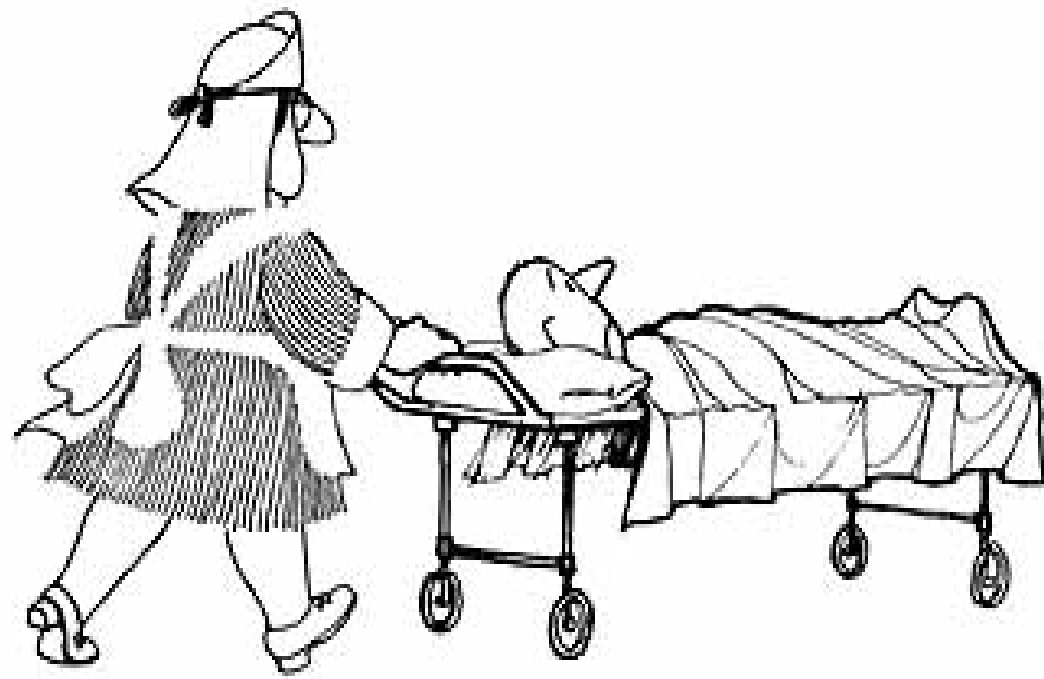


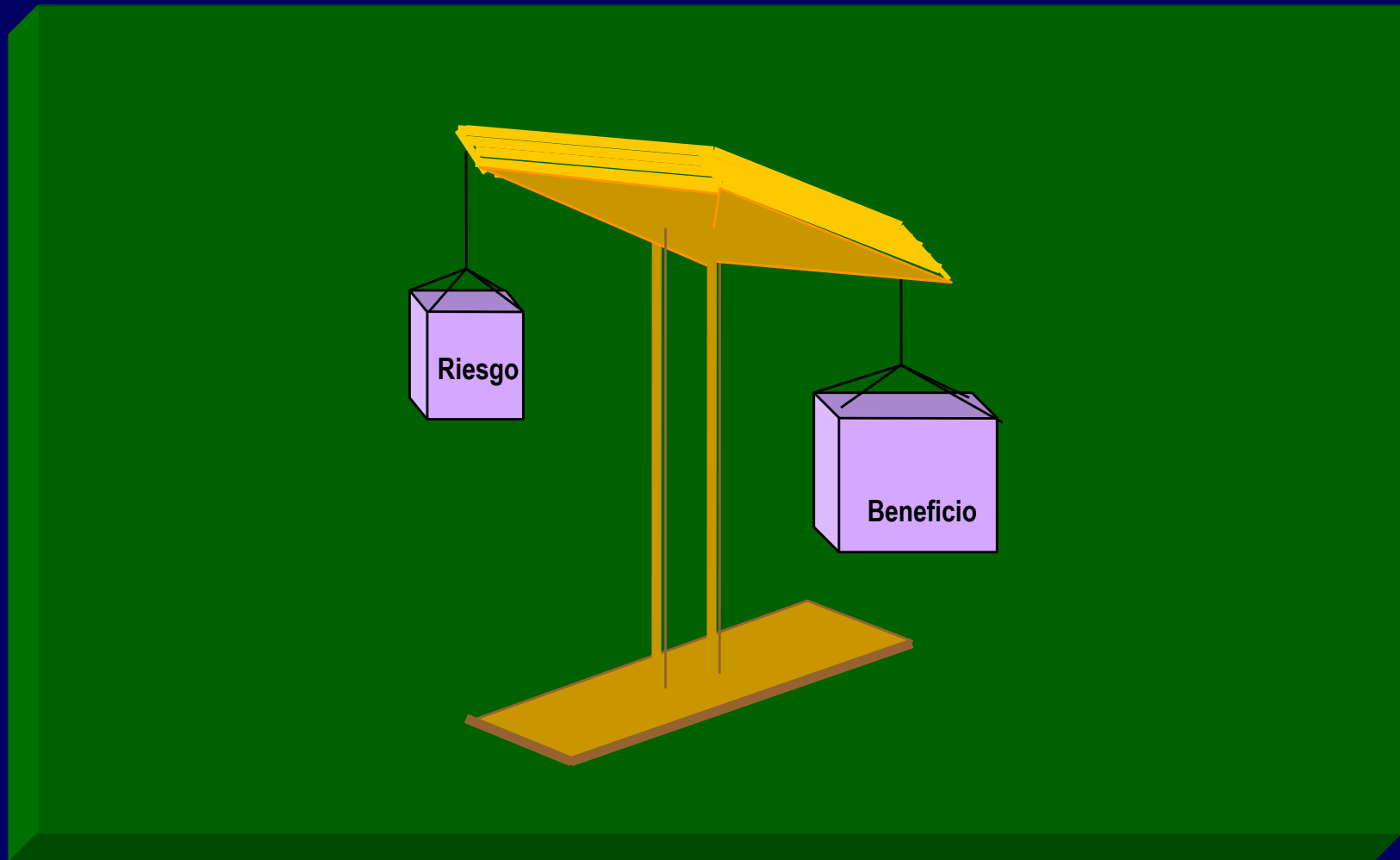
METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DE CAUSAS RAÍCES

MINISTERIO DE SALUD

ERRARE HUMANUM EST

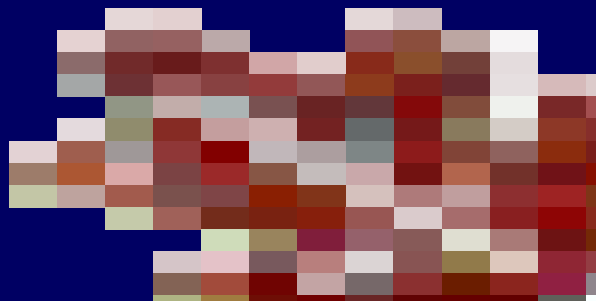


La atención médica se basa en un balance positivo de los beneficios brindados al paciente.



EL ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍCES

“THE ROOT CAUSE
ANALYSIS”



Guidelines for Investigating Chemical Process Incidents(1992).

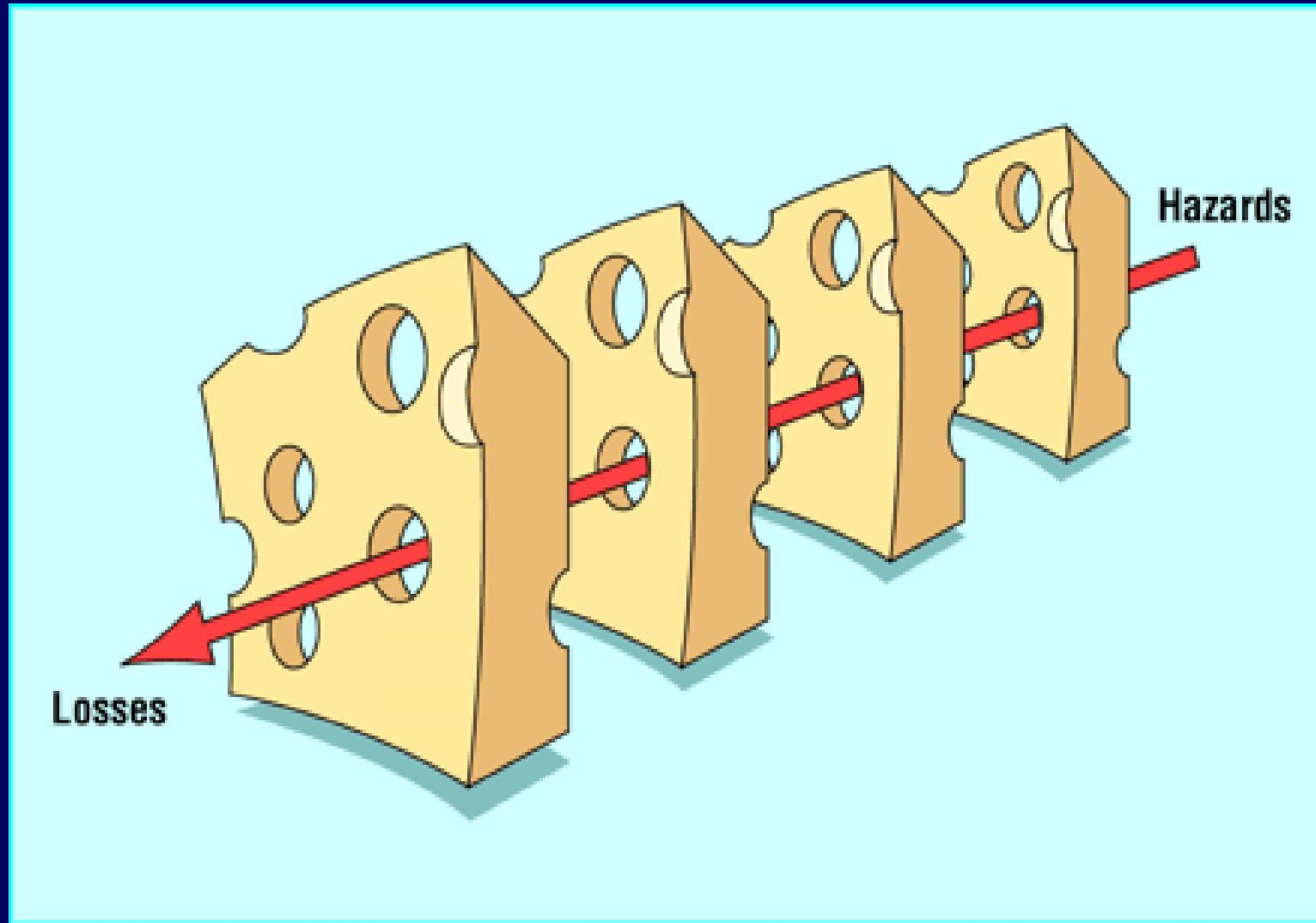
- LAS PRINCIPALES CAUSAS RAÍCES POR LAS CUALES OCURREN LOS INCIDENTES SON DEBIDAS A FALLAS EN EL GERENCIAMIENTO DEL SISTEMA

- LA CAUSA RAÍZ EL ES PUNTO MÀS TEMPRANO SOBRE EL CUAL SE ACTÚA PARA FRENAR LA OCURRENCIA DE UN EVENTO.

EL ANÁLISIS DE LA CAUSA RAÍZ. *Anderson B, Fagerhaug T (2000)*

- ES UNA INVESTIGACIÓN ESTRUCTURADA QUE AYUDA A IDENTIFICAR LA VERDADERA CAUSA DE UN PROBLEMA, Y LAS ACCIONES NECESARIAS PARA ELIMINARLAS.

Teoría del queso gruyere (Reason)



MEJORA DE LA ESTRATEGIA

- ES UN PLAN DE ACCIÓN CONSENSUADO PARA LA REDUCCIÓN DE ERRORES.

RIESGO

Standards Australia (1999)

- ES LA POSIBILIDAD DE QUE OCURRA ALGO QUE TENDRÁ UN IMPACTO SOBRE DETERMINADOS OBJETIVOS, SE MIDE EN TÉRMINOS DE CONSECUENCIAS.

QUIETITO, EH... UN
ERROR PUEDE SER
FATAL, GUTIÉRREZ

¡LÓPEZ, DOCTOR,
YO SOY LÓPEZ!



GERENCIA DE RIESGO EN SALUD.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (2000)

- SON LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS REALIZADAS PARA IDENTIFICAR, EVALUAR, Y REDUCIR EL RIESGO DE INJURIA A LOS PACIENTES, PERSONAL ASISTENCIAL, VISITANTES Y EL RIESGO DE PÉRDIDA DE LA ORGANIZACIÓN.

EL ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍCES

- ESTA ES UNA METODOLOGÍA QUE NOS PERMITE RESPONDER A LAS PREGUNTAS:
 - ¿QUÈ?
 - ¿CÓMO?
 - ¿PORQUÉ?

EL ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍCES

- ESTE ANÁLISIS AYUDA A PROFUNDIZAR EN LOS PROCESOS CONTRIBUYENDO A DESARROLLAR MAYORES HABILIDADES EN LOS PRESTADORES.

LOS PRIMEROS PASOS

1. RECOLECTAR LOS DATOS
2. MAPEAR LA INFORMACIÓN
3. IDENTIFICAR PROBLEMAS
4. ANALIZAR LOS PROBLEMAS DE ACUERDO A LOS FACTORES CONTRIBUTORIOS.
5. CONSENSUAR LAS CAUSAS RAÍCES
6. RECOMENDAR LAS MEJORAS

RECOLECCIÓN DE DATOS

- SE DEBE RECOLECTAR TODA LA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA LA INVESTIGACIÓN DEL CASO, VG GUIAS DE PRACTICA , PROTOCOLOS , EVIDENCIA DOCUMENTARIA QUE ESTUVIERON VIGENTES AL MOMENTO DEL INCIDENTE.
- TENER LA INFORMACIÓN ORDENADA Y CODIFICADA PARA FACILITAR SU USO.

MAPEAR LA INFORMACIÓN

- ESTABLECER UN CRONOGRAMA DE TODOS LOS PASOS SEGUIDOS EN EL CASO.
 - SE PUEDE UTILIZAR EL MAPA DE ANÁLISIS DE PROCESOS PARA ELLO.

IDENTIFICAR PROBLEMAS

- EN BASE A LA INFORMACIÓN OBTENIDA, CLASIFICARLA EN DOS GRANDES GRUPOS.
- LA DEBIDA A CAUSAS DEL PERSONAL ASISTENCIAL.
- LA DEBIDA A CAUSAS DEL SISTEMA.

ANALIZAR LOS PROBLEMAS DE ACUEDO A LOS FACTORES CONTRIBUTORIOS

- LAS CAUSAS RAÍCES SON LOS ASPECTOS FUNDAMENTALES QUE HAN HECHO QUE SE PRODUZCA UN EVENTO ADVERSO.
- ESTAS CAUSAS RAÍCES DEBEN SEÑALARSE CON LA FINALIDAD DE MEJORAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE MINIMIZAR LOS RIESGOS.

EL ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍCES

- PARA LA INVESTIGACIÓN DE LAS CAUSAS RAÍCES SE REQUIERE TRABAJAR EN EQUIPO.
- EL EQUIPO DEBE CONTAR CON UN FACILITADOR.
- LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SON PERSONAS AJENAS AL EVENTO A ANALIZAR

EL ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍCES

- EL FACILITADOR TIENE COMO FUNCIÓN PRINCIPAL LA COORDINACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE INVESTIGARÁ EL INCIDENTE.

EL ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍCES

- LOS MIEMBROS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO BRINDARÁN INFORMACIÓN ESPECÍFICA RELACIONADA AL INCIDENTE.

EL ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍCES

- LAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN EL INCIDENTE GENERALMENTE SON ENTREVISTADAS CON RESPECTO AL INCIDENTE.

EL ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍCES

- LOS PACIENTES Y EL PERSONAL INVOLUCRADO DEBERÁN SER INFORMADOS DE QUE SE ESTA LLEVANDO A CABO LA INVESTIGACIÓN.
- SER COMUNICADOS ACERCA DE SU PROGRESO.
- SER INFORMADOS DE LOS RESULTADOS Y DE LAS ACCIONES A TOMAR.

EL ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍCES

- LA MAYORÍA DE LOS ERRORES SON DE DOS TIPOS:
- LOS DERIVADOS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD, POR ACCIÓN U OMISIÓN DEL PERSONAL DE SALUD, LOS CUALES CONSTITUYEN FALLAS ACTIVAS.

EL ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍCES

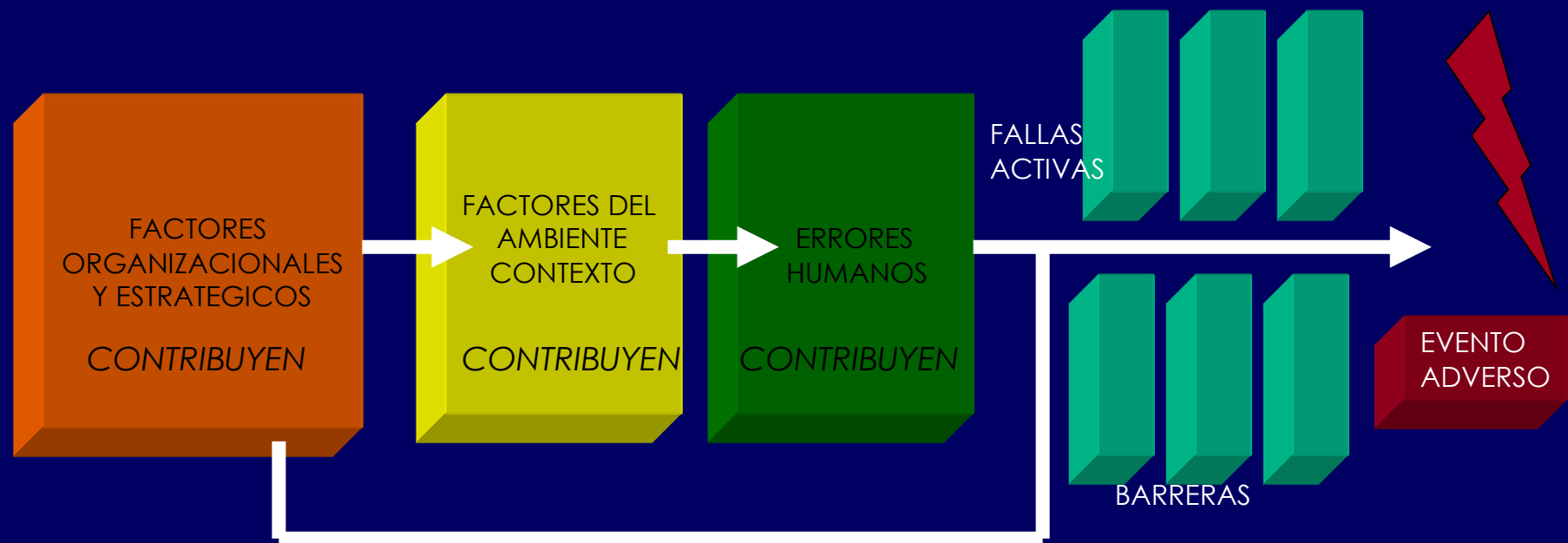
- UNA FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO TAMBIÉN PUEDE SER PRODUCIDA POR LA AUSENCIA DE SUPERVISIÓN LO QUE CONSTITUYE UNA FALLA LATENTE.
- POR EJ: FALLA EN EL MONITOREO, EN LA OBSERVACIÓN.
- TOMA DE DECISIONES INCORRECTAS.
 - NO BUSCAR AYUDA CUANDO ES NECESARIA.



EL ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍCES

- LAS FALLAS DEBIDAS AL SISTEMA, SE REFIEREN A TODAS AQUELLAS ACCIONES U OMISIONES IDENTIFICADAS EN EL ANÁLISIS QUE NO SON ATRIBUIBLES AL CUIDADO CLÍNICO, COMO FALLAS DE LOS EQUIPOS.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA GENERACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS:



EL ANÁLISIS DE LAS CAUSAS RAÍCES

- HERRAMIENTAS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:
 - TECNICA DEL GRUPO NOMINAL.
 - LLUVIA DE IDEAS (VERBAL O ESCRITA).
 - DIAGRAMA DE CAUSA EFECTO
 - TECNICA DE LAS 5W
 - ANÁLISIS DE BARRERAS.

TECNICA DEL GRUPO NOMINAL

- ESTA TÉCNICA SE HACE POR VOTACIÓN PARA POR CONSENSO SELECCIONAR LOS ASPECTOS QUE SERÁN EVALUADOS A MAYOR PROFUNDIDAD

BRAINSTORMING

- ES UNA HERRAMIENTA QUE PERMITE GENERAR IDEAS CON RESPECTO A UN TOPICO SELECCIONADO.
 - SE ESCRIBEN.
 - SE PRIORIZAN.

BRAINSTORMING

- SE USA PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES CONTRIBUTORIOS.
- IDENTIFICAR UNA LISTA DE AREAS QUE PUEDEN MEJORARSE.
 - IDENTIFICAR LAS POSIBLES CONSECUENCIAS DEL PROBLEMA QUE ESTA SIENDO ANALIZADO.

BRAINWRITING

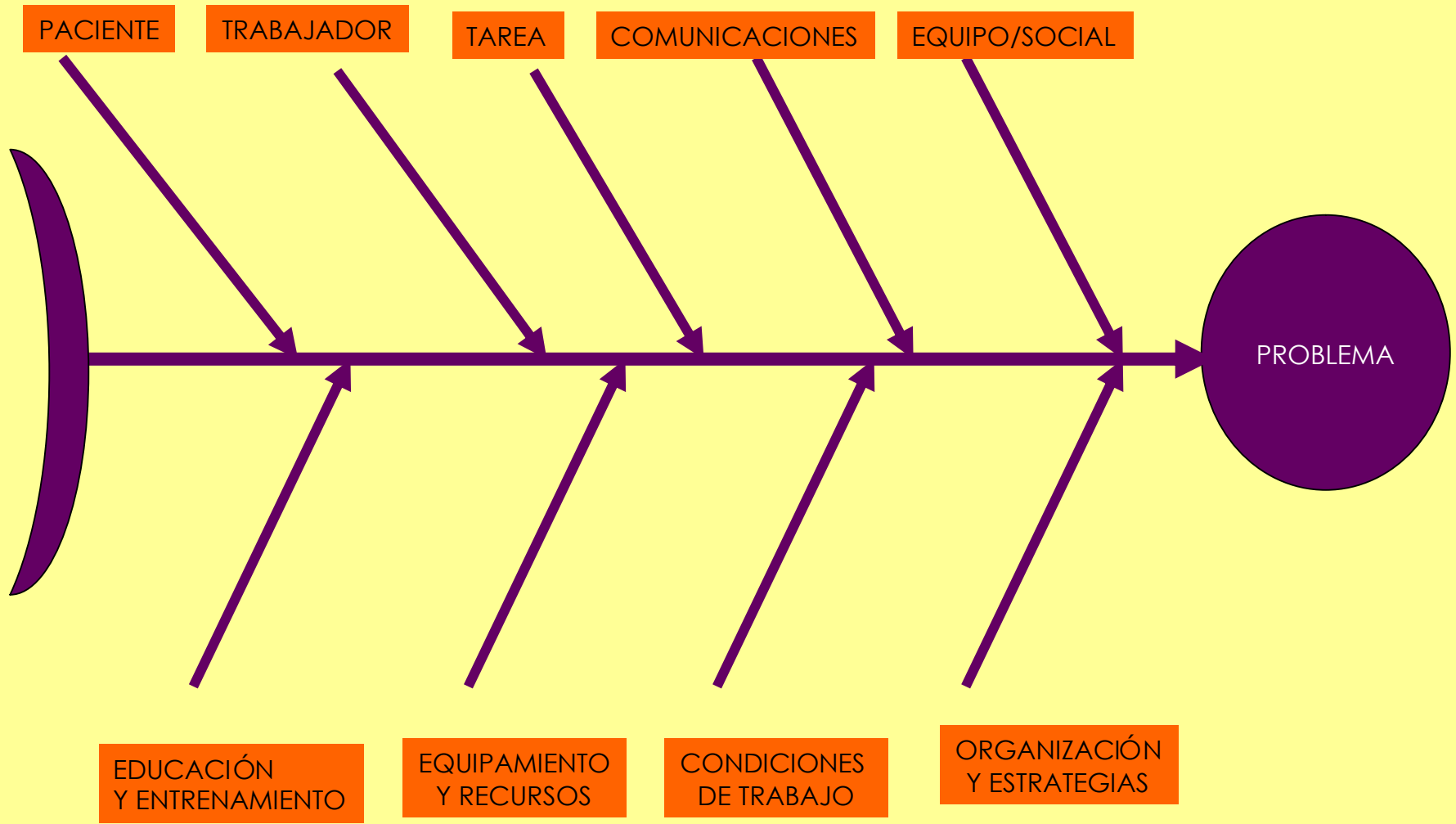
- ES LA HERRAMIENTA DE GENERACIÓN DE IDEAS, QUE EN FORMA ESCRITA FAVORECE LA CONFIDENCIALIDAD CUANDO EL CASO LO REQUIERE. LUEGO EL FACILITADOR RECOLECTA LA INFORMACION Y LA ORGANIZA POR AFINIDAD.

BRAINWRITING

- SE USA CUANDO EL CASO REQUIERE ANONIMATO.
- CUANDO EXISTEN PERSONAS DOMINANTES EN EL EQUIPO.
- CUANDO SE ESPERAN IDEAS COMPLEJAS.

LA ESPINA DE PESCADO

- ES UNA FORMA POPULAR DE REPRESENTAR A LOS FACTORES CONTRIBUTORIOS AL PROBLEMA.
- *LA CABEZA DEL PESCADO CONTIENE EL PROBLEMA O EFECTO ESTUDIADO.*
- LAS ESPINAS MUESTRAN LOS FACTORES O CATEGORÍAS.
 - *ESTA HERRAMIENTA SE USA PARA ANALIZAR UNA PARTE ESPECÍFICA DEL PROBLEMA*



LOS 5 PORQUÉS?????

- PLANTEA UNA ACTITUD CUESTIONADORA, NO ACEPTANDO TAN SOLO LA PRIMERA RESPUESTA DADA.

LOS 5 ¿¿¿PORQUÉS????

1. DEFINIR EL PROBLEMA.

2. CUESTIONAR CADA CAUSA IDENTIFICADA PREGUNTANDOSE PORQUÉ?, PORQUÉ?, PORQUÉ?..... CINCO VECES POR LO MENOS.....HASTA QUE TODOS LOS PARTICIPANTES CONCUERDEN EN QUE HAN LLEGADO A LA CAUSA RAÍZ.

BARRERAS DEFENSAS Y CONTROLES

- UNA MEDIDA DE CONTROL SE DESARROLLA PARA PREVENIR EL DAÑO A PERSONAS, ORGANIZACIONES U OBJETOS.
- ESTAS PUEDEN SER FÍSICAS, HUMANAS, ADMINISTRATIVAS O NATURALES.

ANÁLISIS DE BARRERAS

- ES UNA REVISIÓN DE TODAS LAS BARRERAS QUE DEBIERON HABER FRENADO EL PROBLEMA O MITIGADO SU IMPACTO.

ANÁLISIS DE BARRERAS

- SE PROCEDE A IDENTIFICAR CADA BARRERA.
- SE EVALÚA SI CADA UNA FUE EXITOSA O NO.
- Y SI FALLÓ DETERMINAR SI FUE UN FACTOR CAUSAL O UN FACTOR RESULTANTE.

PARA EL ANÁLISIS DE BARRERAS PROCEDER ASÍ:

1. IDENTIFICAR EL TEMA A SER ANALIZADO.
2. LISTAR TODAS LAS BARRERAS EXISTENTES PARA PREVENIR QUE SE PRODUZCA LA FALLA.
3. ANALIZAR LAS CIRCUNSTANCIAS DEL INCIDENTE Y EVALUAR EL DESEMPEÑO DE CADA BARRERA DURANTE LA OCURRENCIA DE DICHO INCIDENTE.

PARA EL ANÁLISIS DE BARRERAS PROCEDER ASÍ:

4. EN LAS BARRERAS CONSIDERADAS COMO FALLIDAS, PREGUNTARSE ¿PORQUÉ FALLARON?
5. VERIFICAR LOS HALLAZGOS E IDENTIFICAR LAS MEJORAS Y RECOMENDACIONES.

- EJEMPLO:

ADMINISTRACIÓN DE UN
MEDICAMENTO CONTROLADO A UN
PACIENTE.

CONSENSUAR LAS CAUSAS - RAÍCES

- EL EQUIPO DEBE SELECCIONAR POR CONSENSO LAS CAUSAS RAÍCES

RECOMENDAR LAS MEJORAS

- LAS RECOMENDACIONES SE DERIVAN DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA, SELECCIONANDOLAS EN BASE A CRITERIOS DE MEJORA, DE COSTO BENEFICIO Y DE RIESGO.

