Estudio sobre la frecuencia, gravedad y etiología de las fallas en el cuidado postoperatorio de cirugía digestiva mayor electiva. Symons NRA, et al. *Ann Surg.* 2013;257:1-5.

La posibilidad de error en el proceso de cuidado postoperatorio es un hecho conocido, y su ocurrencia puede causar daño al paciente, prolongar la estada hospitalaria, consumir recursos en forma excesiva y, en general, empeorar el pronóstico de los pacientes. Estas fallas son más probables de observar en ambientes más complejos y en donde participan múltiples equipos. A su vez, mientras más complejo sea un proceso y por tanto, existan más actividades a desarrollar, mayor es el número de personas que interviene. Por tanto, los equipos multidisciplinarios requieren gran comunicación y coordinación que evite las fallas y los eventos adversos.

El esfuerzo por reducir los eventos adversos pasa por conocer las fallas en los procesos que subyacen, puesto que un evento adverso puede tener múltiples causas. El objetivo de este trabajo del Departamento de Cirugía del Imperial College London fue investigar la frecuencia y naturaleza de las fallas en los procesos de cuidados postoperatorios de pacientes sometidos a cirugía general mayor electiva. Se trató, además, de conocer la evitabilidad y el daño producido por estas fallas y su relación con los eventos adversos.

Se llevó a cabo un estudio prospectivo entre los años 2008 y 2010, que incluyó pacientes sometidos a cirugía mayor electiva, abierta o laparoscópica. Se estudiaron 50 pacientes con una edad media de 60 años, en que el 74% fue intervenido por cáncer digestivo. El 60% de los pacientes era ASA 2. La media de hospitalización fue de 11 días, de modo que hubo un seguimiento de 659 días de internación en el hospital. Se definió como evento no rutinario (ENR) cualquier evento que a juicio de los tratantes era inusual o atípico y evento adverso, cualquier lesión causada por el manejo médico, aparte del

proceso mismo de la enfermedad, que se traduce ya sea en una prolongación de la estada hospitalaria o una incapacidad al alta.

Se registró una media de 6 ENR por paciente (total 352), el 73% (n = 256) por fallas en el proceso de cuidado (media de 4,5/paciente). Los otros ENR correspondieron a complicaciones conocidas, no dadas por falla en los procesos. Las fallas fueron definidas como de medicación en el 44%, por errores en prescripción, distribución, administración de éstos; del cuidado mismo del paciente (vías, drenajes, epidurales) en el 39%; en la evaluación y diagnóstico en el 9% y en investigaciones postoperatorias (imágenes, microbiología) en el 8%.

De las fallas en los procesos, un 85% se catalogó como prevenible y aunque en este estudio no hubo muertes ni secuelas permanentes, el 51% de estas fallas significó algún daño para el paciente o prolongó la estada hospitalaria. Se identificaron 64 eventos adversos en 34 pacientes, pero sólo 23 se debieron a fallas en los procesos. No obstante, el 91% de estos eventos adversos asociados a fallas en los procesos, se consideraron prevenibles.

Por último, se observó que las fallas en la comunicación y los retrasos fueron las principales causas de las fallas en los procesos (54%) y eventos adversos (74%).

Los autores enfatizan que pueden ocurrir numerosas fallas en los procesos del cuidado postoperatorio de los pacientes, que estas fallas son altamente prevenibles y que muchas de ellas pueden causar daño, aunque, como en este estudio, la evolución postoperatoria fue buena. Cualquier mejora en este sentido puede evitar daño en los pacientes, reducir el malgasto de recursos y disminuir los días de hospitalización.

Dr. Ricardo Espinoza G.
Universidad de los Andes
Santiago, Chile