



## LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

## Estudio de los factores que conducen al éxito en la aplicación de las recomendaciones de un análisis de incidentes “cuidado con la brecha”

**Artículo Original:** Mind the gap between recommendation and implementation-principles and lessons in the aftermath of incident investigations: a semi-quantitative and qualitative study of factors leading to the successful implementation of recommendations. Wrigstad J, Bergström J, Gustafson P. *BMJ Open*. 2014 May 29; 4(5): e005326. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005326. [PubMed](#)

Lema Tome M, Cabrerizo Torrente P, Garrido Sánchez A, Romera Rabasa A.

H. General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

### Resumen

Los análisis de incidentes son herramientas importantes en el manejo de la seguridad que permiten evitar sucesos similares en el futuro, promoviendo reflexiones para una continua mejora.

El objetivo de este estudio es identificar los mecanismos para implantar con éxito las recomendaciones formuladas en la investigación de incidentes en el Sistema Sueco de Salud.

En Suecia, la legislación establece quién es el responsable de la seguridad del paciente. A nivel nacional, la Comisión Nacional de Salud y Bienestar investiga los incidentes graves (Lex María), independientemente del hospital. En éstos, el Director Médico decide si envía el incidente a la organización nacional o no. Además, la comisión formada en el hospital realiza el análisis del incidente y el seguimiento de las propuestas.

### Introducción

Los análisis de incidentes son herramientas importantes en el manejo de la seguridad que permiten evitar sucesos similares en el futuro, promoviendo reflexiones para una continua mejora.

El objetivo de este estudio es identificar los mecanismos para implantar con éxito las recomendaciones formuladas en la investigación de incidentes en el Sistema Sueco de Salud.

En Suecia, la legislación establece quién es el responsable de la seguridad del paciente. A nivel nacional, la Comisión Nacional de Salud y Bienestar investiga los incidentes graves (Lex María), independientemente del hospital. En

éstos, el Director Médico decide si envía el incidente a la organización nacional o no. Además, la comisión formada en el hospital realiza el análisis del incidente y el seguimiento de las propuestas.

### Método

Consta de 3 etapas:

**Primera:** se analizaron 55 investigaciones y se codificaron sus sugerencias. Para permitir la aplicación de recomendaciones, al menos 1 año debía haber transcurrido desde la finalización de la investigación. Se codificaron según el nivel de importancia del objetivo a conseguir:

- **A nivel micro (local):** aplicada por la comisión dentro del mismo departamento sin limitaciones.

- **Con un nivel meso (intermedio):** la comisión tuvo que colaborar con un interesado fuera del departamento pero del mismo hospital.

- **A nivel macro:** había que salir del hospital y contactar con autoridades, políticos o empresas farmacéuticas.

**Segunda:** consistió en entrevistas con las comisiones del hospital, obteniendo un conocimiento más profundo de las recomendaciones implementadas. Fueron semi-estructuradas y con informes específicos, pero con la posibilidad de contestar libremente a las preguntas.

Incluyeron un mínimo de 3 cuestiones:

- ¿Ha participado en el análisis del incidente y prestado atención a los consejos anteriores?

- ¿Qué recomendaciones del informe del incidente han sido aplicadas?

- ¿Según su conocimiento, ha habido acciones alternativas en la organización porque en el análisis no había sugerencias?

**Por último, se realizó el análisis de datos,** combinando las dos anteriores y se clasificaron en 3 categorías:

- Se han tomado medidas y se han iniciado/completado con respecto a la recomendación.

- No se han tomado medidas.

- No se sabe si se han tomado medidas.

Debido a la naturaleza semi-cuantitativa del estudio, no se realizaron análisis estadísticos adicionales.

## Resultados

Las comisiones para los 55 análisis estaban dirigidas por igual entre Directores Médicos (29) y Jefes de Departamento (26), la media de miembros del equipo de investigación era de 2,7 y la duración oscilaba entre 12 a 150 horas por persona.

Se codificaron 284 recomendaciones de los 55 incidentes y se preguntó por 254 de ellas en las entrevistas.

Las entrevistas revelaron que el hospital, después de iniciar las investigaciones, reemplazó a un Director Médico que participaba en 29 análisis, donde estaban involucrados varios Jefe de Departamento. En 41 casos el Jefe de Departamento también había sido sustituido.

Las medidas se tomaron en el 45% de las recomendaciones y no en el 33%. Los encuestados no pudieron determinar si se habían tomado medidas en un 22% de las recomendaciones. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las recomendaciones de acuerdo a los 3 niveles jerárquicos y de si se efectuaron o no.

Nivel jerárquico	Nº de recomendaciones implantadas	Nº de recomendaciones que no se implantaron	Nº de recomendaciones que no se sabe si se implantaron	Nº total
Macro	1	6	0	7
Meso	30	26	16	72
Micro	82	53	40	175
Nº total	113	85	56	

Tabla Modificada de Wrigstad J, Bergström J, Gustafson P. BMJ Open 2014;4:e005326. doi:10.1136/bmjopen-2014-005326.

No pareció influir en la implementación si la comisión la dirigía un Director Médico o Jefe de Departamento. Cuando había un Director, las medidas se aplicaron en 55/128 (43%) de las investigaciones terminadas, y cuando era un Jefe de Departamento, en 58/126 (46%). Destaca el hecho de que cuantos más departamentos se ven implicados, más complicado parece asumir la responsabilidad.

La mayoría de las medidas aplicadas son a nivel local. Por ejemplo modificaciones en el check list.

En 19 de 50 casos, las entrevistas mostraron que el evento adverso había supuesto el inicio de acciones organizativas que no fueron propuestas.

Agruparon los diferentes análisis por el tiempo dedicado a la investigación para examinar si la duración era un factor a tener en cuenta para la implementación y a qué nivel.

Se encontró que en el grupo de **corta duración** (<40 h.) (n = 14), las medidas se tomaron en 25/55 sugerencias, con 21/25 acciones a nivel local.

En el grupo de **duración media** (41-80 h.) (n = 21), las acciones se implementaron en 43/116 recomendaciones, con 28/43 acciones a nivel local.

En el grupo de **larga duración** (> 81 h.) (n = 8), las medidas se adoptaron en 24/46 recomendaciones con 20/24 con acciones a nivel local.

La duración difiere por un factor de más de 10, pero no parece influir en las medidas aplicadas o a qué nivel se hacen.

## Discusión y Conclusiones

Este estudio trata de buscar los factores que conducen al éxito para la implementación de las recomendaciones sugeridas en el análisis de incidentes tras los eventos adversos en un Hospital Universitario Sueco.

Los resultados muestran las ventajas de utilizar la combinación del análisis de contenido con entrevistas. La naturaleza semi-estructurada de las entrevistas

animó a reflexionar libremente y se tradujo en una importante cantidad de datos cualitativos.

La mayoría de los consejos dirigidos y aplicados por las comisiones fueron a nivel de organización local ("*próximo en el espacio*"), incluso cuando se trabajó mucho tiempo en ello.

Se demuestra que al sustituir a un individuo en una posición organizativa por otro, como no conoce la investigación anterior, adoptará pocas medidas adicionales a su predecesor. Se concluye que la continuidad en la gestión es un importante factor para la implementación exitosa de las recomendaciones ("*cercano en el tiempo*"). Este enfoque es el esperado, debido al modelo causal lineal del método utilizado. Para recomendaciones a niveles superiores, se necesita buscar objetivos en las relaciones organizativas.

Esto se resume en los dos principios De Hollnagel (1) ("*lo que buscas es lo que encuentras*") y ("*lo que encuentras es lo que arreglas*").

**En consecuencia, estos 2 principios parecen ser factores importantes para el cierre de la brecha entre las recomendaciones y su aplicación.**

En el futuro, las medidas destinadas a mejorar la calidad del sistema deberían centrarse en desarrollar e institucionalizar el registro de los eventos adversos y análisis posteriores, siendo menos vulnerable a la discontinuidad de los gestores.

El objetivo del análisis se debe cambiar para repartir las medidas correctivas de manera más uniforme entre los diferentes niveles de la organización.

La brecha entre el equipo de investigación y la organización investigada debe cerrarse. Se necesita trabajar para mejorar el diálogo entre ambos.

Se deben sacar lecciones de los incidentes que suceden fuera del sistema formal (establecido).

### **Comentario**

Los resultados son numerosos, pero puede haberse perdido perspectiva de la realidad, por el sistema de codificado utilizado.

Llama la atención, en un sistema estructurado a nivel nacional, que no haya registro de las recomendaciones implantadas por parte de la organización, y que los resultados solo dependan de las respuestas de los entrevistados, generando incertidumbre acerca de su fiabilidad.

La continuidad en el tiempo y la proximidad del espacio parecen importantes para cerrar la brecha entre las recomendaciones y la implementación de medidas, independientemente del tiempo empleado y de la jerarquía del que dirige la comisión. Por el contrario otros autores, en el mismo ámbito sueco, opinan que se dedica poco tiempo y escaso apoyo a las medidas correctoras, y consideran que la jerarquía puede tener gran influencia en la seguridad del paciente (2).

Las medidas implantadas a nivel local son las más frecuentes en los sistemas de análisis de incidentes en Europa, favorecidas por el tipo de método de análisis. La implicación de las instituciones gubernamentales introduce otro tipo de medidas de mayor alcance (3).

En España [SENSAR](#), con su base de datos ANESTIC, permite a los analizadores locales registrar las medidas propuestas y conocer en qué fase de la implementación se encuentran. También acceder a los incidentes de otros hospitales para valorar incidentes repetidos, permitiendo adoptar medidas comunes o realizar alertas (4). El Jefe de Servicio debe tener un papel destacado en la implementación.

No se ha estudiado el efecto de las recomendaciones aplicadas. En los sistemas de análisis de incidentes, la voluntariedad y la infra comunicación dificultan los datos epidemiológicos y la demostración de la eficacia de las medidas adoptadas (5).

### **Bibliografía**

1. Lundberg J, Rollenhagen C, Hollnagel E. What-You-Look-For-Is-What-You-Find-the consequences of underlying accident models in eight accident investigation manuals. *Saf Sci* 2009;47:1297–311.
2. Rollenhagen C, Westerlund J, Lundberg J, et al. The context and habits of accident investigation practices: a study of 108 Swedish investigators. *Saf Sci* 2010;48:859–67.
3. Reed S, Arnal D., Frank O, Gomez-Arnau JI et al. National critical incident reporting systems relevant to anaesthesia: a European survey. *Br J Anaesth* 2013; 112 (3), pp. 546-555. [PubMed](#)
4. Arnal D, Gómez-Arnau JI, Bartolomé A, et al. Cómo aprender de los errores: Tres incidentes del Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR). *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 2012;(Supl.2):S25-S30.

5. Parmelli E, Flodgren G, Fraser SG, Williams N, Rubin G, Eccles MP. Interventions to increase clinical incident reporting in healthcare. Cochrane Database Syst Rev 2012; Art. No.: CD005609. DOI: 10.1002/14651858.CD005609.pub  
[PubMed](#)

---

**Correspondencia al autor**

*Pilar Cabrerizo Torrente*  
[cabrerizopilar@gmail.com](mailto:cabrerizopilar@gmail.com)  
*Adjunto. Servicio de Anestesia y Reanimación.  
H. General Universitario Gregorio Marañón.  
Madrid*

*María Lema Tomé*  
[maria.lematome@gmail.com](mailto:maria.lematome@gmail.com)

*MIR. Servicio de Anestesia y Reanimación.  
H. General Universitario Gregorio Marañón.  
Madrid*

*Alejandro Garrido Sánchez*  
[alejandrogarrido@sensar.org](mailto:alejandrogarrido@sensar.org)  
*Adjunto. Servicio de Anestesia y Reanimación.  
H. General Universitario Gregorio Marañón.  
Madrid*

*Andrea Romera Rabasa*  
[andreilla111@hotmail.com](mailto:andreilla111@hotmail.com)  
*Adjunto. Servicio de Anestesia y Reanimación.  
H. General Universitario Gregorio Marañón.  
Madrid*

---

[Publicado en AnestesiaR el 29 de junio del 2015](#)