

IV PREMIO FIDISP EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Mejor comunicación sobre Seguridad del Paciente presentada en el XXXIX Congreso SECA

Resumen del trabajo ganador

Optimización de la herramienta trigger para la detección de eventos adversos en cirugía torácica.

Autor: Juan Carlos Rumbero Sánchez

Justificación.

En la mayor parte de los estudios poblacionales llevados a cabo en hospitales de agudos se ha puesto de manifiesto la elevada frecuencia de eventos adversos (EA) en pacientes quirúrgicos. Este hecho se ha evidenciado igualmente en la especialidad de cirugía torácica, en la que algunos estudios han evidenciado hasta el 40% de pacientes con EA. Por tanto, la correcta detección de los EA en estos pacientes es de gran relevancia. En muchos estudios, la herramienta trigger ha mostrado alta sensibilidad en la detección de EA, así como una especificidad adecuada, simplificando enormemente el trabajo de revisión de las historias clínicas.

Objetivos y Metodología.

El objetivo del presente trabajo es analizar un conjunto de triggers en la detección de EA en cirugía torácica, así como proponer un modelo con un número restringido de triggers suficientemente válido para el análisis de las historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo con componentes analíticos de las historias clínicas de pacientes intervenidos en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario de Cruces durante los meses de octubre de 2018 a septiembre de 2019, a los que se les ha practicado una resección pulmonar (tamaño muestral: 167; muestra final: 193 historias clínicas de pacientes). Se realizó una revisión sistemática de las historias clínicas electrónicas (HCE) del programa informático Osabide Global, para la identificación de triggers y de EA. Se incluyeron triggers propuestos por el Institute for Healthcare Improvement (IHI), a los que se añadieron otros que, en estudios publicados anteriormente en cirugía, mostraron un buen rendimiento. Los triggers se clasificaron en los siguientes módulos: Generales (n=5), Cuidados (n= 9), Pruebas complementarias y otras valoraciones del paciente (n= 6). Para valorar la gravedad de los EA, se utilizó la escala NCC MERP's (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention). Se realizó un análisis descriptivo con descriptores básicos, e inferencial para la selección de triggers individuales y generación de un conjunto óptimo seleccionando aquellos con mejor Índice de Youden (considera valores de sensibilidad y especificidad), y ajuste de un modelo de regresión logística.

Resultados y Conclusiones.

La capacidad predictiva de la herramienta en conjunto (20 triggers) ha presentado los siguientes resultados (I. Youden): Sensibilidad (S): 0,85 (IC 0,78-0,93); Especificidad (E): 0,86 (IC 0,79-0,92); Valor predictivo positivo (VPP): 0,82 (IC 0,75-0,90); Valor predictivo negativo (VPN): 0,88 (IC 0,82-0,94). 2 Una vez analizados los triggers de cada uno de los tres módulos por separado, se reunieron en un mismo modelo y se seleccionaron los de Í. Youden más elevado. Estos fueron: – Estancia >8 días, (IY=0,53). N= 65(33.68%); No EA= 11(16.02%), Si EA= 54 (83.08%), p< 0.001 – Pruebas radiológicas no habituales (IY=0,235). De esta manera, se obtuvo un trigger combinado

IV PREMIO FIDISP EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Mejor comunicación sobre Seguridad del Paciente presentada en el XXXIX Congreso SECA

Resumen del trabajo ganador

con estos cuatro triggers seleccionados, cuya capacidad predictiva fue S: 86%, E: 86%, VPP: 83%, VPN: 89%, con un área bajo la curva (AUC): 0.860 (IC 0.810-0.910). Así, un paciente que presente alguno de los triggers de este modelo tiene 37.7 veces más probabilidades de presentar EA que un paciente que no lo tenga. OR=37.7 (IC 17.3- 89.4) p8 días, reingreso hospitalario, estancia REA >2 días. Cuidados: transfusión, tratamiento antibiótico al alta y anticoagulantes al alta. Pruebas complementarias y otros medios de valoración: cultivo+, pruebas radiológicas no habituales, interconsultas en hospitalización. El ajuste del modelo se considera muy adecuado, con AUC de 0,906 (IC 0,860-0,953)

Como conclusiones, podemos considerar que el rendimiento de la herramienta ha sido bueno y se ha logrado diseñar un modelo de triggers, con una reducción suficiente en el número de estos, que aporta buen valor predictivo de presencia de EA y la posibilidad de dirigir la selección de historias clínicas para la identificación de EA a un número más reducido sin merma relevante en la detección de estos y de su gravedad, siendo una alternativa válida a la revisión mediante los cuestionarios de cribado empleados en los estudios poblacionales más importantes.