

CARTA A LA DIRECTORA

Utilización del Trigger Tool para detectar incidentes de seguridad en una mutua colaboradora de la Seguridad Social en España



Use of the Trigger Tool to detect security incidents in an occupational mutual insurance company in Spain

Sra. Directora:

Nuestro equipo ha publicado recientemente en su revista la valoración de los eventos adversos (EA) detectados en una mutua laboral mediante revisión de historias clínicas, enmarcado en el programa de auditoría sistemática de historias clínicas de nuestra organización¹. El objetivo de esta carta es aportar nuestra experiencia en el uso de la Trigger Tool como instrumento para detectar incidentes de seguridad mediante alarmas (*trigger*) que invitan a revisar la información clínica, ya que se asocian, con mayor probabilidad, con estos incidentes.

Nuestro equipo analizó, hace ya unos meses, la adaptación a la realidad de una mutua laboral² de la herramienta Trigger Tool ambulatoria (*-Outpatient Adverse Event Trigger Tool [OAETT]*) desarrollada por el *Institute for Health Improvement*^{3,4}. En esa ocasión se definieron 11 *trigger* adaptados a la realidad asistencial y evaluadora de las actuaciones sanitarias de una mutua laboral. Estos *trigger* fueron «diagnóstico específico», «más de 5 visitas», «dos o más niveles asistenciales», «medicación específica», «proceso quirúrgico», «cambio global de tratamiento», «más de 5 medicamentos», «recaída», «quejas/reclamaciones», «baja posterior a primera visita» y «pruebas fuera de protocolo».

En el mencionado estudio para determinar la frecuencia de incidentes de seguridad analizamos la presencia de estos *trigger* en una muestra representativa de 313 historias clínicas correspondientes a casos con mayor intensidad de asistencia sanitaria, atendidos ambulatoriamente en nuestros centros asistenciales. En esta muestra se detectaron 721 alertas en 293 historias clínicas (93,3% del total) que mostraban uno o varios *trigger* (tabla 1). En la misma revisión realizada por panel auditor experto de estas historias clínicas se observaron 48 EA (15,3%; IC: 11,3-19,3) en la muestra de historias clínicas.

Con el objeto de concretar los *triggers* con mejor rendimiento revisamos su sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo y negativo (tabla 1). En este caso compro-

bamos que los *trigger* con mayor capacidad discriminadora fueron: medicación específica, proceso quirúrgico, cambio global de tratamiento, recaída y baja posterior a primera visita.

Al aplicar a las mismas historias clínicas la selección de los 5 *trigger a priori* más eficientes observamos que se identificaron el 73% de los EA detectados anteriormente, siendo muchas menos las historias con *trigger* (en promedio pasan del 93,3% al 44%) y siendo mucho más frecuentes los EA detectados en los *trigger* considerados (del 6,7% al 19,2%). Esto nos permite concluir que es necesaria la revisión de los *trigger* utilizados, en número y tipología, para adaptarlos a la realidad de nuestras organizaciones.

Así pues, la determinación del número y características de los *trigger* a utilizar debe ser objeto de discusión. En nuestro caso el objetivo esencial ha sido la adaptación del Trigger Tool a la realidad de una mutua laboral aprovechando la flexibilidad del instrumento⁵, así como el ajuste que permite el programa sistemático de auditorías de historia clínica para una mayor orientación a la mejora de la seguridad del paciente⁶, con una revisión menos administrativa y más clínica.

Las auditorías de historias clínicas son un elemento de gran interés para la revisión de la calidad de los registros clínicos. Progresivamente han mostrado su utilidad para la revisión de algunos estándares de calidad o, como es en este caso, la detección de EA no declarados. Es conocido que la herramienta Trigger detectó, al menos, 10 veces más acontecimientos graves confirmados que cuando se utilizan los indicadores de seguridad del paciente⁷. Esta herramienta, junto con las técnicas para el análisis en profundidad de las causas de los EA⁸, contribuye a incrementar la seguridad de los pacientes.

Los resultados de este estudio nos estimulan a analizar comparativamente el uso de la muestra de casos complejos del programa de auditoría de historias clínicas versus el uso de una muestra de historias clínicas con los 5 *trigger* definidos para verificar sus respectivos resultados en la detección de EA. La posibilidad de utilizar un menor número de *triggers* permitiría reducir el tiempo de estudio al focalizar nuestra revisión en un menor número de historias clínicas con mayor probabilidad de que haya ocurrido un EA. También abre la posibilidad de utilizar algoritmos decisionales, base de la aplicación de aplicaciones de inteligencia artificial, como soporte a una actuación sanitaria más segura.

Se ha modificado la herramienta original (OAETT) tanto en el número de *triggers* como en la definición de cada uno de ellos, dado que nuestra orientación es esencial-

Tabla 1 Identificación de eventos adversos con la herramienta Trigger

N.º	Etiqueta del <i>trigger</i>	Total <i>triggers</i>	Total eventos adversos	% de HC/con Trigger	% EA/total <i>triggers</i>	% especificidad	% VPP
1	Diagnóstico específico	106	5	35,7	4,7	65,4	4,7
2	Más de 5 visitas	237	4	79,8	1,3	20,5	1,7
3	Dos o más niveles asistenciales	125	4	42,1	3,2	58,7	3,2
4	Medicación específica	63	4	21,2	6,4	79,9	6,3
5	Proceso quirúrgico	27	4	9,1	14,8	92,3	14,8
6	Cambio global de tratamiento	25	6	8,4	24,0	93,5	24
7	Más de 5 medicamentos	13	0	4,4	0	95,6	0
8	Recaída	58	16	19,5	29,3	85,1	27,6
9	Quejas/reclamaciones	10	1	3,4	10,0	97,0	10
10	Baja posterior a primera visita	9	4	3	44,4	98,3	44,4
11	Pruebas fuera de protocolo	48	0	16,2	0	83,8	0
	Total 11 TT	721	48	93,3	6,7	7,5	15,4
	Total 5 TT (<i>trigger</i> 4, 5, 6, 8 y 10)	182	35	44	19,2	47,1	19,2

La sensibilidad y valor predictivo negativo es, en todos los *trigger*, del 100%.

EA: eventos adversos; HC: historias clínicas; TT: Trigger Tool; VPP: valor predictivo positivo.

mente pragmática y buscamos disponer de un instrumento eficaz para la detección de incidentes y EA en nuestra organización. Nuestro objetivo esencial es el de mejorar el conocimiento del fenómeno de la seguridad del paciente en entidades como la nuestra, no descartando el poder utilizar los *triggers*, tanto retrospectivamente como hemos presentado en la muestra de este estudio, como de forma predictiva.

Bibliografía

- Ortner J, Vives A, Moya D, Torres M, Grau N, Farrús X, et al. Frequency of outpatient care adverse events in an Occupational Mutual Insurance Company in Spain. *J Health Qual Res* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.05.005>.
- Ortner Sancho J, Manzanera López R, Grau Balcells N, Moya Alcocer DJ, Farrús Esteban X, Martínez Martínez JM, et al. Uso del Trigger Tool para la detección de incidentes y eventos adversos en una mutua colaboradora con la Seguridad Social. *Arch Prev Riesgos Laborales*. 2020;23:343–56.
- Griffin F, Resar R. IHI Global Trigger Tool for measuring adverse events [Internet]. 2da ed. Cambridge MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009 [consultado 27 Ene 2021]. Disponible en: <http://www.ihc.org/80/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.aspx>.
- Institute for Healthcare Improvement. IHI outpatient adverse event Trigger Tool. 2006 [Consultado 14 Abr 2020]. Disponible en: <http://www.ihc.org/resources/Pages/Tools/OutpatientAdverseEventTriggerTool.aspx>.
- Hibbert PD, Molloy CJ, Hooper TD, Wiles LK, Runciman WB, Lachman P, et al. The application of the global Trigger Tool: A systematic review. *Int J Qual Heal Care*. 2016;28:640–9.
- Hu Q, Wu B, Zhan M, Jia W, Huang Y, Xu T. Adverse events identified by the global Trigger Tool at a university hospital: A retrospective medical record review. *J Evid Based Med*. 2019;12:91–7.
- Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, et al. "Global Trigger Tool" shows that adverse events in hospitals maybe ten times greater than previously measured. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30:581–9.
- Martin-Delgado J, Martínez-García A, Aranaz JM, Valencia-Martín JL, Mira JJ. How much of root cause analysis translates into improved patient safety: A systematic review. *Med Princ Pract*. 2020;29:524–31.

J. Ortner^{a,*}, A. Vives^a, D. Moya^a, M. Torres^a, N. Grau^a, X. Farrús^a, R. Manzanera^a y J.J. Mira^{b,c}

^a MC Mutual, Barcelona, España

^b Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

^c Departamento de Salud de Alicante-Sant Joan, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jortner@mc-mutual.com (J. Ortner).

Disponible en Internet el 29 de septiembre de 2021

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.08.002>

2603-6479/

© 2021 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.