



## P-04 - ANÁLISIS DE *TRIGGERS* EN CIRUGÍA TORÁCICA PARA LA DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Juan Carlos Rumbero Sánchez<sup>1</sup>, Odile Ojanguren Martiarena<sup>1</sup>, Óscar Ruiz Molina<sup>2</sup>, Maitane Pérez Urkiza<sup>1</sup>, Claudia Loidi López<sup>1</sup>, Marta Fernando Garay<sup>1</sup>, Naia Uribe Etxebarria Lugarezaresti<sup>1</sup>, Borja Santos Zorrozuad<sup>3</sup>, Joaquín Pasc Ferrer<sup>1</sup> y Pedro Ruiz López<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Cruces, Barakaldo; <sup>2</sup>Hospital de Cruces, Barakaldo; <sup>3</sup>Instituto de Investigación Biocruces, Barakaldo; <sup>4</sup>Hospital 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Los *triggers* son signos centinela que nos ayudan a detectar la presencia de eventos adversos (EA) en la historia clínica, permitiendo la selección de historias y su análisis más en detalle. El objetivo es definir para cirugía torácica aquellos con mejor valor predictivo.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional sobre una muestra de pacientes intervenidos de resección pulmonar en el servicio, durante los meses de octubre de 2018 a septiembre de 2019. Selección aleatorizada de una muestra de 193 pacientes (precisión 4%, probabilidad esperada 30%, nivel de confianza 95% y tamaño de población de 250 pacientes). Se realiza una revisión sistematizada de la historia clínica electrónica para la determinación y análisis de EA. Teniendo en cuenta la propuesta de *triggers* del Institute for Healthcare Improvement (IHI), se consideran los siguientes: o Generales: estancia hospitalaria > 8 días, estancia en reanimación > 48 h, reingreso hospitalario en los primeros 30 días, reingreso en reanimación. o Cuidados: sujeción mecánica, diálisis, reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica > 24 h, reintubación, transfusión de hemoderivados, tratamientos invasivos (quirúrgicos, radiológicos y endoscópicos), sobredosificación, uso de vitamina K, uso de difenilhidantoína, cese brusco de tratamiento, soportes nutricionales especiales (enteral o parenteral). Pruebas complementarias y otras valoraciones: cultivo positivo, pruebas diagnósticas no habituales (radiológicas, endoscópicas), interconsultas de hospitalización no programadas. Se realiza 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, y ajuste de un modelo de regresión logística.

**Resultados:** Una vez analizados los *triggers* de cada módulo por separado, se juntaron todos en un mismo modelo y se seleccionaron los de índice de Youden más elevado. Estancia > 8 días, (IY = 0,53). N = 65 (33,68%), No EA = 11 (16,02%), Si EA = 54 (83,08%), p < 0,001. Interconsultas de hospitalización no planificadas (IY = 0,336). N = 34 (17,62%), No EA = 3 (8,82%), Sí EA = 31 (91,18%) p < 0,001. Tratamiento al alta con antibióticos (IY = 0,297). N = 36 (18,65%), No EA = 6 (16,7%), Si EA = 30 (83,33%) p < 0,001. Pruebas radiológicas no habituales (IY = 0,235), y se obtuvo un *trigger* combinado con estos cuatro seleccionados. N = 20 (10,36%), No EA = 0 (0,00%), Sí EA 20 (100%) p < 0,001. La capacidad predictiva de este *trigger* combinado seleccionado fue S: 86%, E: 86%, VPP: 83%, VPN: 89%, con AUC: 0,860 (0,810-0,910). Un individuo que presentaba

alguno de los *triggers* de este modelo tiene 37,7 veces más probabilidades de desarrollar EA que un paciente que no lo tenía. OR = 37,7, IC95% (17,3,89,4)  $p < 0,001$ .

**Conclusiones:** El uso de *triggers* es una herramienta de gran utilidad que permiten optimizar el proceso de revisión de historias clínicas para la detección de EA. Se ha logrado diseñar un modelo de *triggers*, con una reducción suficiente, que aporta buen valor predictivo de presencia de EA.