Seguridad del Paciente y Mejora de Calidad 101

GLOBAL HEALTH CONFERENCE

NOVIEMBRE 2020

Objetivos

- Comprender por qué la seguridad del paciente y la mejora de calidad son fundamentales para la atención médica de hoy en día
- Conocer el significado del vocabulario básico de la seguridad del paciente y la mejora de calidad
- Comprender la metodología básica de la seguridad del paciente y la mejora de calidad

Enfoque tradicional de la seguridad del paciente y la mejora de calidad

"Curar algunas veces

Aliviar a menudo

Educar sin cesar

Consolar siempre"

Objetivo de atención médica para la mayoría de los pacientes

- En palabras del paciente: “Me dan la ayuda que necesito, cuando la necesito y cuando la quiero”

- Así, el sistema ideal de atención médica del siglo XXI evalúa la atención a través de los ojos del paciente

¿Por qué molestarnos con la seguridad del paciente y la calidad?

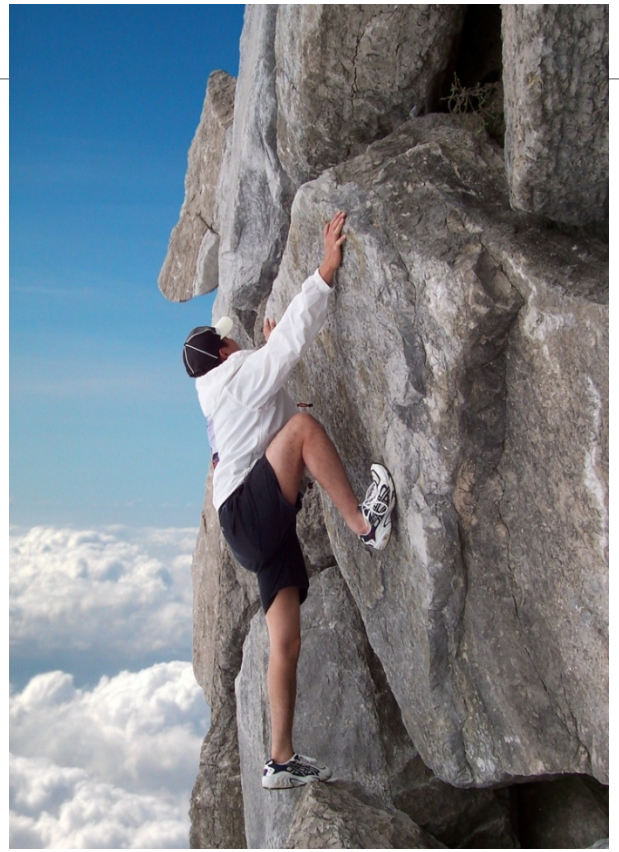
- ¿Usted tiene la responsabilidad ética de brindar buena atención al paciente de manera consistente?

¿Su comunidad es mejor porque el centro de atención está presente allí?

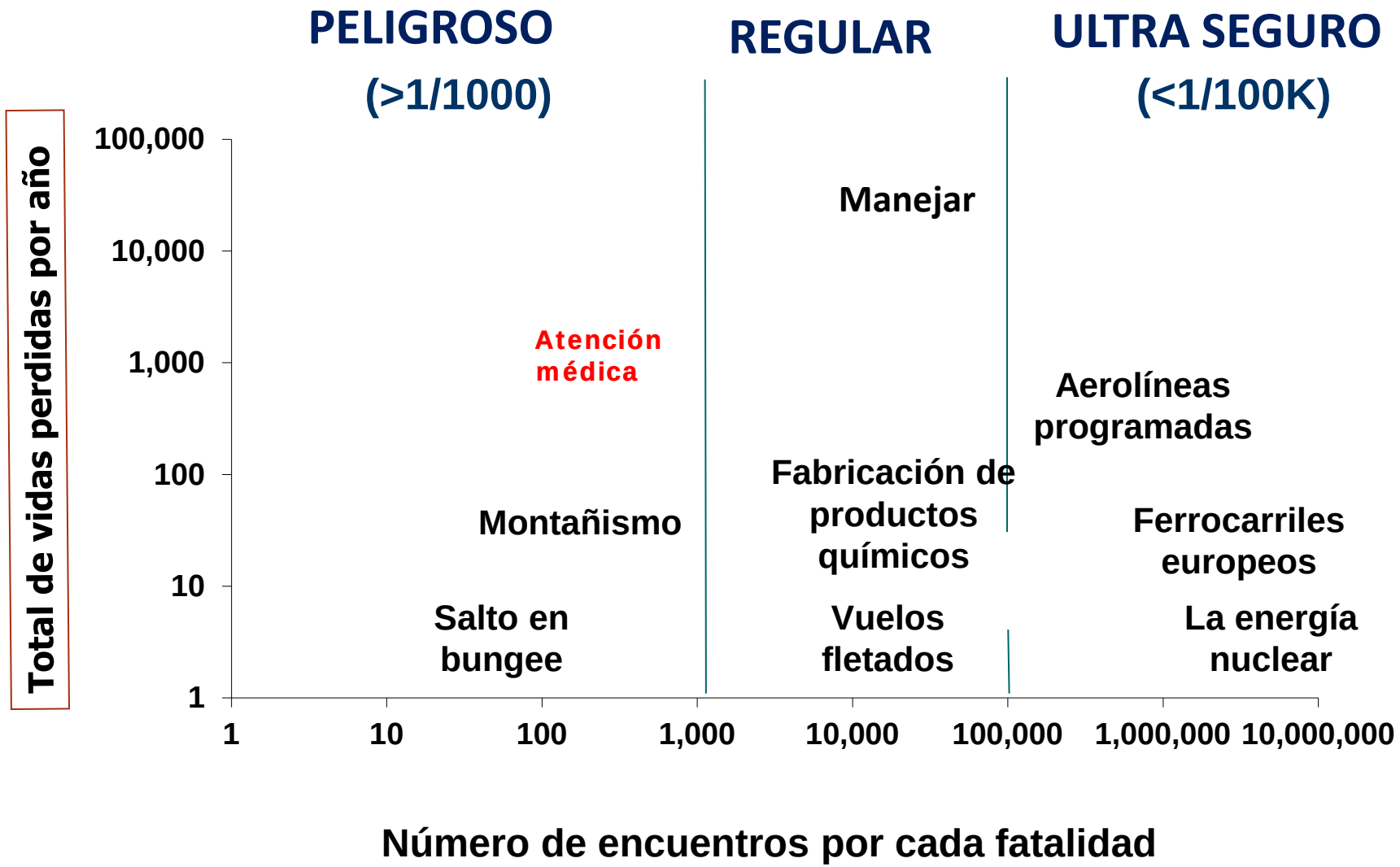
Preguntas por hacernos al evaluar los resultados de la atención médica: Medicina basada en evidencia

1. ¿Qué porción de sus pacientes está recibiendo atención de acuerdo con las mejores prácticas (medicina basada en la evidencia)?
2. ¿La atención médica que usted presta necesita cambiar para reflejar las mejores prácticas (medicina basada en la evidencia)?
3. ¿Sus profesionales y gerentes de atención médica tienen las habilidades y el apoyo requeridos para hacer esos cambios necesarios?

¿Qué es lo más peligroso?



¿Qué tan peligrosa puede ser la atención médica?



Seguridad del paciente

- La atención médica tiene dos premisas morales/éticas implícitas para los pacientes que nos confían su cuidado, nosotros prometemos:
  - Hacer todo lo posible por ayudarles
  - No lastimarlos

Seguridad del paciente

- La seguridad del paciente consiste en la prevención de errores médicos y eventos adversos
- Integrar la seguridad del paciente en la práctica es un proceso muy complejo, en tanto que interactúa tanto con la práctica clínica como con el "sistema" institucional
- Los sistemas de atención médica deben construirse sobre una "Cultura de la Seguridad"
  - Un sistema diseñado para prevenir errores y, al mismo tiempo, empoderar a los miembros individuales del personal para fomentar la seguridad y reconocer los errores que ocurran y responder a ellos

Seguridad del paciente

- Para las instituciones, un índice de éxito de 80-90% es algo “grandioso”
- Pero desde el punto de vista del paciente es inaceptable
  - Para cada uno de los pacientes, la confiabilidad es una cuestión de “todo o nada”
    - La seguridad significa calidad para un n de 1

- La seguridad óptima del paciente requiere un marco de trabajo para mejorar la confiabilidad: es esencial contar con protocolos estandarizados para la atención que se basen en la evidencia y sobre los que exista un amplio consenso

Variación actual en la práctica

- Estudio del Contenido de la Atención para Adultos entre 1996 y 1998:
- Solo el 55% de los pacientes recibió la atención “recomendada” (439 medidas de proceso de atención)
- Podrían salvarse hasta 10,000 vidas al año que pueden rescatarse de la neumonía

- La “brecha” entre lo que sabemos que funciona y lo que realmente se hace es tan grande que requiere de nuestra atención

McGlynn, Asch, Adams, Keesey, Hicks, De Christofaro y Kerr NEJM 348;(26) 2635-2645, 26 de junio de 2003

Seguridad del paciente: Pensamiento centrado en sistemas

- Ningún sistema será jamás capaz de “eliminar todos los errores”
- Un principio clave: todos los programas de seguridad del paciente que se enfoquen exclusivamente en eliminar errores van a fallar
- Somos humanos. Jamás eliminaremos todos los errores. La meta verdadera es prevenir el daño a los pacientes
- ¿Cómo? Adoptando un enfoque de sistemas a la solución de problemas

Errores médicos

- Definición del Instituto de Medicina (IOM)

  "La falla de una acción planeada por completarse como se había planeado o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (incluidos problemas en la práctica, los productos, los procedimientos o el sistema)"

- "Un proceso que no avanza de la manera en la que fue planeado por sus diseñadores/gerentes"

- Una definición más práctica:

  "Ausencia de lesiones accidentales debidas a la atención médica"

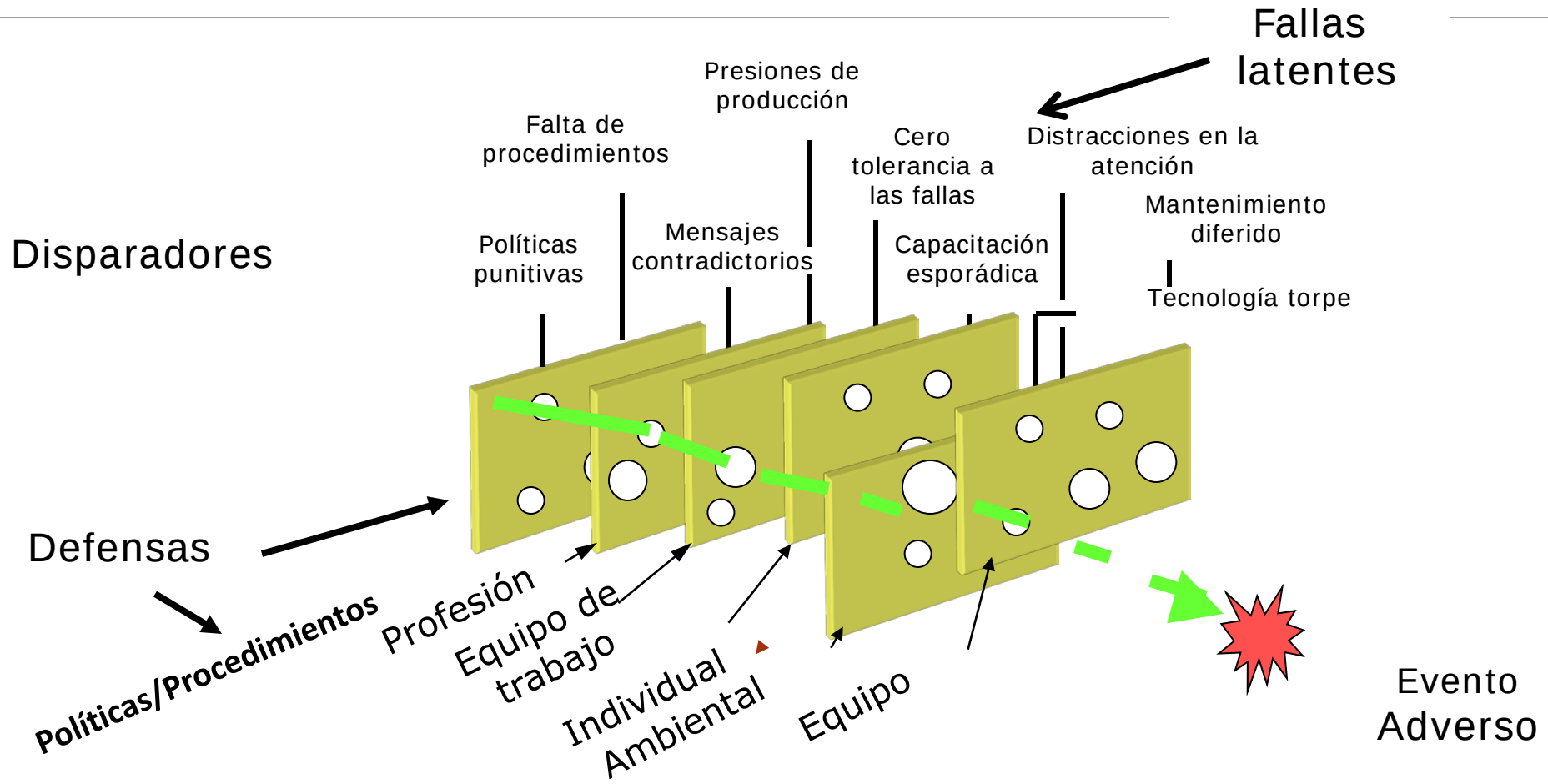
Errores en la seguridad del paciente

- Los daños que pueden evitarse constituyen la tercera causa principal de muerte

- La medicina desperdicia entre el 30 y el 40% del dinero que se gasta en atención médica

- Se dejan instrumentos quirúrgicos dentro de los pacientes, las sobredosis atiborran a los pacientes con anticoagulantes, se opera en el lado equivocado del cuerpo, se brinda la terapia adecuada (a todos ellos) solo el 55% de las veces y eso mata a unas 100 mil personas al año
  - Cerca del 17% de los pacientes hospitalizados sufren un error de diagnóstico y alrededor del 7% sufren un error médico

El Modelo de *Queso Suizo* (Reason, 1991)



Evento centinela

Una ocurrencia inesperada que implica la muerte o lesión física o psicológica grave o el riesgo de las mismas

Lesión grave incluye la pérdida de miembros o funciones. “o el riesgo de las mismas” incluye cualquier variación en el proceso para el que una ocurrencia implicaría una oportunidad importante de un resultado adverso serio

“Casi accidentes”

- "Los casi accidentes son un gran iceberg debajo de la superficie en el que van a ocurrir todos los errores futuros.”
- A los casi accidentes se les da el mismo nivel de escrutinio que a los eventos adversos que dan como resultado un daño real
  - Son de 3 a 300 veces más comunes que los eventos adversos reales
- La disposición y la manera (los medios) de informar sobre los problemas son esenciales para una atención segura, ya que *usted no puede arreglar lo que no conoce*
- Igualmente importante, si no es que de mayor importancia, es evaluar un casi accidente que evaluar un percance que haya dado como resultado daño para el paciente

Respuesta normal a un error médico

- Ir a los miembros del personal involucrados (el extremo afilado del cincel)
  - El médico o los residentes
  - La enfermera
- Sin embargo, esto es contrario al concepto de Cultura de Seguridad o “Cultura Justa”):
  - No se culpa automáticamente al cuidador
  - En lugar de ello, se hace una investigación exhaustiva del evento
  - Análisis de la causa raíz
    - El análisis de la causa raíz es el proceso que busca explorar todos los factores posibles asociados con el evento, preguntando qué paso, por qué pasó y qué puede hacerse para evitar que ocurra de nuevo

Cultura justa

Una atmósfera de **confianza** en la que se alienta a las personas (y hasta se les recompensa) por brindar información esencial relacionada con la seguridad. Los individuos confían en que no se les hará responsables por fallas del sistema; pero también tienen claro dónde debe trazarse la línea entre una conducta aceptable y una inaceptable

Características del sistema que fomentan una cultura de seguridad para el paciente

- Cambio de cultura: ¿es Seguro informar de eventos adversos?
- Sencillo: informe de una página (o menos)
- Compartir la retroalimentación: en un sistema Eficaz, los expertos analizan los eventos adversos y todos comparten la retroalimentación

Gurús de la seguridad del paciente y la mejora de calidad

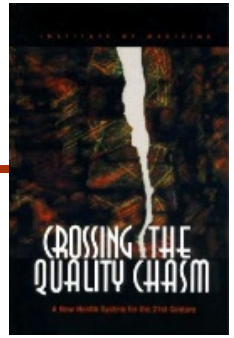
- Walter Shewhart: primero en describir el ciclo PDSA y el control estadístico
- W. Edwards Deming: enfoque en la mejora de los procesos, la responsabilidad final de la calidad recae en la dirección
  - Causas especiales de variación: variación innecesaria relacionada con causas específicas: el equipo, las personas
  - Causas comunes de variación: aquellas relacionadas con aspectos del sistema como diseño, capacitación, maquinaria o condiciones laborales
- Joseph Juran: La mejora de la calidad es un proceso interminable, las metas de calidad deben ser específicas
- Ishikawa/Taguchi: técnicas estadísticas/herramientas de calidad
- Paul Betalden, Donald Berwick, Lucien Leape y Brent James

El catalizador

"Errar es humano" 1999

~ 98,000 muertes prevenibles

Esto es el ***"qué"***



"Crossing the Quality Chasm" 2001

La calidad como cuestión de ***sistemas***

Esto es el ***"cómo"***

Los seis objetivos de la mejora	
Seguro	Efectivo
Centrado en los pacientes	Oportuno
Eficaz	Equitativo

Metas de seguridad del paciente

1. Mejorar la precisión de la identificación del paciente
   a. Dos identificadores del paciente
   b. “Proceso de tiempo fuera”: Antes de iniciar cualquier procedimiento invasivo realizar un proceso de verificación final para confirmar que todos los miembros del equipo comprendan:
      1. Que tengan al paciente correcto
      2. Que estén realizando el procedimiento correcto
      3. En el sitio correcto
      4. Con la disponibilidad de los datos auxiliares correspondientes
      5. El “tiempo fuera” se documenta

WATCHDOG GROUP PROMOTES STRATEGY TO END MEDICAL ERRORS
YOU'LL BE HAPPY TO KNOW WE HAVE NEW PROCEDURES THAT'LL PREVENT MISTAKES, MRS. BROWN.
MY NAME'S SMITH!
BY STAYSKAL FOR THE TAMPA TRIBUNE

Metas de seguridad del paciente

2. Mejorar la eficacia de la comunicación entre los cuidadores:
   - Las órdenes verbales y por vía telefónica o los resultados de pruebas críticas requieren una verificación de “repita lo que dije”
   - Nunca documente con abreviaturas, siglas o símbolos no aprobados (lista “No usar”)
   - La generación de informes y la recepción de los resultados y valores de pruebas críticas debe ser oportuna (<60 minutos)
   - Estandarizar la entrega de comunicaciones, incluyendo tiempo para preguntas y respuestas (como SBAR)

Comunicación: SBAR

- Situación:
  - "Llamo sobre la Sra. Smith; estoy preocupada por sus signos vitales"
- Antecedentes (Background):
  - Ingresó hace 2 días con trauma torácico y abdominal"
- Evaluación (Assessment):
  - "Tiene hipotensión y taquicardia, creo que va a entrar en shock"
- Recomendación:
  - "Necesito que venga a verla AHORA. Está usted disponible?"

Metas de seguridad del paciente

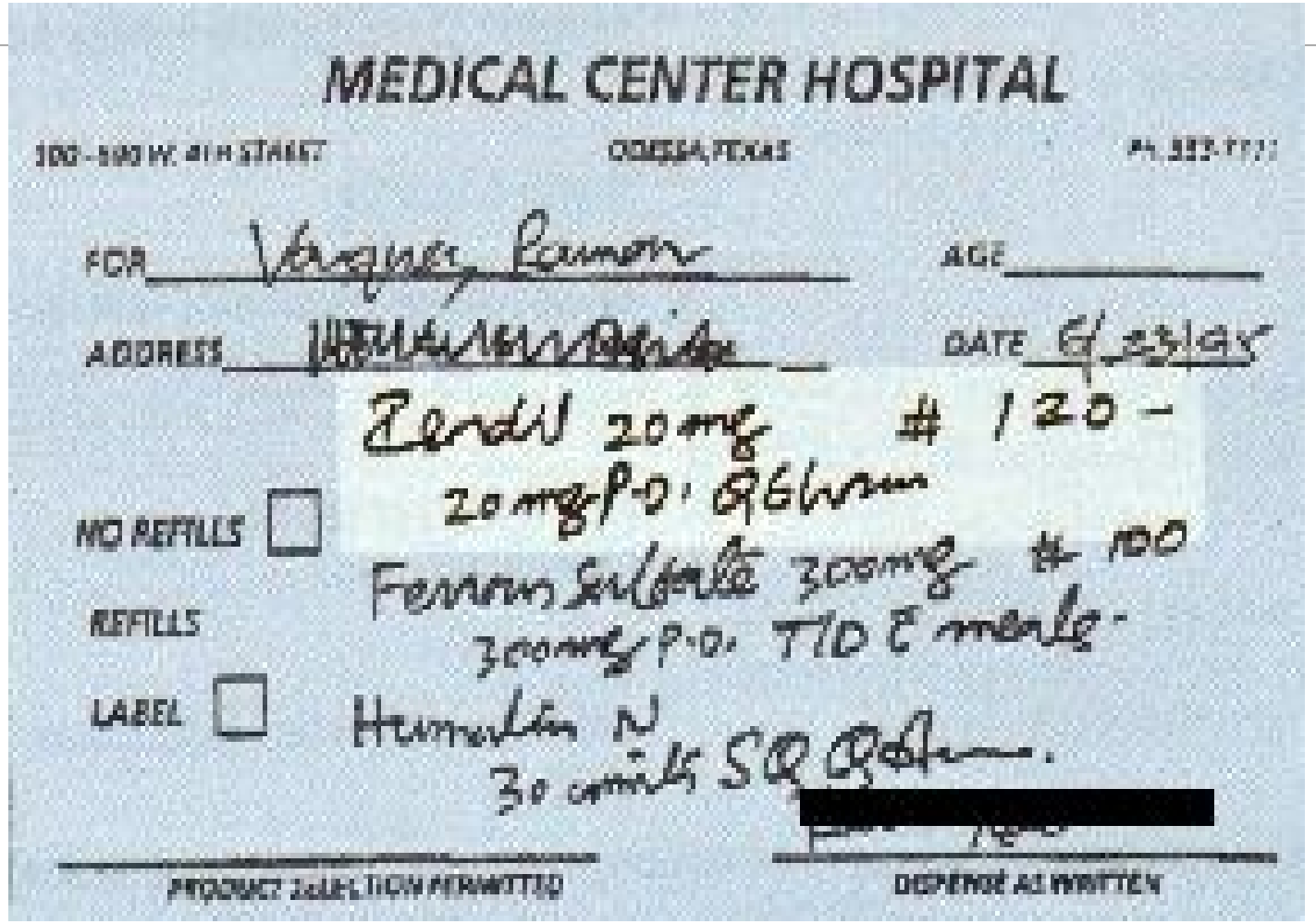
3. Mejorar la seguridad de la medicación:
   - Las concentraciones de los medicamentos tienen una lista estandarizada que limita la cantidad que puede administrarse
   - Se toman medidas para evitar errores de medicación por apariencia o nombre similares
   - Etiquetar todos los medicamentos y soluciones que se usen en el quirófano y las áreas de procedimientos
4. Reducir el riesgo de infecciones hospitalarias
   - Cumplir con los lineamientos de higiene de las manos: lavarse las manos por lo menos durante 15 segundos antes y después de prestar atención o usar gel para manos con base de alcohol
   - Manejar todos los fallecimientos no anticipados o la pérdida permanente importante de funciones relacionada con infecciones hospitalarias como eventos centinela

Órdenes de medicación por escrito Caligrafía ilegible

- El 16% de los médicos tienen caligrafía ilegible.[1]
- Causa común de errores de prescripción.[2, 3, 4]
- Demoras en la administración de los medicamentos.[5]
- Interrumpe el flujo de trabajo. [5]
- Demandas prevalentes y costosas en casos de negligencia médica.[3]

1. Anónimo. *JAMA* 1979; 242: 2429-30; 2. Brodell RT. *Arch Fam Med* 1997; 6: 296-8;
3. Cabral JDT. *JAMA* 1997; 278: 1116-7; 4. ASHP. *Am J Hosp Pharm* 1993; 50: 305-14;
5. Cohen MR. *Medication Errors. Causes, Prevention, and Risk Management;* 8.1-8.23.

¿Puede leer esto?



Errores de medicación

FALLAS DE PRESCRIPCIÓN:	ERRORES DE PRESCRIPCIÓN:
• Prescripción inapropiada • Prescripción insuficiente • Prescripción excesiva	• Error en la dosis del medicamento • Vía de administración • Frecuencia de uso • Duración de la terapia

Errores de duplicación

Prescribir medicamentos que interactúan entre sí

Administración al paciente equivocado

Lista de verificación quirúrgica

- Un esfuerzo de la OMS en 2007 para reducir el número de fallecimientos quirúrgicos
- Objetivo: reforzar las prácticas de seguridad aceptadas y fomentar una mejor comunicación y un mejor trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas
- Una herramienta para médicos para mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir la morbilidad y la mortalidad innecesarias

Errores de seguridad del paciente –
Infecciones hospitalarias

- Lista de verificación CLABSI: en SICU (Johns hopkins) — dio como resultado una reducción del 70% en CLABSI en las 100 unidades de terapia intensiva de Michigan:
  - Pero la lista de verificación es solo un aspecto
  - La cultura y la conducta cambian con medidas estrictas

- 9 daños prevenibles: eventos adversos de los medicamentos, CAUTI, CLABSI, lesiones por caídas, úlceras de presión, tromboelismo venoso, embolia aérea venosa, eventos obstétricos adversos

Pensamiento en sistemas

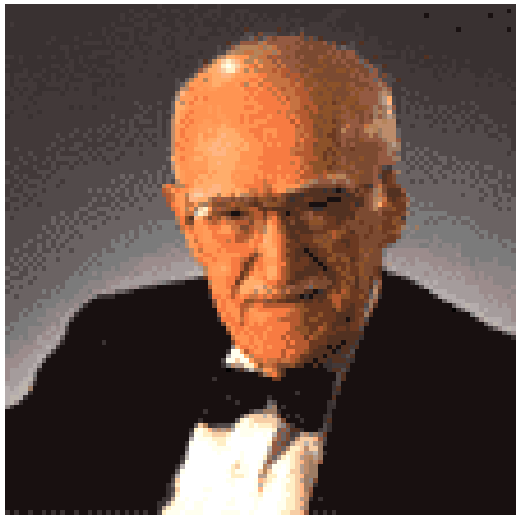
- El pensamiento en sistemas no es sencillo
- No es un acto natural: vemos las partes pero no el todo
- Pero para dominar el arte de la mejora (del sistema) de calidad debemos tener una comprensión profunda y fundamental de cómo las partes se conectan en todo nuestro complejo sistema de atención médica
- “Debemos aceptar el error humano como inevitable y diseñar sobre ese hecho.” - Dr. Don Berwick
- “La búsqueda de índices de cero errores está condenada al fracaso desde el principio.”

Pensamiento en sistemas

"Administrar un hospital no es neurocirugía...

¡es más difícil!"

Conducta de los sistemas



Joseph Juran

80%

Mal desempeño Debido al **Diseño** del **sistema**

20%

Mal desempeño debido a los esfuerzos de las **personas** en el **sistema**

Pensamiento en sistemas

“Las organizaciones de atención médica son las más complejas de administrar.”

Peter Drucker

Mejora de la Calidad (QI, por sus siglas en inglés)

- La calidad es “la medida en la que el personal clínico o la organización satisfacen o superan las necesidades y expectativas de los pacientes.”

- La QI implica la *implementación sistemática y continua de cambios que mejoran la atención al paciente de manera mensurable*
  - La QI consiste en la comprensión de que es más fácil mejorar lo que puede medirse, así, la QI implica el monitoreo y la evaluación

Mejora continua de la calidad (CQI, por sus siglas en inglés)

- La CQI es una filosofía de administración ("es trabajo de la dirección optimizar el sistema", Deming) y un método de administración:
  - Se basa rigurosamente en la toma de decisiones basada en hechos
  - Se basa en sistemas
  - Implica a equipos de trabajo basados en las unidades
  - Enfatiza la continuación del análisis y el mejoramiento del sistema
  - Es aprendizaje para la organización
  - Emplea Herramientas de Calidad
  - Se basa en un Consejo de Calidad de toda la instalación
  - Se basa en el compromiso de la alta dirección de hacer que los procesos sean eficaces
  - Emplea el análisis estadístico
  - Usa parámetros apropiados (comparación de pares)

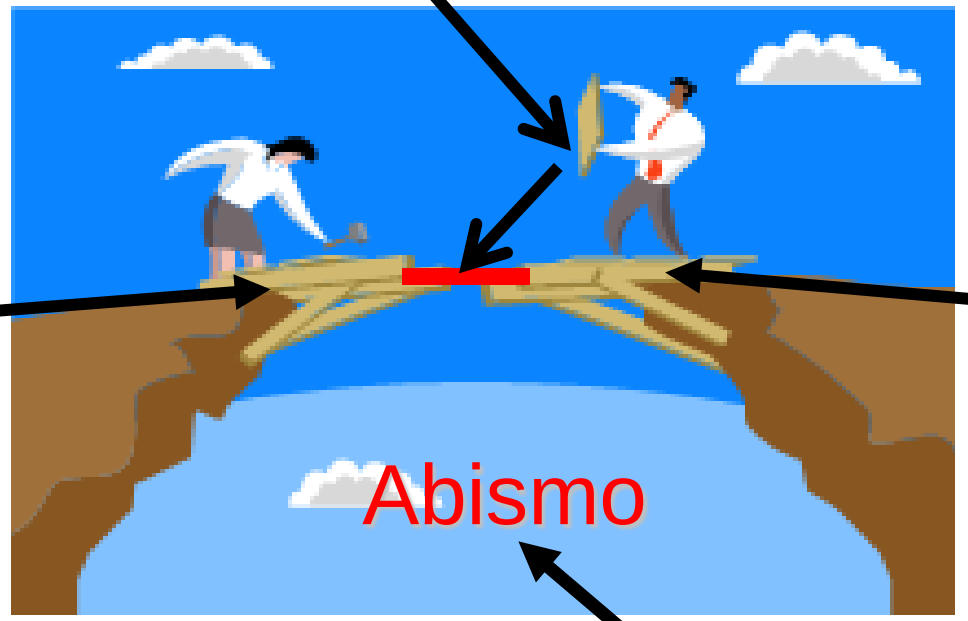
Los 6 dominios fundamentales de la calidad

IOM

1. ***Seguridad***: tan seguro en la atención de la salud como en nuestro propio hogar
2. ***Eficacia***: hacer coincidir la atención y la ciencia; solo el cuidado "apropiado": evitar el uso excesivo de cuidado ineficaz y el uso insuficiente de cuidado eficaz
3. ***Enfoque en el paciente (la persona)***: honrar al individuo y respetar sus decisiones
4. ***Oportunidad***: menor espera, tanto para pacientes como para quienes prestan la atención
5. ***Eficiencia***: reducir el desperdicio: "Mejorar mi trabajo es mi trabajo"
6. ***Equidad***: cerrar las brechas en la condición de salud entre distintos grupos

“Cruzando el abismo de la calidad”

Nuestra tarea: "Mejoramiento de la calidad"



Dónde creemos que estamos

Meta: Medicina basada en la evidencia

Dónde estamos efectivamente

"No brincas el abismo en dos pasos"

Forma clásica de definir una calidad deteriorada

- **Uso excesivo** (de procedimientos que no pueden ayudar) [Hasta 15% de las acciones]
- **Uso insuficiente** (de procedimientos que pueden ayudar) [Hasta 50% de las acciones]
- **Mal uso** (errores de ejecución)

"Ciencia de la mejora (de la calidad)"

- Básicamente, el método científico:
  - Medir el proceso actual (condición de base)
  - Analizar los pasos del proceso (mapeo del proceso)
  - Crear una "hipótesis" (cambiar parte del proceso)
  - Experimentos que cambian el proceso (Mejoras de Ciclo Rápido [RCI, por sus siglas en inglés]: Ciclo PDSA)
  - Medir los nuevos resultados (QI y seguridad del paciente)
  - Análisis: aceptar (incorporar en sus procesos) o rechazar el cambio estudiado

La “Primera Ley de la Mejora de la Calidad” [Paso #1]

- “Todo sistema está diseñado perfectamente para obtener los resultados que produce.” Dr. Paul Betalden

- Esto crea un nuevo marco para el desempeño, de una cuestión de esfuerzo a una cuestión de *diseño del sistema (cambiar con respecto a la forma existente)*...

¡Si desea mejorar los resultados necesita cambiar el sistema!

“Segunda Ley de la Mejora de la Calidad”: Transparencia

- Ser abierto y honesto sobre las pruebas "fallidas":
  - A menudo, estas son las RCI más valiosas
  - Es natural que los seres humanos (trabajadores de atención a la salud) deseen olvidar los experimentos que no funcionan

- Pero todos los científicos saben que aprender del fracaso es tan importante como aprender del éxito

“Tercera Ley de la Mejora de la Calidad”: Actitud

- Aprender algo nuevo es señal de **humildad**. Necesitamos hacer a un lado nuestra condición de "expertos" y convertirnos en alumnos: discípulos, abiertos, capaces de aprender, obedientes

- No nos gusta sentirnos estúpidos; preferimos ser el Maestro, el que tiene todas las respuestas, pero primero debemos adoptar la humildad que requiere ser discípulo

- Disposición para **fracasar**

“Cuarta Ley de la Mejora de la Calidad”: Agilidad

¿Cómo implemento esta nueva información de *The Lancet* del jueves en la nueva práctica del próximo jueves?

“Qué puedo hacer para el siguiente jueves?”

La “Quinta Ley de la Mejora de la Calidad” se “basa en el equipo de trabajo”

El personal necesita una cultura que reconozca que la mejor atención proviene de personas que trabajan en equipo, no como "llaneros solitarios" con la responsabilidad exclusiva del éxito o el fracaso de sus acciones

- **J** untos,
- **T** odos
- **L** ogramos
- **M** ás

“Los doctores aún se perciben

como el centro del universo de la atención a la salud. La atención a la salud

es un deporte de equipo y no trabajamos de manera óptima en equipo."

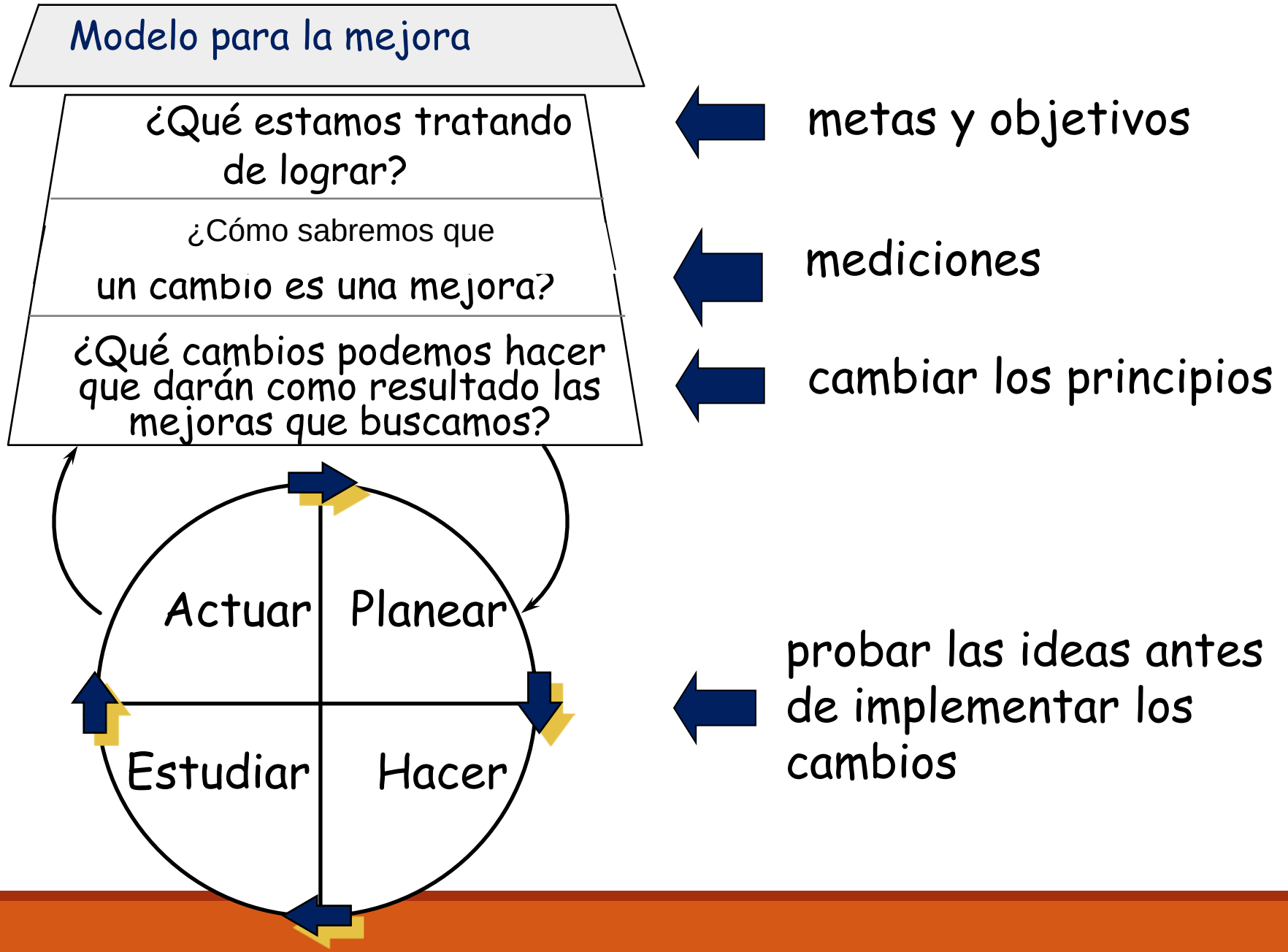
Estatutos del equipo

Nombre del proyecto:		
Fecha de los estatutos	Fecha de inicio:	Fecha de terminación planeada:
Equipo del proyecto	Teléfono	Puesto
Complete el nombre de los miembros del equipo y su información de contacto		
Responsable del proceso	Teléfono	Puesto

Declaración del problema
• Describir el problema, la oportunidad o el objetivo en términos concisos y mensurables. • Incluir un resumen del problema y su impacto (también conocido como PAIN).
Declaración del objetivo
• Describir el objetivo de mejora del equipo • Empezar con la palabras "reducir, eliminar, controlar" • Debe ser 'SMART': específico, mensurable, alcanzable, relevante, de duración limitada
Alcance del proyecto
• ¿Dónde empieza el proceso que se investiga? • ¿Dónde se detiene este proceso? • ¿Qué incluye el alcance del proyecto? • ¿Qué excluye el alcance del proyecto?
Resultados
• ¿Qué resultado(s) final(es) se espera alcanzar con este proyecto? • ¿Cómo sabrá que los cambios han derivado en mejoras?

Métodos de Mejora de la Calidad [Medicina basa en evidencia para organizaciones de atención médica]

1. Betalden e IHI – Modelo de mejora [Mejora de Ciclo Rápido]
2. Pensamiento magro
3. Teoría de las restricciones
4. Teoría de las colas
5. Six Sigma
6. ISO 9001
7. Criterios de Baldrige para la excelencia en el desempeño


Modelo para la mejora
¿Qué estamos tratando de lograr?
¿Cómo sabremos que un cambio es una mejora?
¿Qué cambios podemos hacer que darán como resultado las mejoras que buscamos?
Actuar
Planear
Estudiar
Hacer
metas y objetivos
mediciones
cambiar los principios
probar las ideas antes de implementar los cambios

OBJETIVO

Habilidad #1

- Usar las siglas “SMART” (para ayudar a elegir un “objetivo” adecuado)
  - **E**specífico (**S**pecific)
  - **M**ensurable (**M**easurable)
  - **A**lcanzable (**A**ttainable)
  - **C**onfiable (**R**eliable)
  - **O**portuno (**T**imely)
- Los objetivos deben ser ambiciosos: ampliar las metas
  - Hacen obvio que el sistema actual es inadecuado: se requiere uno nuevo

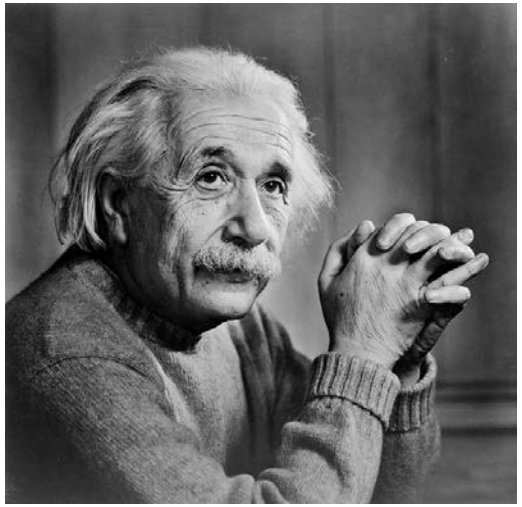
Ejemplos de declaraciones sólidas de objetivos

- Mejora para los pacientes hospitalizados, reduciendo los días continuos de internamiento del paciente en 10% para fines del año natural 2021
- Para enero de 2021, el número de pacientes transferidos de urgencias a la unidad de atención < 1 hora desde la decisión de admisión se reducirá en 40%
- Reducir el porcentaje de estancias en observación a estancias en admisión del 48.5% en el año fiscal 2020 al 30% o menos para fines del año natural 2021
- Reducir la duración promedio de las estancias, de 5.48 a 5.00 para el 1 de enero de 2021

Medición [Habilidad 2]

- No “se puede arreglar algo que no puedes medir”
- Recuerde: La medición no es el objetivo; el objetivo es la mejora
- Solo necesita los datos suficientes para saber si los cambios que implementa están llevando a una mejora
  - No espere un gran “Plan Maestro”
  - Sea ágil: “¿Qué puedo hacer para el siguiente jueves?”
  - Dé seguimiento y establezca la tendencia de sus datos con el paso del tiempo (crear gráfica)

Einstein sobre la recopilación de datos



“No todo lo que cuenta se puede contar,
y no todo lo que se puede contar cuenta."

“Six Sigma”

- En estadística, 'sigma' se refiere a la desviación estándar con respecto a la media de una población
- La desviación estándar describe la probabilidad de que su próximo punto de datos se desvíe con respecto a la media de todo el grupo de datos
- Six Sigma se trata en su totalidad de la reducción de la **variabilidad**
  - La variabilidad es un síntoma de desperdicio
  - Una alta variabilidad significa mucho desperdicio (sigma bajo)
- Six Sigma se enfoca mucho en los problemas: Usa DMAIC para analizar el problema
  - Definir, medir, analizar, mejorar y controlar
    - De modo que es muy similar a los ciclos PDSA/Mejora de ciclo rápido

Pensamiento magro

El **pensamiento magro** es una metodología y una mentalidad de mejora que se centra en:

- Eliminar el desperdicio
- La entrega uniforme de Valor
- La resolución de cuellos de botella y restricciones que afectan la entrega uniforme de valor al maximizar el flujo

En el pensamiento magro, el Valor está definido por el paciente y su familia

*Aprovechamiento del pensamiento magro en atención a la salud: Transformar su empresa en un sistema de entrega de atención de alta calidad al paciente: Publicación de Charles Protzman, George Mayzell y Joyce KerpcharAuerbach: 2011

Gemba
El sitio inicial para buscar valor
Mejora continua
Eliminar el desperdicio
¿Qué es el pensamiento magro (LEAN)?
Las 5 S
Las 7 W
Proceso/ Mapeo del flujo
Desarrollar la capacidad de detección del desperdicio

5 S:
Clasificar, ordenar, pulir, estandarizar, sistematizar

- 5 S: un esfuerzo organizado e interminable para
  - Eliminar todo el desperdicio físico del sitio de trabajo que no se requiera para hacer el trabajo de esa área
  - Ordenar las cosas
  - Identificar, etiquetar, designar un lugar para guardarlo, de modo que sea fácil encontrarlo, recuperarlo y hacerlo a un lado

Tiempo promedio para obtener 8 medicamentos = 3:07

Tiempo promedio para obtener 8 medicamentos = 1:08

“Mejora de Calidad”: Juego de herramientas de medición

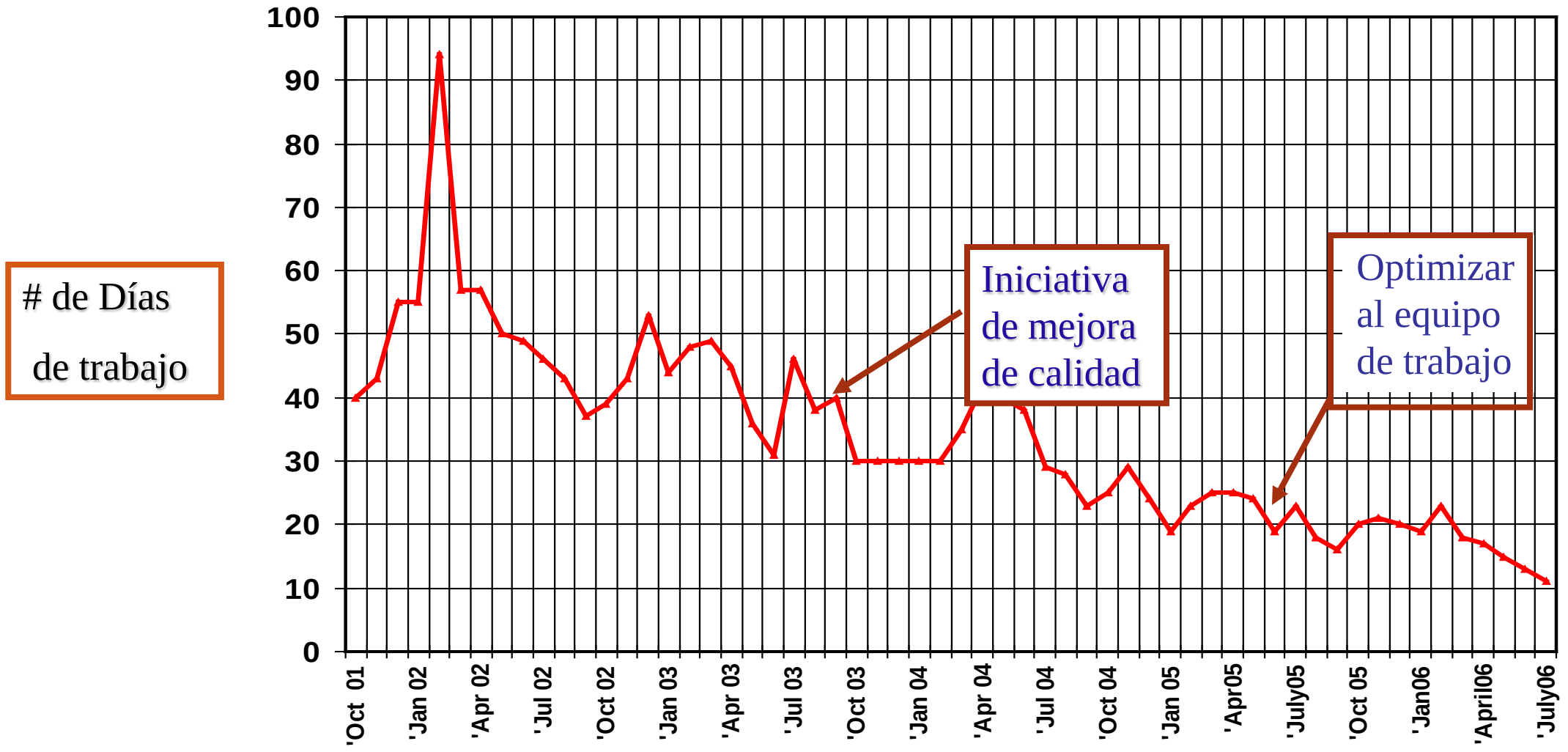
- Herramientas del mejoramiento de calidad (las más comunes)
  - Gráfica del proceso [relaciona los datos con el paso del tiempo; ¿La mejora se debe a los cambios?]
  - Diagrama de Pareto [ayuda a estratificar las causas]
  - Gráficas de mapeo de flujo (Procesos) [describen un proceso: el actual y el ideal]
  - Diagramas de causa y efecto (Diagramas de Ishikawa/cola de pescado) [identifican las fuentes de variación]
  - Gráficas de control [proceso estadístico] [Shewhart: ¿El proceso está “bajo control”]
  - 3 Diagramas [un ciclo de mejora estructurado que hace que la resolución de problemas sea visual al contar una historia]

Gráficas del proceso

- Miden lo que tratamos de mejorar en el transcurso del tiempo
- Ayuda a contestar la Calidad: ¿Lo estamos haciendo mejor desde que implementamos los cambios?

- ¿Nos dice qué necesitamos hacer?
  - ¡No!

Gráfica del proceso: Lista de pendientes de MRI

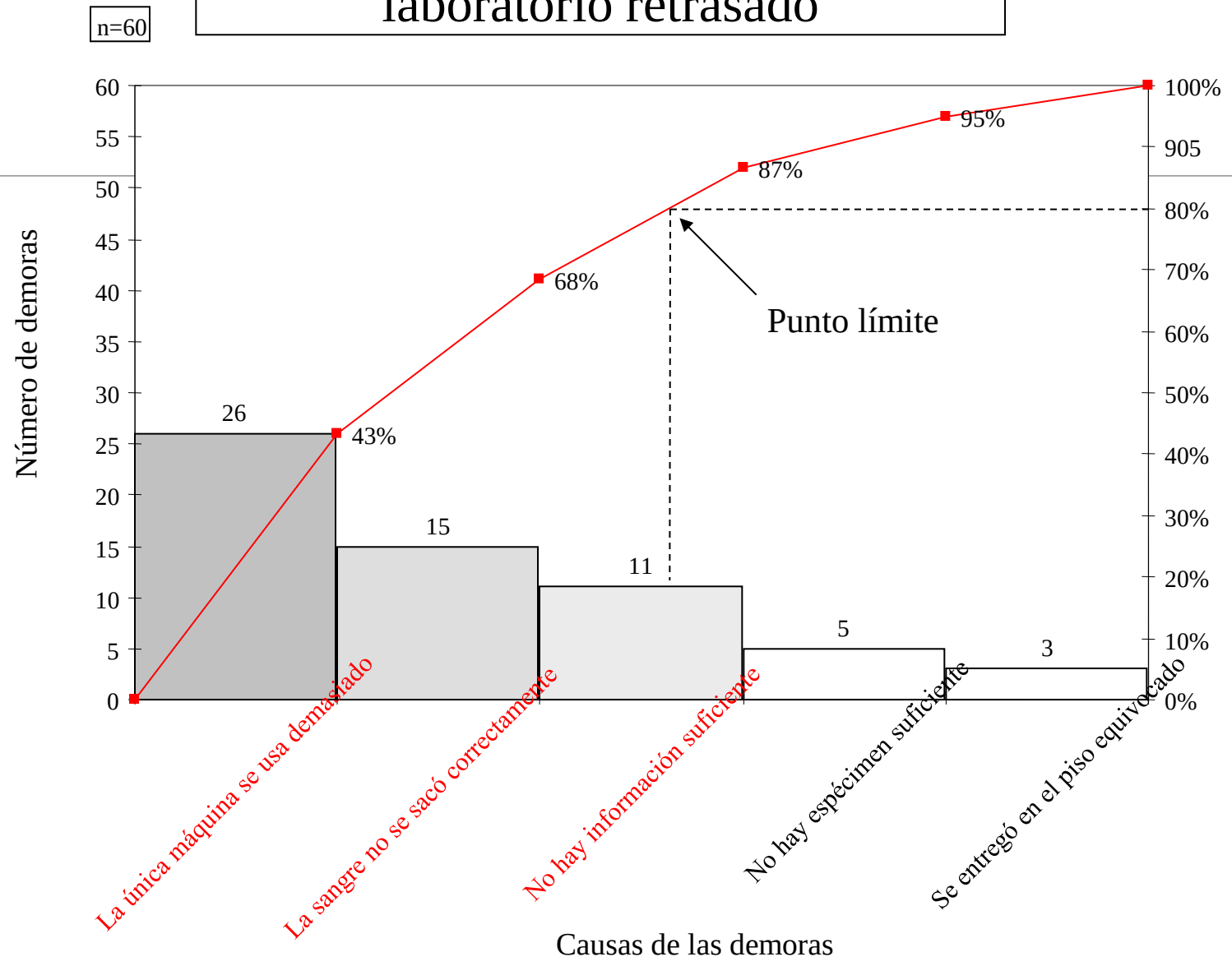


Herramienta de QI — Diagrama de Pareto

- Un diagrame Pareto es una gráfica de barras verticales dispuestas a partir de la más larga, a la izquierda, y que se mueve sucesivamente hacia la más corta

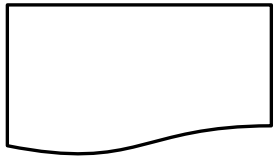
- La disposición de las barras verticales da una indicación visual de la frecuencia relativa de las causas que contribuyen al problema.

Diagrama de Pareto para trabajo de laboratorio retrasado

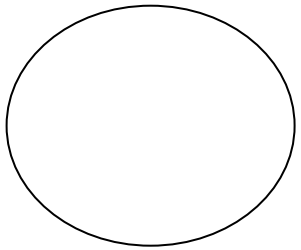


Herramientas de mejora del sistema — Gráfica de mapeo (flujo) del proceso

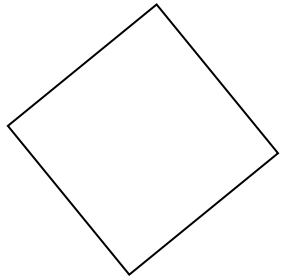
Actividad



Documento



Inicio/Fin



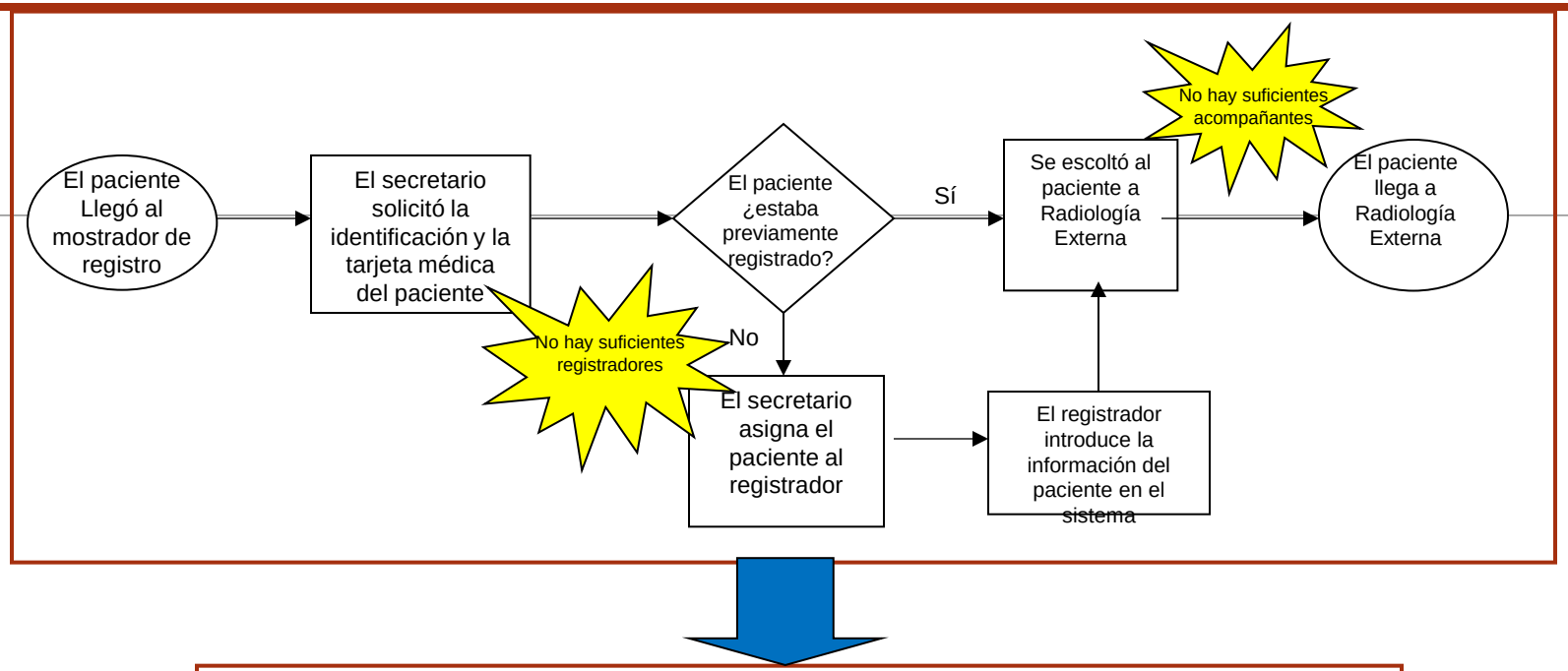
Decisión

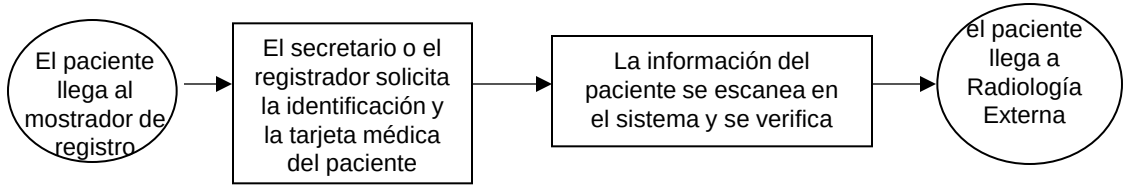
Se usa para comprender el proceso actual e identificar oportunidades de mejora. Muestra el flujo de trabajo a lo largo del proceso, incluyendo todas las actividades, decisiones, demoras y puntos de medición

Representación gráfica de cómo funciona un proceso: la secuencia de acciones que deben realizarse para completar una tarea específica

Las flechas (⟶) se usan para conectar los símbolos: muestran la secuencia y las interrelaciones

Mapeo del proceso: Del estado actual al estado futuro



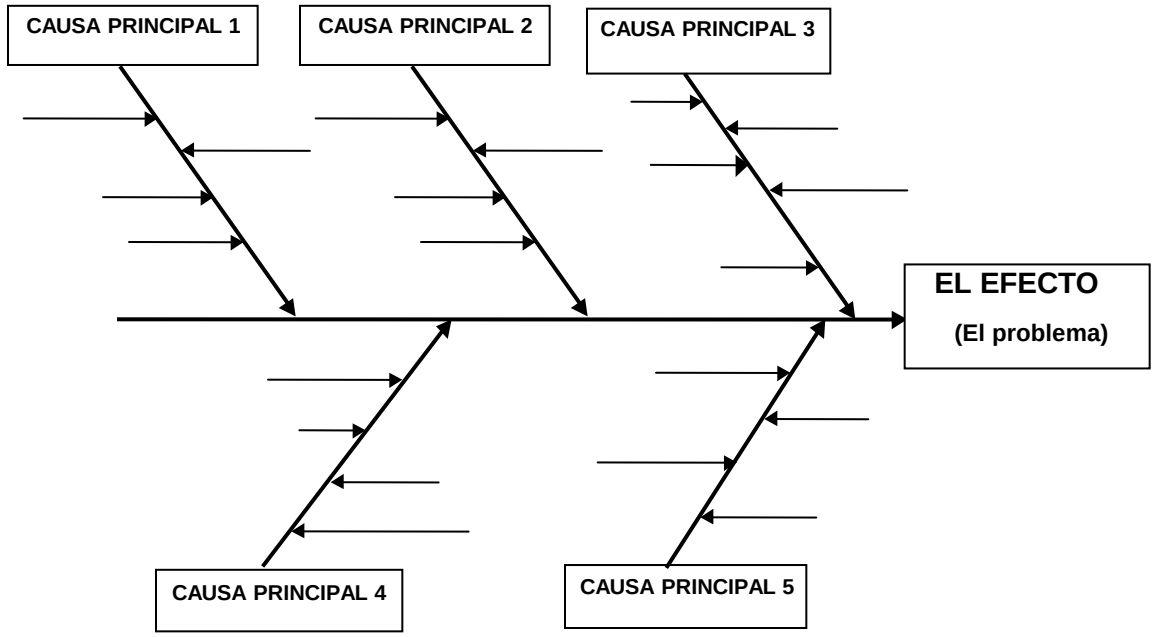


Soluciones potenciales:

- ❖ Capacitación cruzada de secretarios y registradores
- ❖ Lector de tarjetas + Integración de Tecnología de la Información (TI) en el sistema de registro
- ❖ Cambiar la estación del secretario de Radiología más cerca de Radiología
- ❖ Mejores señalamientos e instrucciones para ir de registro a Radiología

El Diagrama de Causa y Efecto

Se usa sistemáticamente para analizar las causas *especiales* de un problema. Empieza por las causas principales y retrocede hasta las causas raíz. Organiza los resultados de la tormenta de ideas (*brainstorm*). También se conoce como diagrama de cola de pescado y *diagrama de Ishikawa* (por el nombre de su inventor, el Dr. Kaoru Isikawa, de Japón)



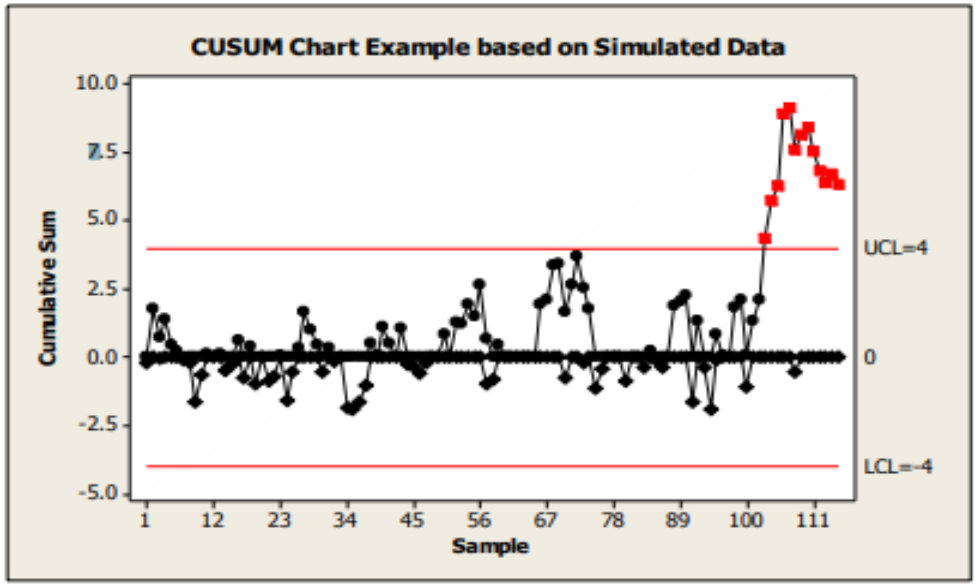
Categoría comunes de las causas principales
(5Ms + E):

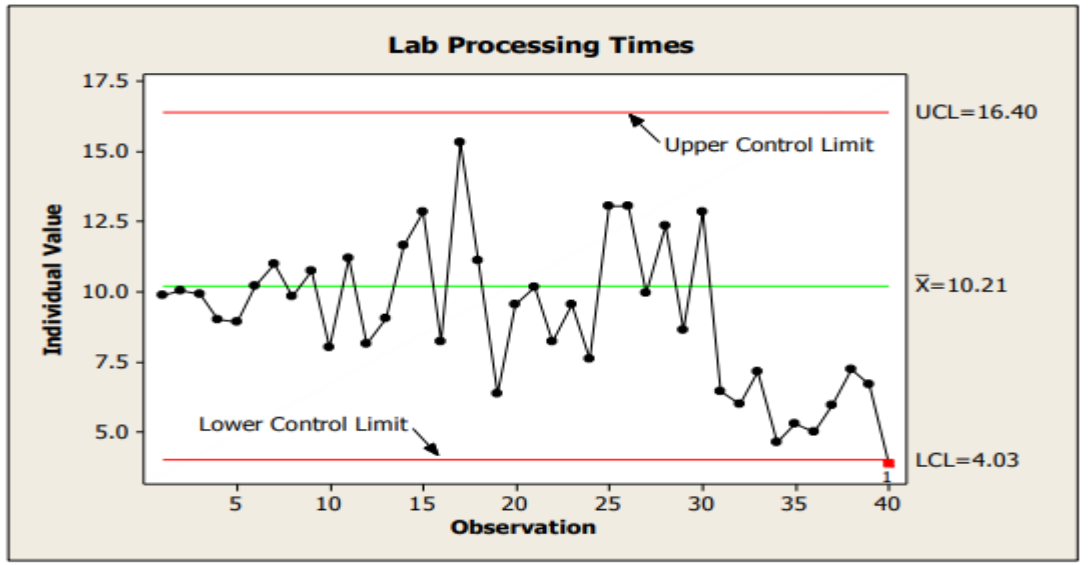
- Hombre (Personas)
- Métodos (Políticas y procedimientos)
- Materiales (Suministros)
- Maquinaria (Equipo)
- Dinero
- Ambiente

Gráfica de control

- Es una "gráfica del proceso” que indica los límites de “control "de +/- tres desviaciones estándar
  - Se deriva de estadísticas sencillas [Muchos programas estadísticos derivan estas gráficas automáticamente]: media, desviación estándar y rango
  - No nos dice qué hacer; indica si el sistema esta 'bajo' o 'fuera de' control
- Dos tipos de “variación”
  - Causa común — el objeto de la mejora continua de la calidad (CQI, por sus siglas en inglés)
    - La variación inherente al proceso es, por lo general, de naturaleza aleatoria
    - ¡Solo se reduce al mejorar el sistema (proceso) subyacente!
  - Causa especial — el objeto del aseguramiento de calidad (QA, por sus siglas en inglés)
    - De causas externas (atribuible a una fuente específica) no es aleatoria

Gráfica de control





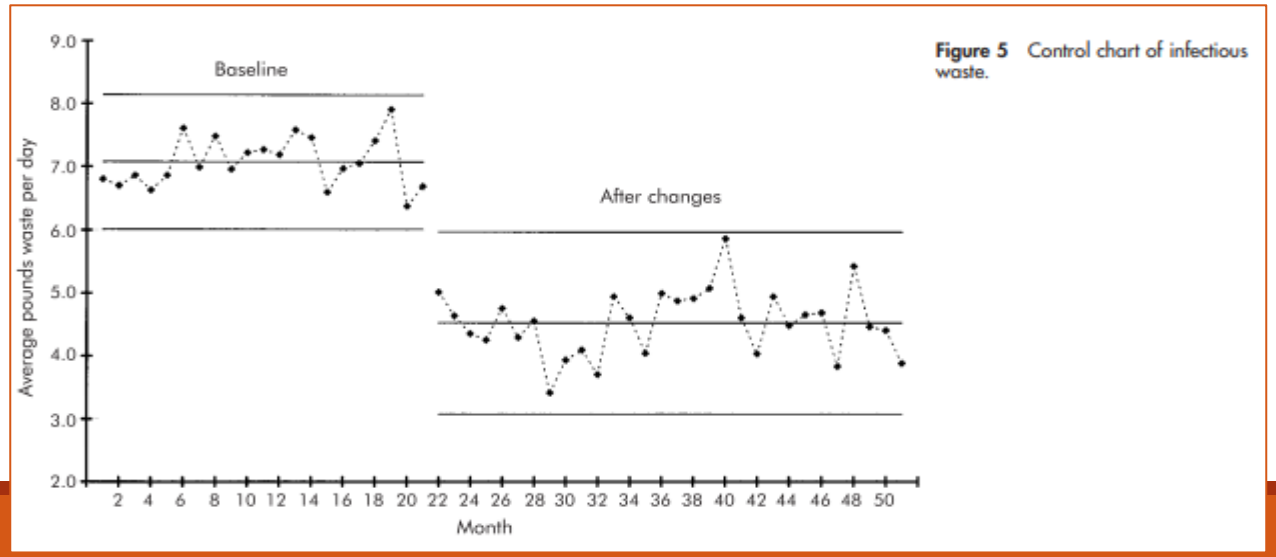


Figure 5 Control chart of infectious waste.

Pensamiento magro A3

- Un enfoque estandarizado para la resolución de problemas:
  - Para los líderes ejecutivos: Problemas de toda la instalación/Cuestiones administrativas
  - Para el personal clínico de primera línea: muy útil para resolver problemas basados en la unidad
- Instrucciones paso a paso para resolver el problema
  - Mejora continua de la calidad (Cuidado del paciente + sistemas administrativos)
- El proceso A3 brinda una revisión clara y concisa en una sola página
  - Puede consolidar grandes volúmenes de información en un formato comprensible usando elementos visuales
- El proceso A3 debe convertirse en la opción estándar de planeación estratégica/mejoras

MAGRO A3

1. Razón de la acción **VISIÓN/Análisis** **Equipo y AIM**	**4. Análisis de la brecha** **Cambio**	**7. Plan de terminación:** **Sostener los procesos nuevos** **Diseminar**
2. Estado actual: Mapear el proceso Medición de la línea de base	5. Enfoque para la solución: Cambiar ideas	8. Estado confirmado: Sostener y diseminar
3. Meta de estado (o estado futuro): Mapear el estado ideal o de meta Medir	6. Experimentos rápidos (Ciclos PDSA = RCI) Cambio	9. Percepciones: Ideas para ayudar a sostener y diseminar

Team: (Leader),

Facilitator:

A3

1. Reasons for action:

Problem statement

Business Case

Value statement

Scope

process start — in scope

process end — out of

Change

4. Gap Analysis:

Key gaps being addressed with this VS improvement pass

Fishbone or 5-why's

Note: wherever possible, link actual documents/files to the A3 for easy updating and no additional need to submit extra documents as deliverables

Sustain

7. Completion Plans:

Administrative/task list of items needed to execute the plan plus any additional infrastructure supporting activities with andons to track status/progress

2. Initial State:

Map

Summary of map: (i.e. total cycle time, total touch time, # of steps, % of VA/VNA, # of hand-offs

Metrics

Attributes

Picture

Change

5. Solution Approach:

If-Then statements regarding chosen solution ideas/path:

if we do this.... Then we expect this....

Sustain

8. Confirmed State:

Accomplishments

Metrics (3-month tracking) with andon

grid showing connection/impact of VS metrics on TPOC metrics

3. Target State:

Map

Summary of map: (i.e. total cycle time, total touch time, # of steps, % of VA/VNA, # of hand-offs

Metrics

Attributes

Picture

Change

6. Rapid Experiments:

List of RPIWs, projects, JDIs and JSIs that will be utilized to close gaps

grid showing connection/impact of RPIWs on VS metrics

charters for events (first 2-3 events if space constrained)

Sustain

9. Insights:

Plusses/Deltas/Actions for improvement related to the VSA, event

Team picture

Caso de negocios para “Calidad”

- La “calidad” (resultados, seguridad y servicio óptimos para el paciente) es un imperativo moral
- La principal fuente de ingresos financieros (brindar atención de alta calidad) proviene de eliminar el “desperdicio” de su 'sistema'
  - Ineficacia del proceso
  - Uso excesivo
  - Daño prevenible
- Quién se beneficia: Pacientes, personal clínico, personal, la reputación de su hospital y “el que paga”

Evaluación del papel y la responsabilidad del Consejo en la calidad y la seguridad del paciente

1. ¿Los hospitales de alta calidad tienen mejores prácticas administrativas que los hospitales de baja calidad?

2. ¿Existe relación entre el desempeño del consejo del hospital y el desempeño administrativo?

3. ¿Ciertos tipos de prácticas del consejo se correlacionan con prácticas administrativas comparables?

Papel del Consejo en la calidad
¿Qué nos dice la evidencia?

- Los hospitales cuya alta dirección presta atención a la calidad tienen mayor probabilidad
  - de ser hospitales de alta calidad ($p < 0.01$) *[43% vs. 14%]*
    - *Un aumento en la desviación estándar del desempeño de la dirección se relacionó con un aumento del 20% en ser hospital de alta calidad*
  - Tener un mejor desempeño del Consejo ($p < 0.001$)

- Cómo:
  - Atención a la calidad por tiempo invertido por el Consejo en el monitoreo de la calidad (~25%): dar seguimiento al uso eficaz de los elementos de medición aprobados por el Consejo

- Resultado: La gobernanza eficaz del Consejo mejora el desempeño general del hospital, ¡no solo la calidad!
  -

Tsai, Jha, Gawande, Huckman, Bloom y Sadun. *"Hospital Board and Management Practices Are Strongly Related to Hospital Performance on Clinical Quality Metrics." Health Affairs,* 34 (8) (2015): 1304-1311.

Papel del “Consejo” en la seguridad del paciente y la mejora de calidad

- La responsabilidad máxima de que su hospital brinde atención de alta calidad (mediante la seguridad del paciente y la mejora de calidad) le corresponde al Consejo de Fideicomisarios del hospital
- Contar con un subcomité de “Seguridad del paciente y mejora de calidad” a nivel del Consejo es igualmente importante que tener un subcomité de “Finanzas” en el Consejo
- Como mínimo, el 25% de la agenda de todo Consejo de Fideicomisarios debe dedicarse al programa de seguridad del paciente y mejora de calidad del hospital

Precaución

- Los principios de QI son herramientas para moldear su entorno local... No se trata del trabajo real para hacer el cambio necesario
  - Meta: mejorar la eficiencia, la calidad y la seguridad del paciente en sus instalaciones

- A menos que ocurra la RCI (muchos ciclos de prueba PDSA), no obtendrá ningún "cambio"
- Los principios de "QI" no pueden implementarse por mandato de la alta dirección, sino que proviene de los equipos de primera línea
- Los distintos sitios que usen los mismos principios de "QI" pueden conducir a diferentes procesos en diferentes sitios (libertad para innovar)

La mejora de la calidad es un trayecto, no un destino

Mejora del Institute for Healthcare

Escuela Abierta del IHI

http://www.ihi.org/education/ihiopenschool/overview/Pages/default.aspx