

## Editorial Never Event en Cirugía/ Análisis Causa-Raíz “Never Event” in surgery: root-cause analysis

Gustavo Tachella\*

Durante nuestra actividad en el día a día se suceden eventos de todo tipo y este artículo pone en evidencia la importancia de una de las problemáticas más habituales y que, sin lugar a dudas, en algún momento, todos hemos enfrentado, el evento adverso (EA) en la atención de nuestros pacientes.

De manera clara y precisa, los autores lo definen como un error médico identificable y prevenible, que tiene consecuencias para el paciente, poniendo en superficie las deficiencias graves en la seguridad y calidad de atención en un centro de salud. La metodología del análisis causa-raíz es uno de los pilares para el cambio en la cultura hacia otra centrada en la seguridad y calidad, sustituyendo la cultura “reactiva” por una “proactiva”, que toma los eventos como instrumento para el aprendizaje y la mejora continua<sup>1</sup>.

Me voy a detener en dos aspectos de esta definición: IDENTIFICABLE y PREVENIBLE.

Las Instituciones o los equipos quirúrgicos deben hacer foco en la atención de calidad de sus pacientes, teniendo en cuenta sus necesidades, no solo de resolución de su enfermedad, sino también de satisfacción de sus expectativas y las de sus grupos familiares. Una de las condiciones *sine qua non* para llevarla a cabo es que se realice con seguridad. Destacan la importancia de desarrollar una metodología para identificar los incidentes o EA y la importancia del análisis de causa-raíz, como una de las herramientas frente a un EA, para tomar medidas institucionales en pos de la seguridad del paciente.

Deberíamos formarnos en habilidades no técnicas, a los fines de PREVENIR un evento adverso. Muchos de los cirujanos que leen este editorial trabajan en condiciones no ideales o con muchas dificultades, con escasos recursos y hasta sin soporte de los niveles jerárquicos más altos de la Institución. Es pensando en ellos que les recomiendo leer este artículo, y empezar a generar una cultura de cuidado basado en la seguridad del paciente, liderando equipos de trabajo que analicen y propongan medidas para considerar detalladamente y prevenirlos.

Se van a encontrar con una descripción clara del análisis de causa-raíz como metodología para definir medidas institucionales, a los fines de resolverlos y prevenir otros de similares características.

La formación de los cirujanos frente al aumento de la complejidad de los casos tratados y el avance de la tecnología nos obliga a tener una visión más amplia o transversal en el desarrollo de nuestra actividad, no solo limitándonos a analizar el procedimiento quirúrgico, sino desarrollando la competencia de evaluar factores extraquirúrgicos que puedan comprometer la seguridad de nuestros pacientes.

El problema de los EA no es nuevo. Podríamos decir que, desde el informe del Institute of Medicine (IOM): “To err is Human” del año 1999, se estimó que anualmente, en esa época, entre 44 000 y 98 000 pacientes mueren cada año como resultado de un EA, sufriendo la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito, cáncer de mama y sida<sup>2</sup>.

Gawande y cols. analizaron los errores informados voluntariamente por cirujanos en tres hospitales del estado de Massachusetts, mediante entrevistas confidenciales, en un período de aproximadamente 5 meses. Las causas presentes en los EA fueron: 53% inexperiencia o falta de competencia, 43% fallas en la comunicación y un 33% fatiga o exceso de trabajo (varias causas pueden estar presentes en un EA)<sup>3</sup>.

En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Asamblea Mundial de la Salud (WHA), aprobó en 2019 la Resolución “Acción Mundial para la Seguridad del Paciente” (WHA 72,6), que busca dar prioridad a la seguridad del paciente como paso fundamental en la construcción, diseño, operación y evaluación de los sistemas de salud de todo el mundo. Para responder a la Resolución de la Asamblea, y para avanzar desde los compromisos hasta una acción tangible, la OMS lanzó en febrero de 2020 una iniciativa emblemática: “La Década de Seguridad del Paciente 2020-2030”<sup>4</sup>, definiendo la visión, misión y objetivo por cumplir.

\* Presidente del Comité Colegio de la Asociación Argentina de Cirugía

### Visión

Un mundo en el que ningún paciente sufra daños durante la atención sanitaria, y donde todas las personas reciban una atención segura y respetuosa, todo el tiempo, en todas partes.

### Misión

Impulsar políticas y acciones para minimizar y, cuando sea posible, eliminar todas las fuentes de riesgo y daño a los pacientes durante la asistencia sanitaria, con centro en el paciente, basadas en la ciencia y mediante alianzas estratégicas.

### Objetivo

Alcanzar el máximo posible de reducción del daño evitable como consecuencia de una asistencia sanitaria insegura a escala global.

Ha llegado el momento de asumir que el desarrollo de la cirugía, la presencia de nuevas técnicas, el aumento de la complejidad en el tratamiento de las enfermedades, así como su manejo multidisciplinario, incorporando diferentes actores de otras especialidades, o servicios, cambios en la infraestructura, avances tecnológicos, etc., nos generan nuevos desafíos para los que debemos estar preparados.

La capacitación en gestión, las habilidades no técnicas (liderazgo, comunicación, trabajo en equipo, toma de decisiones, etc.) y la seguridad del paciente son temas ineludibles en la formación de un cirujano.

### ¿Cómo empezar?

- Lograr una visión mucho más amplia, evaluando las condiciones de infraestructura, la experiencia (*expertise*) del equipo tratante, la habitualidad del procedimiento quirúrgico que se va a realizar, el trabajo bajo procesos, así como implementar la confección de procedimientos, medir con indicadores, analizar y proponer medidas para mejorar, constituyen la única manera de lograr el objetivo de satisfacción de los pacientes de manera eficiente.
- Conformar, en los servicios, equipos de trabajo fiables, con responsabilidades y funciones bien definidas, competencias adecuadas, comunicación precisa, *feedback* de lo realizado sin comentarios descalifica-

dores, buscando –en cambio– evidenciar el problema a los fines de lograr su resolución, y buscar la potenciación de todo el grupo.

- Analizar los medios disponibles para realizar los procedimientos planificados (infraestructura, insumos, habitualidad, servicios interrelacionados).
- Conformar un Comité de Seguridad, tal cual se explica en el artículo.
- Capacitar a TODO el personal interviniente en la atención del paciente, previendo en los procedimientos de qué manera interactúan, los pasos por seguir, la manera de comunicar, etcétera.
- Buscar crear una cultura organizacional que informe y registre los EA, evitar la cultura del castigo, fomentar la confianza entre los integrantes, promover la denuncia anónima y enfocarse en resolver el problema adoptando medidas que eviten su repetición. Las medidas adoptadas deben ser descriptas minuciosamente, con el fin que sean fácilmente replicables.
- Analizar la EFICACIA de las medidas adoptadas, mediante indicadores que objetiven la disminución de los eventos adversos.
- Insistir en el concepto de que los Servicios de cirugía deben realizar los procedimientos quirúrgicos habituales; de esa manera es más fácil normalizar, analizar y sacar conclusiones.
- La seguridad del paciente es el valor máspreciado que una Institución de salud debe defender.
- Tener en claro que, con el avance de la cirugía, no alcanzan los esfuerzos individuales; cada procedimiento quirúrgico se encuentra integrado por múltiples factores, entre ellos equipos multidisciplinarios que interactúan, muchas veces sin conocerse, lo que hace que la conformación de equipos de trabajo orientados a tratar determinadas patologías requiera un nivel de comunicación que va a ser clave en la seguridad el paciente.
- Trabajar con EMPATÍA, poniéndose en lugar del paciente, buscando las mejores condiciones para su atención y, si no se trata de un procedimiento habitual, derivarlo a Instituciones con experiencia en esas enfermedades.

En concordancia con los autores destaco que, analizar periódicamente nuestra actividad, reconocer los errores, analizar las causas de manera constructiva, trabajar haciendo foco en la seguridad de nuestros pacientes, entendiendo este proceso como un paso más hacia el crecimiento de los integrantes del equipo, y por supuesto de la Institución, son los nuevos desafíos en la práctica quirúrgica del siglo XXI.

**ENGLISH VERSION**

During our daily practice all kinds of events occur, and this article highlights the importance of one of the most common problems that we have all undoubtedly faced at some point, the adverse event (AE) in the care of our patients.

The authors clearly and precisely define AE as an identifiable and preventable medical error which has consequences for the patient, highlighting serious deficiencies in the safety and quality of care in a health care center. The root-cause analysis is one of the cornerstones for changing the culture towards one centered on safety and quality, replacing the “reactive” culture with a “proactive” culture, which considers events as an instrument for learning and continuous improvement<sup>1</sup>.

I will focus on two aspects of this definition: IDENTIFIABLE AND PREVENTABLE.

Those institutions or surgical teams must focus on the quality of patients’ care considering their needs not only to solve their diseases but also their expectations and those of their family groups. Safety is one of the sine qua non conditions necessary for patients’ care. The authors emphasize the importance of developing a method to identify incidents or AEs and the importance of root-cause analysis as one of the tools to adopt institutional measures for patient safety.

We should learn non-technical skills in order to PREVENT an adverse event. Many of the surgeons reading this editorial work in conditions far from being ideal or with many difficulties, with scarce resources and even without the support of the institutional highest hierarchical levels. Thinking of these surgeons, I recommend this article to start generating a patient safety culture, leading work teams for a thorough analysis and suggest measures to prevent these events.

You will find a clear description of the root-cause analysis as a method to define institutional measures to solve them and prevent other similar events.

Training surgeons considering the increasing complexity of the cases treated and the progress in technology obliges us to have a broader or cross-sectional view in the development of our practice, not only focusing on the analysis the surgical procedure, but also developing the ability to analyze non-surgical factors that may jeopardize our patients’ safety.

The problem of AEs is not new. We could say that according to the report of the Institute of Medicine (IOM) in 1999, “To err is Human”, between 44 000 to 98 000 patients die each year as a result of an AE, exceeding the mortality rate for traffic collisions, breast cancer and AIDS<sup>2</sup>.

Gawande et al. analyzed the errors voluntarily reported by surgeons in three hospitals in the state

of Massachusetts in confidential interviews during a 5-month period. The most common causes of AE were inexperience or lack of competence (53%), communication breakdowns (43%), and fatigue or excessive workload (33%). Many causes may be present in an AE<sup>3</sup>.

That is why the World Health Assembly in May 2019 adopted the resolution WHA72.6 on “Global action on patient safety” to give priority to patient safety as an essential foundational step in building, designing, operating and evaluating the performance of all health care systems. To respond to resolution WHA72.6 and move forward from global commitment to tangible action, WHO launched a flagship initiative “A Decade of Patient Safety 2021–2030”<sup>4</sup> and defined the vision, mission and goal to achieve.

**Vision**

A world in which no one is harmed in health care, and every patient receives safe and respectful care, every time, everywhere.

**Mission**

Promote policies and actions to minimize and, if possible, eliminate all sources of risk and harm to patients during healthcare, with a patient-centered approach, based on science and through strategic partnerships.

**Goal**

Achieve the maximum possible reduction in avoidable harm due to unsafe health care globally.

Time has come to assume that the progress of surgery, the presence of new techniques, the higher complexity to treat diseases and their multidisciplinary management incorporating different actors from other specialties or services, changes in infrastructure, and technological advances generate new challenges for which we must be prepared.

Management, non-technical skills (leadership, communication, teamwork, decision making, etc.) and patient safety, are unavoidable topics for surgeons’ training.

**How to get started?**

▪ The only way to efficiently achieve the goal of patient

satisfaction is through a broader vision, evaluating the infrastructure conditions, the expertise of the treating team, the routine use of the surgical procedure to be performed, working according to processes, implementing procedures, measuring with indicators, and analyzing and suggesting measures for improvement.

- Create reliable work teams in the services, with well-defined responsibilities and functions, adequate competencies, precise communication, and feedback of performance without using negative comments but rather focusing on the problem to solve it for the empowerment of the whole group.
- Analyze the means available to carry out the planned procedures (infrastructure, supplies, regularity, interrelated services).
- Establish a patient safety committee, as described in the article.
- Train ALL staff involved in patient care, anticipating how they interact during the procedures, which steps to follow, how to communicate, etc.
- Create an organizational culture that reports and records AEs, avoid a culture of punishment, foster trust among members, promote anonymous reporting and focus on solving the problem by adopting measures to prevent recurrence. The measures adopted should be thoroughly described so that they can be easily replicated.

- Analyze the EFFECTIVENESS of the measures adopted using indicators that objectively measure the reduction of adverse events.
- Insist on the concept that surgical services must perform the usual surgical procedures, thereby making it easier to normalize, analyze and draw conclusions.
- Patient safety is the most precious value that a healthcare institution must defend.
- Bear in mind that with the progress of surgery, individual efforts are not enough. Each surgical procedure is made up of multiple factors including interaction of multidisciplinary teams which often do not know each other. This means that the formation of work teams focused on treating certain conditions requires a level of communication that will be the key to patient safety.
- Work with EMPATHY, placing ourselves in the position of patients and looking for the best conditions for their care. If we are not used to the procedure required, refer them to institutions with experience in these diseases.

In agreement with the authors, I emphasize that regular analysis of our practice, error recognition, constructive analysis of causes, working focused on patient safety, and understanding this process as another step towards the professional growth of the team members and of the institution are the new challenges in the practice of surgery in the 21<sup>st</sup> century.

#### Referencias bibliográficas /References

1. Chwat C, Seisdedos M, Cingolani P, Iudica F, Lemme G. "Never Event" en Cirugía: Análisis Causa-Raíz. Rev Argent Cir 2023;115(1):52-64. <http://dx.doi.org/10.25132/raac.v115.n1.1695>
2. Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS, et al. To err is Human: Building safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2003.
3. Gawande A, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis and error reported by surgeons at three teaching hospitals. Surgery. 2003;133:614-21.
4. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030.