



Cartas al Director

Habilidades no técnicas en cirugía: una asignatura pendiente

Non-technical skills in surgery: A pending subject



Sr Director:

Hemos leído con gran interés la publicación de Berner y Ewertz¹ sobre la importancia de las habilidades no técnicas (HNT) en el entorno quirúrgico actual.

Recientemente comunicamos los resultados de una encuesta en nuestro centro sobre la percepción de estudiantes de medicina, residentes y facultativos especialistas de Cirugía General y Digestiva acerca del conocimiento de los factores humanos y las HNT². Destacan entre los resultados que el 60% de los encuestados desconocían la definición de factores humanos, sin embargo, los consideraban causa de eventos adversos (EA) en el entorno de trabajo, de forma ocasional o frecuente, el 77%. El fallo en comunicación fue determinado por el 37% como el factor más contribuyente en los EA presenciados, y el 71% consideró que las HNT eran igual de importantes que las habilidades técnicas. Finalmente, el 85% de los encuestados mostraron su interés en recibir comentarios sobre sus HNT.

Aunque el estudio de los factores humanos, las HNT y el papel que desempeñan en el bloque quirúrgico son conocidos ya desde hace décadas³, su relevancia ha cobrado importancia en los últimos años, hecho reflejado por el aumento de las publicaciones⁴⁻⁷.

En esta línea, el programa Cirugía Segura⁸, liderado por la AEC y promovido por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, incorpora en su contenido docente para la formación de profesionales sanitarios del ámbito quirúrgico unas directrices sobre las HNT y su contribución a la seguridad del paciente. Este contenido puede consultarse también en el manual editado con el mismo fin⁹.

Pensamos, como los autores¹, que el aprendizaje en HNT, el conocimiento y las habilidades quirúrgicas, así como la comprensión de los factores humanos, permiten proporcionar un abordaje integral a los pacientes contribuyendo al desarrollo de un entorno quirúrgico seguro.

No obstante, entendemos que este tipo de docencia debería incorporarse a la formación habitual, ya no solo de los

especialistas en formación del ámbito quirúrgico, sino también de los estudiantes de medicina como parte de su programa educativo, como ya se desarrolla en algunos centros^{5,6}. Este aprendizaje será sin duda de utilidad para desarrollar su labor profesional en entornos multi e interdisciplinares, como los que representan los distintos escenarios de la asistencia sanitaria en nuestro país.

B I B L I O G R A F Í A

1. Berner JE, Ewertz E. Importancia de las habilidades no técnicas en la práctica quirúrgica actual. Cir Esp. 2019;97:190-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.12.007>.
2. Ruiz Marin M, Gimenez Frances C, Fernandez Fernandez PV, Medina Manuel E, Fernandez Lopez AJ, Gonzalez Valverde FM, et al. Habilidades no técnicas en cirugía: la asignatura pendiente. Cir Esp. 2018;96(Espec Congr):8.
3. Fletcher GC, McGeorge P, Flin RH, Glavin RJ, Maran NJ. The role of non-technical skills in anaesthesia: a review of current literature. Br J Anaesth. 2002;88:418-29.
4. Jung JJ, Yule S, Boet S, Szasz P, Schulthess P, Grantcharov T. Nontechnical skill assessment of the collective surgical team using the Non-Technical Skills for Surgeons (NOTSS) System. Ann Surg. 2019. <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.00000000000003250>.
5. Gordon M, Farnan J, Grafton-Clarke C, Ahmed R, Gurbutt D, McLachlan J, et al. Non-technical skills assessments in undergraduate medical education: A focused BEME systematic review: BEME Guide no 54. Med Teach. 2019. <http://dx.doi.org/10.1080/0142159X.2018.1562166>.
6. Cha JS, Anton NE, Mizota T, Hennings JM, Rendina MA, Stanton-Maxey K, et al. Use of non-technical skills can predict medical student performance in acute care simulated scenarios. Am J Surg. 2019;217:323-8.
7. Collins JW, Dell'Oglio P, Hung AJ, Brook NR. The Importance of technical and non-technical skills in robotic surgery training. Eur Urol Focus. 2018;4:674-6.
8. Programa Cirugía Segura [consultado 18 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.cirugiasegura.es>

9. Aguilar Jimenez J. Habilidades no quirúrgicas para mejorar la seguridad en el quirófano. En: Soria V. Seguridad en el bloque quirúrgico. 1.ª ed. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia; 2018. pp. 28-41.

Miguel Ruiz Marín^{ab*}, Clara Giménez Francés^a,
Antonio Albarracín Marín Blázquez^{ab} y M. Fe Candel Arenas^{ab}

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^bUniversidad Católica San Antonio, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miguel_ruizman@yahoo.es
(M. Ruiz Marín).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.04.006>
0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Discrepencias en el análisis de la frecuencia, tipos de complicación y costes económicos en los pacientes ectópicos de cirugía general y digestiva

Discrepancies in the analysis of frequency, type of complications and costs of outlying patients in general and digestive surgery

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo publicado por los autores Gómez-Rosado et al.¹. Felicitamos a los autores por la iniciativa, pero queríamos hacer algunas consideraciones.

Ante su objetivo creemos fundamental obtener las complicaciones y los costes con los menores sesgos posibles. Sin embargo, para el cálculo de complicaciones utilizan el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), que recoge las complicaciones durante el ingreso (diagnósticos secundarios) señalados en el informe de alta. En un estudio retrospectivo, no parece que el CMBD refleje adecuadamente la totalidad de las complicaciones, teniendo en cuenta que por ejemplo, las náuseas, atelectasias, dolor mal controlado, etc. deben ser incluidas². Así nuestro equipo ha comprobado, por ejemplo, que el coste postoperatorio mediano varía de un paciente sin complicaciones a uno con un grado I de la clasificación de Clavien Dindo de 758,64€ a 1106,97€ en el caso de una apendicectomía y de 379,33€ a 755,55€ en el caso de una colecistectomía³.

En su estudio, el 9% de los pacientes tuvieron complicaciones. En el estudio prospectivo de 1850 pacientes consecutivos intervenidos en un servicio de cirugía vimos que el 27,7% presentaron complicaciones. Este porcentaje fue del 10,7; 22,6; 63,5 y 71,4% en la cirugía menor, moderada, mayor y mayor+, respectivamente⁴. Como hemos defendido previamente, creemos que las complicaciones se deben recoger prospectivamente de formularios específicos, notas de evolución médicas y de enfermería. El seguimiento debe llevarse a 90 días⁴. A pesar de ello hay sesgos que no pueden ser eliminados⁴. Hemos comprobado que al calcular en el informe de alta el Comprehensive Complication Index⁵, que tiene en

cuenta todas las complicaciones, los facultativos fallan en el 19% de la serie global y en el 51% cuando solo se tienen en cuenta los pacientes con complicaciones⁶. La auditoría externa imparcial sería una solución.

Los autores aparecen por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), sin embargo, la diferencia del número y gravedad de complicaciones de un GRD con complicación y/o comorbilidad frente a otro GRD igual puede ser muy importante. No se deberían utilizar para el objetivo del trabajo. Además, el basarse en el CMBD nos puede llevar a asignar como GRD sin complicación a pacientes que las han tenido.

No parece correcto calcular el gasto según costes agregados por GRD a pesar de las correcciones llevadas a cabo. Este cálculo no se ajusta a la realidad de un paciente concreto, que es lo que pretende el trabajo (diferenciar los resultados en los pacientes ectópicos frente a los no ectópicos). Creemos que se debería haber considerado los costes del ingreso y reintegros – si los hubiere – durante al menos 90 días. Desde la perspectiva del hospital, estos costes deberían incluir las estancias, medicación, analíticas, radiología, intervenciones radiológicas y/o endoscópicas y reintervenciones como consecuencia de las complicaciones. Además si se considera el gasto por complicaciones postoperatorias, todos los costes preoperatorios y la operación índice, deberían ser excluidos³. No debemos seguir calculando la morbilidad de los procedimientos ni el coste con herramientas tan poco fiables.

B I B L I O G R A F I A

1. Gomez-Rosado J-C, Li Y-H, Valdés-Hernández J, Oliva-Mompeán F, Capitán-Morales L-C. Análisis de la frecuencia,