

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_ruizmarin@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.



Discrepancias 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 reingresos – 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.

BIBLIOGRAFÍA

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

- tipos de complicación y costes económicos en los pacientes ectópicos de cirugía general y digestiva. *Cir Esp.* 2019.
- Dindo D, Demartines N, Clavien P-A. Classification of surgical complications. *Ann Surg.* 2004;240:205-13.
 - De la Plaza Llamas R, Hidalgo Vega Á, Latorre Fragua RA, López Marcano AJ, Medina Velasco AA, Díaz Candelas DA, et al. The cost of postoperative complications Economic validation of the Comprehensive Complication Index. Prospective study. *Ann Surg.* 2019. Publish Ahead of Print. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003308>.
 - De la Plaza Llamas R, Ramia Ángel JM, Bellón JM, Arteaga Peralta V, García Amador C, López Marcano AJ, et al. Clinical validation of the comprehensive complication index as a measure of postoperative morbidity at a surgical department: A Prospective Study. *Ann Surg.* 2018;268:838-44.
 - Slankamenac K, Graf R, Barkun J, Puhan MA, Clavien PA. The comprehensive complication index: a novel continuous scale to measure surgical morbidity. *Ann Surg.* 2013;258:1-7.
 - De la Plaza Llamas R, Ramia Ángel J, García Gil J, Arteaga Peralta V, García Amador C, López Marcano A, et al. Registro prospectivo de todas las complicaciones postoperatorias en

un servicio de cirugía general ¿Como hacerlo? *Cir Esp.* 2018;96Suppl:S7.

Roberto de la Plaza Llamas*,
Ignacio Antonio Gemio del Rey y José Manuel Ramia

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rdplazal@sescam.jccm.es
(R. de la Plaza Llamas).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.04.009>
0009-739X/

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

Respuesta a «Habilidades no técnicas en cirugía: una asignatura pendiente»



A response to «Non-technical skills in surgery: A pending subject»

Sr. Director:

Apreciamos el interés que el Dr. Ruiz Marín et al. han demostrado con respecto a nuestra reciente publicación en CIRUGÍA ESPAÑOLA¹. Uno de nuestros objetivos, como autores de este artículo, era promover la discusión sobre habilidades no-técnicas y factores humanos en la comunidad quirúrgica hispanoparlante.

Concordamos que existe un desafío pendiente en actualizar en esta materia a los equipos de cirujanos que ya se encuentran entrenados y ejerciendo sus labores. Nos alegramos de que en España ya existan iniciativas como «Cirugía segura» que han logrado involucrar carteras gubernamentales en esta tarea². Creemos que tanto los ministerios de sanidad como las sociedades profesionales son indispensables para esto, de la manera que los Colegios Reales de Cirujanos lo han logrado en el Reino Unido y Australia. Ojalá iniciativas como estas pudieran replicarse en otros países de Latinoamérica.

Coincidimos también, que la formación de estudiantes de medicina en estos tópicos es un desafío distinto que requiere involucrar otros actores, tales como las escuelas de medicina y sus entidades reguladoras. Son las universidades las instituciones ideales para desarrollar trabajo interdisciplinario para obtener soluciones que ayuden a proveer servicios quirúrgicos más seguros y desarrollar proyectos de investigación sobre esta materia en nuestra región.

BIBLIOGRAFÍA

- Berner JE, Ewertz E. The importance of non-technical skills in modern surgical practice. *Cir Esp.* 2019;7:5-10.
- Ruiz Marín M, Giménez Francés C, Fernández Fernández PV, Medina Manuel E, Fernández López AJ, González Valverde FM, et al. Habilidades no técnicas en cirugía: la asignatura pendiente. *Cir Esp.* 2018;96. Espec Congr 8.

Juan Enrique Berner^{abc*} y Ernesto Ewertz^{abc}

^aKellogg College, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido

^bDepartamento de Cirugía Plástica, Queen Victoria Hospital, East Grinstead, Reino Unido

^cHospital del Trabajador, Santiago, Chile

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juan.berner@nhs.net (J.E. Berner).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.05.006>
0009-739X/

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