

LES SESSIONS DE MORBIDITAT I MORTALITAT ALS SERVEIS DE CIRURGIA GENERAL DELS HOSPITALS PUBLICS CATALANS

*Enganya el proïsme i potser siguis intel.ligent.
Enganya 't a tu mateix i seràs un estúpid.*

Dita persa

La Junta Directiva de la SCC ha fet de la qualitat assistencial un dels seus objectius prioritaris i creu que la generalització de les sessions de M&M al nostre país pot contribuir decisivament a millorar el servei que prestem els cirurgians generals.

Durant el curs 2005-2006 s'han dut a terme una sèrie d'enquestes entre els socis de la SCC sobre aquesta qüestió. De les respostes obtingudes hem elaborat aquest document de consens sobre les finalitats, metodologia i implementació de les sessions de M&M a casa nostra.

Bases teòriques

La taxa de mortalitat i de complicacions per molts procediments quirúrgics varien molt significativament entre centres, àdhuc ajustant per factors de risc, la qual cosa ha posat de relleu la importància del factor "cirurgia" en els resultats clínics de les intervencions quirúrgiques, tant a curt com a llarg plaç. Això implica que una proporció rellevant d'efectes adverses de la cirurgia estan relacionats amb pràctiques errònies o millorables. Aquest fet, lluny de ser motiu de preocupació negativa, fa palesa la complexitat i la dificultat de la nostra feina i a la vegada la dignifica. D'altra banda, disposem d'eines per tal de reduir les conseqüències indesitjables de la cirurgia que van des de la formació fins l'equipament tecnològic. A més, la monitorització i la crítica dels propis resultats clínics és un dels instruments més potents per a la millora assistencial. Com suggerí Popper, "s'aprèn més dels propis errors que adquirint nova informació".

Finalment, no sempre s'ha d'atribuir a la cirurgia *per se* complicacions que poden estar relacionades amb el "sistema" i això també fonamenta la pràctica de sessions de M&M on cal posar de manifest carències que van més enllà de "l'error" com ara, la inexperiència, un lloc inapropiat de treball per a determinada competència, la mala comunicació entre el personal, la inadequació de l'equipament o les pressions horàries.

Història

Les auditories internes de les que posteriorment derivaren les sessions de M&M foren implantades durant el primer terç del segle XX al món anglosaxó. Destaquen els esforços inicials fets al Massachussets General Hospital de Boston i al Saint Mark's Hospital de Londres. Aquests centres pioners en el registre i l'anàlisi de la mortalitat i de les complicacions perioperatòries, van mostrar que aquest era un dels camins més efectius per reduir-les i millorar la qualitat assistencial. L'exemple es va difondre ràpidament i podem dir que en l'actualitat la pràctica totalitat de departaments o serveis de cirurgia general universitaris als USA i al Regne Unit celebren regularment sessions de M&M. Als països on hi ha menys tradició crítica i menys cultura científica la implementació de les sessions de M&M és encara rudimentària i a voltes mirada amb suspicàcia. A Espanya, les primeres sessions de M&M periòdiques, estructurades i documentades es van implementar possiblement al 1985 a l'Hospital del Mar i d'ençà la seva difusió ha estat progressiva pero encara insuficient.

Situació a Catalunya

A Catalunya, aproximadament 25 serveis de cirurgia d'hospitals públics (un 50% dels serveis de cirurgia general) celebren regularment sessions de M&M, setmanals o mensuals. Vuit centres han incorporat aquesta pràctica en els darrers 5 anys la qual cosa fa pensar que estem en fase de creixement d'aquesta pràctica. En qualsevol cas, hi ha unanimitat entre els socis de la SCC sobre el fet que les sessions de M&M poden contribuir eficaçment a millorar la qualitat assistencial. També valoren molt alt (7-9/10) el paper que juguen aquestes sessions en l'àmbit docent i en la modificació dels protocols i les guies de pràctica clínica.

Metodologia

En l'actualitat les sessions de M&M en el nostre entorn es duen a terme sense control formal de l'assistència dels integrants del servei. En la meitat dels serveis de cirurgia que desenvolupen sessions de M&M, són invitats metges d'altres serveis implicats i en els tres quarts es porta algun tipus de registre dels casos complicats i de la mortalitat. Uns 20 serveis fan algun tipus d'anàlisi/estructuració dels efectes adversos tot i que, en general, es considera que fora útil com a part integral d'una anàlisi encaminada a millorar el producte final. En la quasi totalitat de serveis es prenen acords, una vegada discutits els casos més rellevants, encaminats a evitar la repetició futura dels efectes adversos que mereixen la qualificació d'evitables.

Es proposa un format metodològic comú basat en els següents punts:

- 1) Reconstrucció del cas (sempre en presència dels cirurgians implicats)
- 2) Anàlisi per problemes
- 3) Identificació de punts crítics

- 4) Acords correctius
- 5) Monitorització

Pel que fa a la presentació de efectes adversos, han de ser presentats tots ells a efectes de registre encara que no mereixin la mateixa atenció en la discussió en comú. Tanmateix, cal afegir que sovint complicacions o exitus aparentment “lògics” esdevenen allisonadores quan s’analitzen en profunditat.

Finalment, la SCC proposa que es porti un registre o llibre d’actes de les sessions de M&M que sigui complet, precís i honest. Aquest tipus de registre té com a utilitat fonamental la quantificació en el temps dels efectes adversos de la assistència quirúrgica i eventualment, pot tenir valor com a prova pericial en casos de demandes per malpraxis.

Sessions de M&M i malpraxis

Cada cop és més intensa la pressió ambiental per tal de minimitzar les complicacions post-quirúrgiques la qual cosa fa que s’incrementin les demandes per malpraxis, sovint sense una base raonable. La literatura assenyala que una mala comunicació metge-pacient està en la base de moltes demandes. Tot i així, hi ha una “vigilància creixent” per part dels pacients i l’entorn judicial sobre casos de possible mala praxis. En aquest sentit, les sessions de M&M poden servir de pal·liatiu tant *a priori* evitant possibles errors com *a posteriori* reflectint la preocupació i la bona fe de l’equip assistencial. En aquest sentit, la SCC proposa als seus propis pèrits i a les instàncies judicials que la certificació de la discussió de casos problema en sessions formals de M&M es tingui en compte a l’hora d’emetre els informes pericials pertinents. Aquest no és un fet que canviï el resultat final d’una possible malpraxi però sí que mostra la voluntat de l’equip assistencial d’aprendre i de reflexionar sobre seqüeles postoperatòries no desitjades.

Conclusions

A Catalunya aproximadament el 50% dels serveis de cirurgia als hospitals públiques celebren sessions de M&M un cop a la setmana o al mes des de fa uns 6 anys de promig. Hi ha en general poca participació d’altres serveis implicats i només en dos terços dels centres es porta algun tipus de registre dels efectes adversos discutits o es fa un tractament estructurat dels mateixos.

Les sessions de M&M tenen un gran potencial docent i de milloria de la qualitat assistencial i s’han de fer extensives a tots els serveis de cirurgia del nostre país. Es proposa un format metodològic comú.

L’augment progressiu de les demandes per mala praxi obliga a una monitorització estreta dels efectes adversos de la cirurgia. La existència

d'un llibre d'actes o registre de les sessions de M&M pot ser útil com a document mèdic-legal. Es suggereix que en els peritatges fets per membres de la SCC es consideri com a pal.liatiu en casos de mala praxis la discussió i anàlisi del cas sota judici en una sessió de M&M.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clarke JR. Making surgery safer. JACS 2003; 133:614-21.
2. Davenport, DL; Henderson, WG; Khuri, SF; Mentzer, RM. Preoperative risk factors and surgical complexity are more predictive of costs than postoperative complications - A case study using the National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) database. Ann Surg 2005; 242: 463-471.
3. Gordon L. Can Cedar's-Sinai "M&M" matrix save surgical education?. Bull Am Coll Surg Vol. 89, Nr. 6. June 2004.
4. Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. Surgery 2003; 133:614-21.
5. McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. Br Med J 1983; 287:1919-1923.
6. Pollock AV. Postoperative complications in surgery. Blackwell Ed., 1991.
7. Veen EJ, Janssen-Heijnen ML, Leenen LP, Roukema JA. The registration of complications in surgery: a learning curve. World J Surg 2005; 29:402-9.