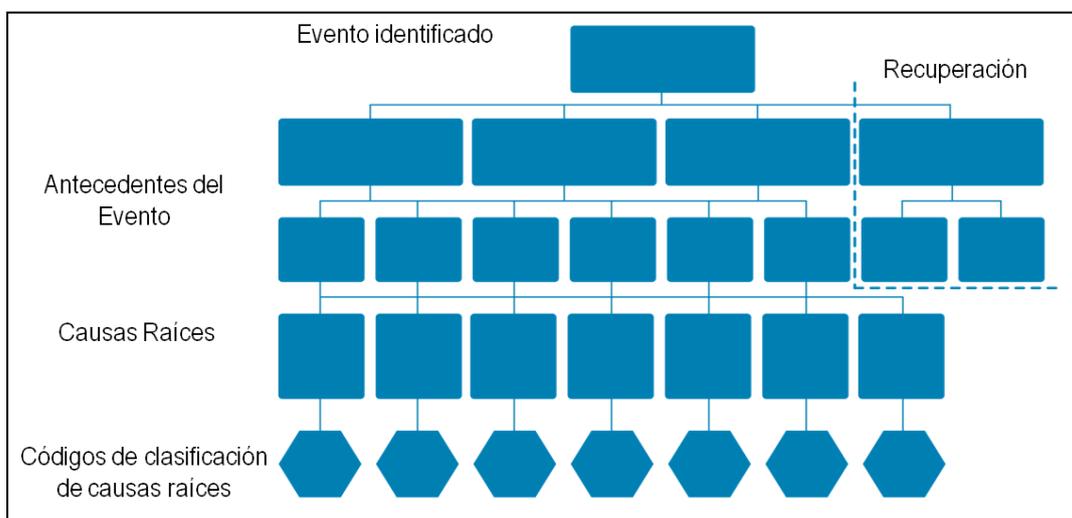
Como vemos en este esquema, el ACR puede utilizarse tanto para eventos adversos (incidentes con daño) como para "near misses" (casi-accidentes). El lado correspondiente a esta última situación se completa cuando algo sucedió para evitar que la falla terminara dañando al paciente. La sección de "recuperación" del árbol suele parecerse a un "mini árbol". Rara vez ocupa más de tres casilleros. A veces basta un solo casillero para describir la acción de recuperación que tuvo lugar.

El último paso para construir un árbol causal consiste en asignar códigos causales. El tronco de cada rama causal representa las causas de fondo. Una vez identificadas estas causas, se les asigna un código y se las ingresa en hexágonos en la parte inferior de cada rama. El evento adverso (evento consecuente) es colocado en la cima del árbol causa. Resulta imperativo definir correctamente al evento consecuente porque el resto del árbol fluirá de él.

El evento consecuente es descrito en términos de las consecuencias del evento:

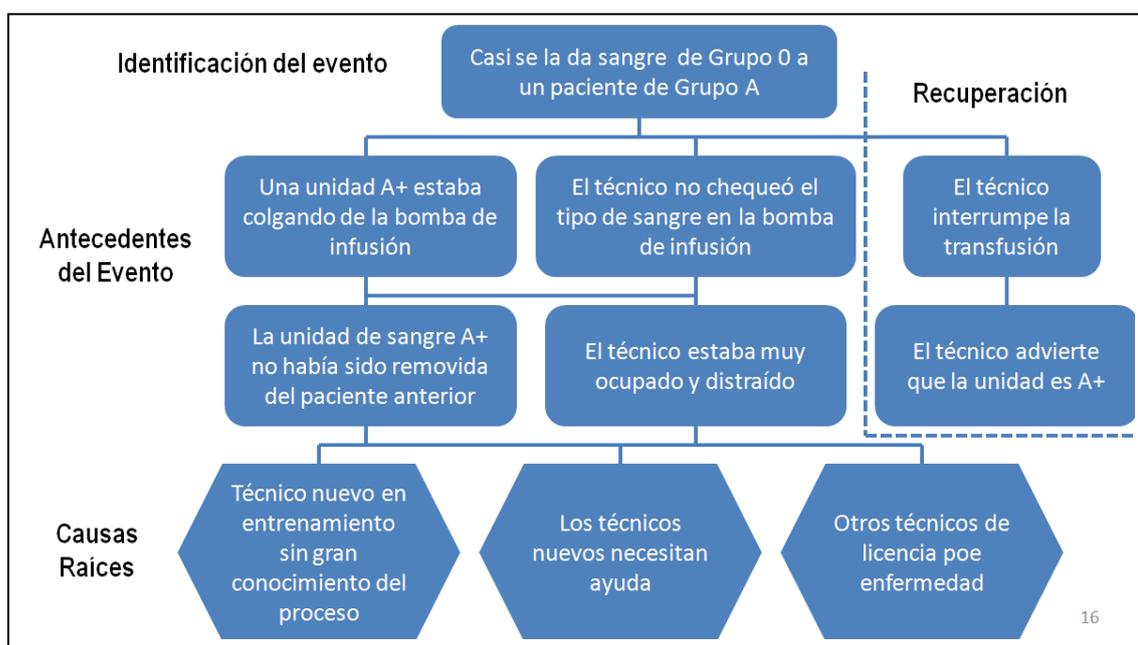
- Hubo daño
- No hubo daño (incidente)
- El error/falla no alcanzó al paciente ("casi accidente")

Figura 2. Análisis de Causa Raíz. Esquema de árbol causal



Una vez descrito el evento, el analista debe preguntarse por qué se obtuvo esta consecuencia. Se debe describir entonces el evento, la condición o la causa anterior. Los eventos o causas anteriores son aquellas acciones y decisiones que condujeron al evento posterior. Deben considerarse tanto las fallas activas (el último error), como las condiciones latentes (los factores contribuyentes o "agujeros del queso"). No existe un método absolutamente correcto para construir un árbol causal. El mismo es solo una interpretación del evento en un momento dado. Nueva información adicional descubierta durante la investigación puede hacer que el árbol crezca. También debe observarse que diferentes composiciones de árboles para el mismo evento podrían conducir a la misma causa raíz.

Figura 3. Ejemplo de Análisis de Causa Raíz



Trabajemos ahora con el ejemplo de la Figura 3. Los antecedentes de primer nivel son aquellos que preceden inmediatamente y resultan en el evento consecuente. A partir de estos eventos, podemos trabajar para descubrir las causas de fondo.

¿Cuál piensa usted que fue el antecedente inicial? A través de la investigación, descubrimos que una unidad no usada fue dejada de un caso anterior en la bomba de infusión. La pregunta entonces es: ¿qué antecedentes podemos identificar para este evento consecuente? Una respuesta es: "Una unidad A+ estaba colgando del infusor" "¿Entonces?" "El técnico de hemoterapia no chequeó el tipo de sangre que estaba colgada en el infusor". Y seguimos preguntando, ¿" Qué más?", hasta que no haya más razones en esta rama del árbol. En este caso, nos detendremos en dos eventos antecedentes. Entonces preguntamos: "Por qué había una bolsa A+ colgando del infusor? ¿Por qué nadie la había removido de un caso de urgencia anterior?" ¿Por qué no fue removida esta unidad? Porque el técnico a cargo era nuevo y no conocía el procedimiento correcto. Cuando uno no puede contestar más "por qué" ha llegado a una causa raíz, y no se continúa con esa rama del árbol. Sin información adicional o una

investigación más completa, no podemos bajar a ramas más proximales de este árbol. En este caso, aquí termina esa línea de investigación.

Ahora nos preguntamos por qué el técnico de hemoterapia no chequeó el tipo de unidad en la bolsa que estaba colgando. ¿"Por qué estaba muy ocupado y se distrajo?" "¿Por qué?" "Porque había muchos técnicos de licencia por enfermedad y este técnico nuevo y en formación no conocía ni los procedimientos del hospital ni dónde estaban los suministros, y necesitaba ayuda y supervisión".

Normalmente continuaríamos preguntándonos "¿Por qué?" o "¿entonces?" hasta estar absolutamente convencidos de haber capturado toda la imagen.

Con este mismo ejemplo, podemos también revisar un caso de recuperación ante un "casi accidente": una enfermera interrumpió la transfusión preguntando: "¿Cómo conseguiste sangre de un tipo específico tan rápido? ¿Por qué se lo pregunta? Porque la enfermera se dio cuenta de que esto es muy inusual para un caso de emergencia. Esta fue una recuperación no planificada.

El aprendizaje a partir de errores, fallas o defectos a menudo revela la forma en la que los sistemas de trabajo contribuyen a su ocurrencia. Como vimos en el módulo "Comprender la ciencia de la seguridad", cada sistema está perfectamente diseñado para lograr los resultados que obtiene. El aprendizaje a partir de los defectos también puede llamarse aprendizaje de segundo orden. Los médicos, enfermeros y el resto de profesionales que se encuentran en la primera línea de atención se han vuelto muy expertos para resolver problemas de primer orden, es decir interceptar un error o falla antes de que se produzca un daño. Este método de resolución de problemas (recuperación) aborda un determinado error o problema, encuentra su solución y avanza, sin mayor reflexión. Si bien esto resulta encomiable y necesario, también resulta vital aprender del defecto y aplicarse luego a la solución de problemas de segundo orden –en la que se examinan las causas subyacentes y los procesos–, para corregir los factores que contribuyeron al evento.

Las cuatro grandes preguntas para aprender de los defectos

Cuando buscamos aprender de los defectos, debemos hacernos cuatro preguntas:

1. ¿Qué pasó?
2. ¿Por qué pasó?
3. ¿Qué hará usted para evitar el riesgo de una recurrencia?
4. ¿Cómo sabrá que el riesgo se redujo efectivamente?

1. ¿Qué pasó?

Paso 1: Reconstruya la línea de tiempo para comprender lo que pasó

Paso 2: Póngase en el lugar de las personas involucradas y en el medio del evento a medida que se desarrollaba

Paso 3: Trate de comprender el pensamiento y razonamiento detrás de las acciones que hoy parecen erradas

Paso 4: Trate de ver las cosas como lo hicieron los involucrados cuando ocurrió el evento.

2. ¿Por qué pasó?

Paso 1: Identifique los factores que llevaron a la ocurrencia del evento

Paso 2: Identifique los factores contribuyentes

Paso 3: Priorice los factores contribuyentes.

3. ¿Qué hará usted para evitar una recurrencia?

Paso 1: Desarrolle intervenciones para abordar entre dos y cinco factores contribuyentes importantes

Paso 2: Asígnele un valor a las intervenciones

Paso 3: Seleccione las intervenciones con mejor puntaje

Paso 4: Desarrolle un plan de acción para la implementación de las intervenciones.

4. ¿Cómo sabrá que el riesgo se redujo efectivamente?

Pregunta 1: ¿Diseñó una política o procedimiento a partir del incidente? ¿La califica como una política fuerte o débil?

Pregunta 2: ¿Los miembros del personal conocen esta política o procedimiento?

Pregunta 3: ¿Los miembros del personal están cumpliendo con la política y el procedimiento según lo previsto?

Pregunta 4: ¿Creen los miembros del personal que se redujeron los riesgos?

El modelo Eindhoven

El Modelo Eindhoven, basado en trabajos realizados en plantas químicas, es otra excelente herramienta para aprender de los defectos y tomar conciencia de las causas sistémicas de los errores durante la atención médica. Este modelo divide 20 tipos distintos de causas en cuatro categorías: técnica, organizativa, humana y otras.

Debe recordarse que todos los eventos adversos involucran distintas causas, generalmente de más de un tipo. Si el análisis de un evento se atribuye a un único tipo de causa, probablemente se trate de un análisis incompleto. Este modelo permite codificar múltiples causas y ayuda a los equipos a identificar más de una causa de errores o fallas.

Las subcategorías de causas técnicas son:

- Diseño (de equipos, de interfaces)
- Construcción (ej: dispositivos mal montados)
- Materiales (ej: sello defectuoso de una bomba)
- Externas, ajenas a la unidad, como la pérdida de suministro eléctrico.

Las subcategorías de causas organizacionales son:

- Transferencia de conocimientos, (ej: la falta de formación del personal nuevo.)
- Protocolos, (ej: un procedimiento que no resulta práctico de aplicar en situaciones de emergencia).
- Prioridades de gestión (ej: insuficiencia de persona)
- Cultura (ej: fracaso por una deferencia excesiva hacia los médicos)
- Causas externas (ej: regulación confusa aplicada por un organismo externo)

Como se señaló anteriormente hay 20 códigos que se dividen en las categorías de causas técnicas, organizativas, humanas y otras. Cuando se completa el modelo de análisis de Eindhoven, deben haberse identificado entre tres a siete causas fundamentales para cada incidente, y las mismas deben ser una combinación de fallas activas y factores latentes. Esta secuencia de análisis es muy importante. Muchas veces, cuando se analiza un accidente en el cuidado de la salud, el foco se pone sobre los factores humanos para culpar a los participantes. A veces se incluyen también los factores técnicos. El modelo de análisis de Eindhoven asegura que se aborden en primer lugar los factores más importantes y solucionables, seguidos por los factores humanos.

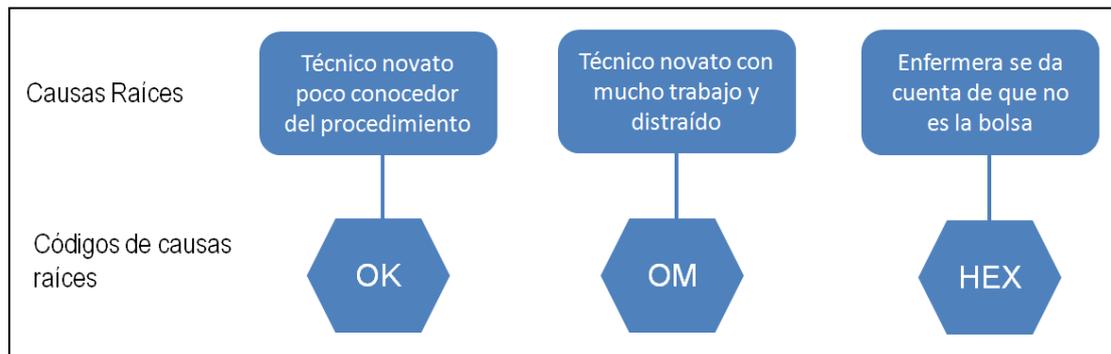
Algunos de los códigos que se utilizan para describir estos factores son:

- TC (Técnica, construcción)
- TM (Técnica, materiales)
- TD (Técnica, diseño)
- OEX (Organizacional, externa)
- OK (Organizacional, transferencia de conocimientos)
- OM (Organizacional, management)
- HEX (Humana, externa)
- HRV (Humana. Basada en reglas, verificación)

En el ejemplo árbol causal que describimos recién, el hecho de no remover la bolsa A+ del procedimiento anterior es codificado como OK (Organizacional, transferencia de conocimientos), porque vimos que el técnico novato no conocía las normas y procedimientos con precisión. Luego, observamos que muchos de los técnicos habituales estaban de licencia por enfermedad y no se habían gestionado los reemplazos adecuados. Esta causa es codificada como OM (organizacional, management). Por último, el técnico novato era de una empresa tercerizada y

necesitaba ser supervisado por personal interno. Esta causa puede ser codificada como HEX (humana, externa a la organización- Ver figura 4-)

Figura 4. Ejemplos de Códigos de Causas Raíces (Eindhoven)



Si este caso se introdujera por completo dentro del árbol causal, habría muchos más casilleros y causas de fondo.

Resumir y compartir los hallazgos

Después de trabajar en las diversas técnicas de análisis de fallas y errores, los equipos CUSP deben resumir y compartir sus hallazgos con sus colegas y la alta dirección. Para ello:

- Genere un resumen de no más de una página donde se respondan las cuatro preguntas básicas (Qué pasó, por qué pasó, acciones para prevenir recurrencias e indicadores a utilizar)
- Comparta el resumen dentro de su unidad y con el resto de la organización
- Mantenga con el personal conversaciones cara a cara para que las personas tengan oportunidades para aprender de los defectos.
- Evalúe compartir lo aprendido con otras organizaciones similares a la suya (previa autorización del directorio)

Para facilitar la comunicación acerca de lo que se aprendió a partir de los errores, el equipo CUSP:

- Organizará reuniones mensuales con el personal de la unidad
- Revisará y actualizará los datos cada mes
- Discutirá los datos con el alto directivo del equipo todos los meses
- Presentará los hallazgos a los colegas del hospital, incluyendo jefes de servicio, junta directiva y personal de la primera línea de atención.

En resumen, la identificación de defectos y la toma de conciencia comparten distintos temas comunes. Los defectos son eventos clínicos u operativos que uno no quiere que vuelvan a ocurrir. El método CUSP y sus herramientas de análisis y toma de conciencia ayudan a los equipos a identificar errores y formas de prevenirlos en el futuro.

ANEXO 1

EVALUACIÓN DEL PERSONAL DE LA SEGURIDAD DE LA UNIDAD

Kit de herramientas CUSP

Determine qué riesgos están presentes en su unidad

Propósito de este formulario:

Este formulario está diseñado para aprovechar su experiencia en la primera línea de atención al paciente para determinar qué riesgos están presentes en su unidad que han puesto o podrían poner en peligro la seguridad del paciente

¿Quién debe utilizar esta herramienta? Prestadores de servicios de salud.

Cómo completar este formulario:

Proporcione tantos detalles como sea posible al responder las dos preguntas que le realizaremos a continuación. Deje su evaluación completa en la ubicación designada por el equipo de la unidad.

Cuándo completar este formulario:

Cualquier prestador de atención médica puede completar este formulario en cualquier momento. Como mínimo, los proveedores de atención médica deben completar este formulario semestralmente.

Nombre (opcional): _____

Categoría de trabajo: _____

Fecha: _____

Unidad: _____

1. Describa cómo cree que se verá perjudicado el próximo paciente en su unidad o área clínica.

2. Describa lo que cree que se puede hacer para prevenir o minimizar este daño.

ANEXO 2

HOJA DE TRABAJO SOBRE TEMAS DE SEGURIDAD PARA LA ALTA GERENCIA

Kit de herramientas CUSP

Herramienta de seguridad

¿Quién debería usar esta herramienta? Prestadores de atención médica y el alto directivo del equipo CUSP.

Fecha de rondas de seguridad: _____

Unidad: _____

Asistentes:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

Problemas identificados	Soluciones recomendadas	Recursos necesarios
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		

Página revisada por última vez en diciembre de 2012

Página creada originalmente en diciembre de 2012

Cita en Internet: Hoja de trabajo de cuestiones de seguridad para la Alianza Ejecutiva Senior Contenido revisado por última vez en diciembre de 2012. Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/hai/cusp/toolkit/safety-checklist.html>

ANEXO 3

FORMULARIO PARA APRENDER DE LOS DEFECTOS

Kit de herramientas CUSP

Planteamiento del problema:

Las organizaciones de atención médica pueden mejorar en la medida en que aprendan de los defectos. Definimos este aprendizaje como la reducción de la probabilidad de que un futuro paciente se vea perjudicado.

¿Qué es un defecto?

Un defecto es cualquier evento o situación clínica u operativa que no se desea que vuelva a ocurrir. Esto podría incluir incidentes que usted cree que causaron daños a los pacientes o que los ponen en riesgo de sufrir daños significativos.

Propósito de la herramienta:

El propósito de esta herramienta es proporcionar un enfoque estructurado para ayudar al personal y los administradores a identificar los tipos de fallas sistémicas que contribuyeron al defecto y hacer un seguimiento para garantizar que se logren mejoras de seguridad.

¿Quién debería usar esta herramienta?

Todo el personal involucrado en la prestación de atención relacionada con un defecto debe estar presente cuando se evalúa este defecto. Como mínimo, esto debe incluir al médico, la enfermera/o, el administrador y otros profesionales seleccionados según corresponda (por ejemplo, para un defecto de medicación, incluya al personal de farmacia; para un defecto de un equipo, incluya al personal de ingeniería clínica).

Cómo usar esta herramienta:

Complete el siguiente formulario para al menos un defecto por mes. Investigue todos los siguientes defectos: reclamos por responsabilidad profesional, eventos centinela, incidentes reportados a los responsables de gestión de riesgos y seguridad, casos presentados en ateneos de morbilidad y mortalidad e infecciones asociadas al cuidado de la salud

- I. Proporcione una explicación clara, exhaustiva y objetiva de lo que sucedió.
- II. Revise la lista de factores que contribuyeron al incidente y marque aquellos que contribuyeron negativa y positivamente al resultado del incidente. Los factores contribuyentes negativos son aquellos que perjudicaron o aumentaron el riesgo de daño para un paciente. Los factores contribuyentes positivos limitaron la cantidad de daño. Califique los factores contribuyentes más importantes que se relacionan con el incidente.

- III. Describa cómo reducirá la probabilidad de que vuelva a ocurrir este defecto completando las tablas. Desarrolle intervenciones para cada factor contribuyente importante, y califique cada intervención por su capacidad para mitigar el defecto y llevarlo a cabo. Identifique de dos a cinco intervenciones que utilizará. Haga una lista de lo que hará, quién dirigirá la intervención y cuándo realizará el seguimiento para observar el progreso de la intervención.
- IV. Describa cómo sabrá que logró reducir el riesgo. Realice una encuesta al personal de primera línea involucrado en el incidente para determinar si la intervención se ha utilizado de manera efectiva y si el riesgo se ha reducido.

Proceso de investigación

- I. **¿Qué pasó?** Reconstruya la línea de tiempo y explique lo que sucedió. Para esta investigación, colóquese en el lugar de los involucrados y en el medio del evento, que se estaba desarrollando para comprender lo que estaban pensando y el razonamiento detrás de sus acciones o decisiones. Intente ver la situación como lo hicieron las personas involucradas en el evento.
- II. **¿Por qué sucedió?** A continuación, hay un marco para ayudarlo a revisar y evaluar su caso. Lea cada factor contribuyente y evalúe si estuvo involucrado. Si estuvo involucrado, ¿contribuyó negativamente (aumentó el daño) o contribuyó positivamente (redujo el impacto del daño) al incidente? Califique los factores más importantes de contribución negativa y contribución positiva que se relacionan con este evento.

Factores contribuyentes	Contribuyó positivamente	Contribuyó negativamente	N/A
Paciente			
El paciente estaba gravemente enfermo o agitado. (Ej: <i>Paciente anciano con insuficiencia renal, secundario a insuficiencia cardíaca congestiva</i>).			
Había una barrera del idioma. (El paciente no hablaba español).			
Hubo problemas personales o sociales. (El paciente rechazó la terapia).			
Tarea			
¿Había un protocolo disponible para guiar la terapia? (Ej: <i>el protocolo para mezclar las concentraciones de medicamentos se publica sobre el contenedor de medicamentos</i>).			
¿Los resultados de las pruebas estuvieron disponibles para ayudar a tomar la decisión de atención? (Ej: <i>los resultados e de glucosa en sangre se enviaron en 20 minutos</i>).			
¿Los resultados de las pruebas fueron precisos? (Ej: <i>Cuatro pruebas de diagnóstico realizadas. Solo los resultados de la resonancia</i>			

<i>magnética se necesitaron rápidamente y los resultados se enviaron por fax).</i>			
Prestador (médico, enfermero, farmacéutico, técnico, etc)			
<i>¿Estaba cansado el prestador? (Ej: El prestador estaba cansado al final de un turno doble cuando olvidó chequear la TA)</i>			
<i>¿La perspectiva o percepción del prestador de su propio rol profesional afectó este evento? (Ej: El médico hizo un seguimiento para asegurarse de que la interconsulta cardíaca se realizara rápidamente).</i>			
<i>¿Fue la salud física o mental del prestador un factor? (Ej: el prestador se distrajo con problemas personales y no escuchó una orden).</i>			
Trabajo en equipo y comunicación			
<i>¿La comunicación verbal o escrita <u>durante las transferencias</u> fue clara, precisa, clínicamente relevante y dirigida a objetivos? (Ej: el equipo entrante fue informado por el personal saliente sobre la condición del paciente).</i>			
<i>¿La comunicación verbal o escrita <u>durante la atención</u> fue clara, precisa, clínicamente relevante y dirigida a objetivos? (Ej: el enfermero se sintió cómodo expresando al médico su preocupación con respecto a la dosis alta de medicamentos).</i>			
<i>¿Fue la comunicación verbal o escrita <u>durante una crisis</u> clara, precisa, clínicamente relevante y dirigida a objetivos? (El líder del equipo rápidamente explicó y dirigió a su equipo con respecto al plan de acción).</i>			
<i>¿Hubo una estructura de equipo coherente con un líder identificado y comunicativo? (El médico tratante dio instrucciones claras al equipo).</i>			
Entrenamiento y capacitación			
<i>¿Estaba el prestador bien informado, capacitado y era competente? (La enfermera sabía que la dosis ordenada no era la estándar para ese medicamento).</i>			
<i>¿El prestador siguió el protocolo establecido? (Ej: sacó el protocolo para garantizar que se siguieran los pasos).</i>			
<i>¿El prestador buscó supervisión o ayuda? (Ej: La nueva enfermera le pidió al supervisor que la ayudara a mezclar la concentración del medicamento).</i>			
Tecnología de la información. Historia electrónica			
<i>¿La computadora o el programa de software generó un error? (Ej: Se eligió heparina, pero en la hoja de pedido se imprimió digoxina).</i>			

¿Funcionó mal la computadora o el programa de software? (Ej: La computadora se apagó en medio de la entrada de la orden del prestador).			
¿Verificó el usuario lo que ingresó para asegurarse de que era correcto? (El proveedor inicialmente eligió .25 mg, pero captó su error y lo cambió a .025 mg.)			
Ambiente local			
¿Había equipos adecuados y disponibles? ¿Funcionaban correctamente? (Ej: Había dos ventiladores adicionales almacenados y revisados recientemente por ingeniería clínica).			
¿Hubo apoyo operativo (administrativo y gerencial) adecuado? (Ej: El empleado de la unidad estaba enfermo pero se envió un empleado adicional para cubrirlo desde otra unidad).			
¿Fue el entorno físico el más propicio para mejorar la atención al paciente? (Ej: Todas las camas eran visibles desde la estación de enfermería).			
¿Había suficiente personal en la unidad para atender el volumen de pacientes? (Ej: La proporción de enfermeras fue 1: 1.)			
¿Hubo una buena combinación de personal experto y novato? (Había una enfermera orientada que seguía a una enfermera senior y una enfermera adicional para cubrir las responsabilidades de la enfermera senior).			
¿La carga de trabajo afectó la provisión de una buena atención? (Ej: La enfermera cuidaba a tres pacientes porque otra enfermera se fue a su casa enferma).			
Entorno institucional			
¿Se disponía de recursos financieros adecuados? (Ej: La unidad solicitó un equipo experimentado de transporte de pacientes para pacientes críticos, y se puso uno a disposición al día siguiente).			
¿Estaban los técnicos de laboratorio adecuadamente capacitados? (El técnico de laboratorio era plenamente consciente de las complicaciones relacionadas con la inyección de talio).			
¿Había suficiente personal de laboratorio para obtener rápidamente los resultados? (Ej: Había tres técnicos de laboratorio dedicados para ejecutar resultados estadísticos).			
¿Contó con la ayuda de farmacéuticos clínicos adecuadamente capacitados? (Los farmacéuticos conocían, validaban y seguían el protocolo para las órdenes de medicación)			

¿Tenía la farmacia una buena infraestructura, políticas y procedimientos? (Ej: La política estándar era que un segundo farmacéutico realizara una verificación independiente antes de dispensar medicamentos).			
¿Hubo personal de farmacia adecuado? (Ej :Había un farmacéutico dedicado a la UCI).			
¿La administración del hospital trabaja con las unidades con respecto a qué y cómo apoyar sus necesidades? (Ej: Por norma, cuando no hay camas disponibles en UTI, los pacientes permanecen en la guardia de emergencias)			

Revise la lista de factores contribuyentes arriba e identifique los más importantes relacionados con este evento. Califique cada factor contribuyente según su importancia para este y futuros eventos.

Factores contribuyentes	Importancia para el evento actual, de 1 (bajo) a 5 (alto)	Importancia para eventos futuros. De 1 (bajo) a 5 (alto)

- III. **¿Cómo reducirá la probabilidad de que este defecto vuelva a ocurrir?** Desarrolle una intervención para cada factor contribuyente importante identificado. Desarrolle intervenciones para de los dos o cinco factores contribuyentes más importantes. Consulte la tabla de Fortaleza de las intervenciones* que describiremos a continuación para ver ejemplos de intervenciones fuertes y débiles; Califique luego cada intervención según su capacidad para mitigar el factor contribuyente y según la creencia del equipo de que la intervención se llevará a cabo. Haga un plan de acción para dos o cinco de las intervenciones con mayor puntuación.

Intervenciones para reducir el riesgo del defecto	Capacidad de mitigar el factor contribuyente, de 1 (bajo) a 5 (alto)	Creencia del equipo de que la intervención podrá implementarse, de 1 (bajo) a 5 (alto)

Seleccione de dos a cinco de las intervenciones con mayor puntuación y desarrolle un plan de acción para implementarlas.

Intervenciones específicas para reducir el riesgo del defecto	¿Quién liderará este esfuerzo?	Fecha de seguimiento

*** Tabla de Fortaleza de las intervenciones**

Acciones más débiles	Acciones intermedias	Acciones más fuertes
Doble verificación	Listas de verificación o ayuda cognitiva	Cambios arquitectónicos o físicos de la planta.
Advertencias y etiquetas	Mayor personal o menor carga de trabajo.	Participación tangible y acciones de las autoridades en apoyo de la seguridad del paciente.
Nuevas políticas, normas y procedimientos	Redundancia	Simplificación de procesos. Eliminación de pasos innecesarios
Capacitación/entrenamiento	Mejorar la comunicación (por ejemplo, verificación, SBAR)	Estandarización de los equipos y mapa de proceso de cuidado
Estudios o análisis adicionales	Mejoras o modificaciones de software	Nuevas pruebas de usabilidad del dispositivo antes de comprar
	Eliminar drogas LASA	Soluciones de ingeniería en factores humanos (ej: funciones forzosas)
	Eliminar o reducir distracciones	

- IV. **¿Cómo sabrá que el riesgo se redujo?** Pregunte al personal de primera línea involucrado en el defecto si las intervenciones redujeron la probabilidad de recurrencia del defecto. Una vez que se hayan implementado las intervenciones, complete las secciones "Describir el defecto" e "Intervenciones" y haga que el personal califique las intervenciones.

Describa el defecto		
	La intervención se llevó a cabo de manera efectiva, 1 (baja) a 5 (alta)	La intervención redujo la probabilidad de recurrencia, 1 (bajo) a 5 (alto)

Página revisada por última vez en diciembre de 2012

Página creada originalmente en diciembre de 2012

Cita en Internet: Aprenda de la herramienta Defectos. Contenido revisado por última vez en diciembre de 2012. Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/hai/cusp/toolkit/learn-defects.html>