



LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

Revisión de incidentes comunicados por unidades de críticos en el Noroeste de Inglaterra

Artículo original: Thomas AN, Taylor RJ. Review of Patient Safety Incidents Reported From Critical Care Units in North-West England in 2009 and 2010. *Anesthesia* 2012; 67 (7): 706-713 ([PubMed](#))

Arnal Velasco D.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Resumen

Uno de los pilares del buen funcionamiento de los sistemas de comunicación y análisis de incidentes debe ser la retroalimentación. Es necesario que la información sobre lo que se comunica y las medidas que se toman para mejorar la seguridad del paciente, lleguen a quienes potencialmente pueden realizar una comunicación de un incidente para la seguridad del paciente. Así mismo, las auditorías internas para hacer un seguimiento de qué tipo de incidentes se comunican pueden darnos una idea de qué virtudes y defectos tiene el sistema. Esta información es útil para el propio sistema que se audita y, comparativamente, para otros como el español SENSAR.

Introducción

Uno de los pilares del buen funcionamiento de los sistemas de comunicación y análisis de incidentes debe ser la retroalimentación. Es necesario que la información sobre lo que se comunica y las medidas que se toman para mejorar la seguridad del paciente, lleguen a quienes potencialmente pueden realizar una comunicación de un incidente para la seguridad del paciente. Así mismo, las auditorías internas para hacer un seguimiento de qué tipo de incidentes se comunican pueden darnos una idea de qué virtudes y defectos tiene el sistema. Esta información es útil para el propio sistema que se audita y, comparativamente, para otros como el español SENSAR.



Resumen

Los autores plantean una auditoría retrospectiva de los incidentes comunicados en una red local de 12 unidades de cuidados críticos. Dichas unidades fueron invitadas a identificar los incidentes que habían enviado a la *National Patient Safety Agency (NPSA)* durante 2009 y 2010, periodo en el que ya se guardaban detalles de los formularios electrónicos. Además, recogieron la información básica de la actividad clínica de las unidades (admisiones, muertes, y

duración de la estancia) y detalles de los procedimientos de cuidados y equipamiento disponible.

Los incidentes fueron reclasificados según la clasificación de la NPSA, con categorías extra tales como incidentes de vía aérea, incidentes que pudieran producir daño al personal, aquellos que se produjeron antes del ingreso en críticos o los relacionados con las úlceras de presión. Dicha reclasificación fue realizada por un adjunto experimentado en 6 de las unidades y, en las otras 6, por el investigador principal.

De los 12 hospitales incluidos, 4 eran hospitales universitarios y el resto, comarcales. 3 hospitales aportaron sumarios de los incidentes, pero no las comunicaciones originales. Sólo 9 hospitales pudieron aportar incidentes fechados en los 24 meses del estudio.

En total se pudieron analizar 4.640 incidentes, de los cuales 204 eran repetidos y 207 eran incidentes no relacionados con la unidad de críticos. Las nueve unidades con incidentes recogidos durante todo el periodo tuvieron una media (*SD*) de 125 (13) incidentes comunicados al mes. No hubo una tendencia de incremento de incidentes comunicados a lo largo de los 24 meses de estudio.

De los 4.219 incidentes ocurridos en unidades de críticos (33 incidentes comunicados por 1000 días de calendario), 1.414 supusieron daño para los pacientes (11 incidentes con daño para el paciente por cada 1.000 días). Sólo 89 incidentes (2,1%) supusieron un daño permanente para el paciente y 80 de éstos se clasificaron como potencialmente mortales. No se menciona la comunicación de incidentes que pudiesen haber causado la muerte de los pacientes.

Las comunicaciones fueron clasificadas en 1 (2.878 incidentes), 2 (1.127 incidentes) o en 3 ó más grupos (214 incidentes). Los autores se centraron en la búsqueda de incidentes relacionados con guías recientemente publicadas por la NPSA, como las úlceras por presión que, con 814 incidentes comunicados, fueron la causa más frecuente de daño para el paciente, la localización equivocada de sondas nasogástricas (6 casos), el uso de soluciones inadecuadas para el lavado de vías arteriales (5 casos) y los incidentes de vía aérea que, aunque infrecuentes, fueron la causa de 12 episodios con daño permanente.

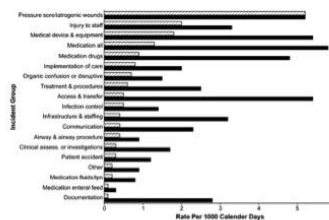


Figure 1. Rate of all incidents and incidents associated with described harm per 1000 calendar days for each of the main incident groups for all trusts.

Comentario

El principal resultado de este trabajo es la obtención del ratio de incidentes comunicados y de incidentes con daño para el paciente por 1.000 días de estancia en unidad de críticos (33 y 11 respectivamente). Estas cifras pueden servir como referencia de actividad para ser comparadas por otros hospitales, regiones o incluso países y dan una idea del amplio grado de implementación del sistema de comunicación de incidentes en esta región de Reino Unido, puesto que estamos hablando de sólo 12 unidades incluidas.

El trabajo es una suerte de intento de continuación del artículo publicado en 2009 por el mismo autor (1) en la que realizó un resumen de lo comunicado al NPSA (356 organizaciones comunicantes) durante tres meses de 2008 en unidades de críticos. En aquella ocasión los autores llegaban a una serie de conclusiones, tanto de posibilidades

de mejora clínica, como en el proceso de recogida de incidentes críticos.

Entre estos últimos incluían la recogida de información adicional de las unidades que comunicaban y la posibilidad de clasificación de los incidentes en múltiples grupos entre otras medidas.

La inclusión de estas mejoras y el trabajo a menor escala (en comparación con el artículo de 2.009) podría haber servido a los autores para alcanzar conclusiones más concretas respecto a los tipos de incidentes comunicados y las medidas propuestas para evitar su repetición. Sin embargo, más allá del referido ratio, no han conseguido nuevas conclusiones aplicables a la práctica clínica.

Los autores no tuvieron acceso al texto completo de un número relevante de incidentes incluidos y no se recogieron, si es que las hubo, las medidas correctoras que se habían tomado en cada centro. Además, la metodología no fue uniforme, siendo clasificados localmente por la mitad de las unidades y por el investigador principal en la otra mitad, sin que se previese ningún sistema de revisión por parejas para confirmar el criterio de los clasificadores.

Es curioso que la causa más frecuente de daño para el paciente en la muestra de incidentes fuesen las úlceras por presión, algo prácticamente anecdótico en los incidentes de otros sistemas de incidentes como el español SENSAR (datos sin publicar).

Además llama la atención, pese al número tan importante de incidentes comunicados, el escaso número de incidentes asociados a morbilidad mayor o muerte (de hecho, no se describe ninguno dentro de este apartado). Evidentemente, esto no es

más que el reflejo de una limitación inherente a los sistemas voluntarios de comunicación de incidentes: la infracomunicación. En el estudio SYREC, un trabajo observacional publicado muy recientemente (2), se registraron todos los eventos adversos ocurridos en 76 unidades de cuidados críticos de España y se ha encontrado que el 34% de los eventos adversos ocasionan daño al paciente y un 4% de los mismos comprometieron la vida del paciente o produjeron su muerte (comparado con el 2,1% del trabajo actual).

El número bajo de incidentes asociados a morbilidad mayor y muerte puede estar en relación con las características del sistema inglés en el que las principales contribuyentes al sistema de incidentes son las enfermeras y en el que los sistemas, una vez comunicados, son confidenciales pero no necesariamente anónimos, pasando a la unidad de riesgo previo a su envío a la NPSA (1). La presencia de miembros del estamento gestor de los hospitales, con capacidad para tomar acciones disciplinarias, puede ser una barrera para que los médicos comuniquen más incidentes y para que se reflejen los casos más graves con daño para los pacientes.

Los sistemas de comunicación de incidentes, en sus diferentes versiones, son herramientas útiles para mejorar la seguridad del paciente. Los autores exploran un subgrupo (pacientes críticos) en una región concreta (Noroeste de Inglaterra) y encuentran dificultades para recoger los datos por la heterogeneidad del propio sistema. Si se intenta comparar con otros estudios, o con los resultados de SENSAR en nuestro país, todavía encontraríamos una heterogeneidad mayor. ¿Resta validez a los sistemas propiamente dichos? Probablemente no. Todos, unos y otros, estamos explorando un camino

nuevo. Somos pioneros que encontramos que en nuestro ámbito local los sistemas son útiles. Otra cosa es analizarlos desde el punto de vista global, comparando sistemas u obteniendo conclusiones universalizables. Eso no se consigue fácilmente y debe considerarse como un reto de los sistemas de comunicación de incidentes actuales.

Bibliografía

1.- Review of patient safety incidents submitted from Critical Care Units in England & Wales to the UK National Patient Safety Agency. Thomas AN, Panchagnula U, Taylor RJ. Anaesthesia, 2009, 64, pages 1178–1185 ([PubMed](#))

2.- Merino P, Álvarez J, Cruz Martín M, Alonso Á, Gutiérrez I. Adverse events in Spanish intensive care units: the SYREC study. Int J Qual Health Care. 2012 Apr;24(2):105-13 ([PubMed](#))

Correspondencia al autor

Daniel Arnal Velasco
darnal@anestesiario.org
Adjunto. Unidad de Anestesia y Reanimación
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

[Publicado en AnestesiaR el 6 de febrero de 2013](#)

