

## Las sesiones de morbilidad y mortalidad en los servicios de cirugía general de los hospitales públicos catalanes

*Engaña a tu prójimo y quizá seas inteligente.  
Engáñate a ti mismo y serás un estúpido.*

Proverbio persa

Las tasas de mortalidad y de complicaciones postoperatorias de muchos procedimientos quirúrgicos varían significativamente entre centros, incluso tras ajustar por factores de riesgo, lo que ha puesto de manifiesto la relevancia del factor “cirujano” en los resultados de las intervenciones quirúrgicas tanto a corto como a largo plazo. Ello implica que una proporción relevante de efectos adversos de la cirugía se relaciona con prácticas erróneas o mejorables. Este hecho, lejos de ser motivo de preocupación negativa, pone en evidencia la complejidad y la dificultad de nuestro trabajo a la par que lo dignifica. Por otra parte, disponemos de instrumentos para reducir las consecuencias indeseables de la cirugía que van desde la formación continuada hasta el equipamiento tecnológico. Además, la monitorización y la crítica de los propios resultados es uno de los instrumentos más potentes para la mejora de la calidad asistencial. Tal como sugirió Popper: “se aprende más de los propios errores que buscando información nueva”. Finalmente, no siempre se han de atribuir a la cirugía en sí complicaciones que pueden estar relacionadas con el “sistema”, lo cual también alienta la práctica de las sesiones de morbilidad y mortalidad (M&M), en las que es preciso poner de manifiesto las carencias que van más allá del “error” como, por ejemplo, la inexperiencia, un puesto inadecuado de trabajo para una determinada competencia, mala comunicación entre el personal, la inadecuación del material o las presiones horarias.

### Historia

Las auditorías internas de las que posteriormente derivarían las sesiones de M&M se implantaron durante el primer tercio del siglo xx en el mundo anglosajón. Destacan los esfuerzos iniciales realizados en el Massachusetts General Hospital de Boston y en el Saint Mark's Hospital de Londres. Estos centros pioneros en el registro y el análisis de la mortalidad y las complicaciones perioperatorias mostraron que éste era uno de los caminos

más efectivos para reducirlos y para mejorar la calidad asistencial. El ejemplo se difundió rápidamente y puede decirse que, en la actualidad, la práctica totalidad de los departamentos o servicios de cirugía en Estados Unidos y Reino Unido celebran regularmente sesiones de M&M. En los países con menos tradición crítica y menos cultura científica, la implementación de las sesiones de M&M es aún rudimentaria y a menudo vista con suspicacia. Posiblemente las primeras sesiones periódicas, estructuradas y documentadas en España se realizaron a partir de 1985 en el Hospital del Mar y, desde entonces, su difusión ha sido progresiva, pero aún insuficiente.

### Situación en Cataluña

En Cataluña, aproximadamente 25 servicios de cirugía general de hospitales públicos (el 50% del total) celebran sesiones de M&M con periodicidad semanal o mensual. Ocho centros han incorporado esta práctica en los últimos 5 años, lo cual hace pensar que esta actividad se encuentra en fase de expansión. En cualquier caso, hay unanimidad entre los socios de la Societat Catalana de Cirurgia (SCC) acerca de que las sesiones de M&M pueden contribuir eficazmente a mejorar la calidad asistencial. También valoran muy alto (7-9/10) el papel de estas sesiones en el ámbito docente y en la modificación de los protocolos y las guías de práctica clínica.

### Metodología

En la actualidad las sesiones de M&M en nuestro entorno se realizan sin un control formal de asistencia de los integrantes del servicio. En la mitad de los servicios en que se desarrollan sesiones de M&M, se invita a médicos de otros servicios implicados y en las tres cuartas partes se lleva un registro de los casos complicados y de la mortalidad. Unos 20 servicios realizan algún tipo de análisis/estructuración de los efectos adversos y, en general, se entiende que este ejercicio es útil como parte integral de un análisis encaminado a mejorar el producto final. En casi la totalidad de los servicios se toman acuerdos, una vez discutidos los casos más relevantes, encaminados a evitar la repetición futura de los efectos adversos que merezcan la calificación de evitables.

Para el desarrollo de las sesiones de M&M se propone un formato metodológico común basado en los siguientes puntos: *a)* reconstrucción del caso (siempre en presencia de los cirujanos implicados); *b)* análisis por problemas; *c)* identificación de puntos críticos; *d)* acuerdos correctivos, y *e)* seguimiento.

Por lo que respecta a la presentación de los efectos adversos, hay que comunicarlos en su totalidad a efectos de registro, aunque no merezcan la misma atención durante su puesta en común. Sin embargo, debe reconocerse que a menudo complicaciones o muertes "lógicas" son muy aleccionadoras cuando se analizan en profundidad.

Finalmente, la SCC propone que se lleve un registro o libro de actas de las sesiones de M&M que sea completo, preciso y honesto. Este tipo de registros tiene como utilidad la cuantificación en el tiempo de los efectos adversos de la asistencia quirúrgica y, eventualmente, puede tener valor como prueba pericial en casos de demandas por mala praxis.

### Sesiones de M&M y mala praxis

Cada vez es más intensa la presión ambiental para que se minimicen las complicaciones postoperatorias, lo que hace que se incrementen las demandas por mala praxis, a menudo sin una base razonable. La bibliografía apunta que la mala comunicación entre médico y paciente se encuentra en el origen de muchas demandas. Con todo, existe una "vigilancia creciente" por parte de los pacientes y del entorno judicial sobre casos de posible mala praxis. En este contexto, las sesiones de M&M pueden servir de paliativo tanto a priori evitando posibles errores como a posteriori reflejando la preocupación y la buena fe del equipo asistencial. En este sentido, la SCC propone a sus propios peritos y a las instancias judiciales que la certificación de la discusión de casos problema en sesiones formales de M&M sea tenida en cuenta en el momento de emitir los informes o sentencias pertinentes. Éste no es un hecho que altere el resultado final de una posible mala praxis, pero sí que es una muestra de la voluntad del equipo asistencial de reflexionar y aprender de las secuelas postoperatorias indeseables.

### Conclusiones

En Cataluña, aproximadamente el 50% de los servicios de cirugía general celebran sesiones de M&M una vez a la semana o al mes desde hace, como promedio, unos 6 años. En general hay poca participación de otros servicios y sólo en dos tercios de los servicios se lleva algún tipo de registro de los efectos adversos discutidos o se realiza una discusión estructurada de ellos.

Las sesiones de M&M tienen un gran potencial docente y de mejora de la calidad asistencial y se han de hacer extensivas a todos los servicios de cirugía de nuestro país. Se propone un formato metodológico común.

El aumento progresivo de las demandas por mala praxis obliga a una estrecha monitorización de los efectos adversos de la cirugía. La existencia de un libro de actas o de registro de las sesiones de M&M puede ser útil como documento médico-legal. Se sugiere que, en los peritajes realizados por miembros de la SCC, se considere como paliativo en casos de mala praxis la discusión y el análisis del caso sometido a juicio en una sesión de M&M.

**Antonio Sitges-Serra**

Presidente de la Societat Catalana de Cirurgia.  
Barcelona, España.

### Bibliografía general

- Clarke JR. Making surgery safer. *JACS*. 2003;133:614-21.
- 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;242:463-71.
- Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*. 2003;133:614-21.
- Gordon L. Can Cedar's-Sinai "M&M" matrix save surgical education? *Bull Am Coll Surg*. 2004;89. Disponible en: [www.facs.org/fellows\\_info/bulletin/2004/june04bullet.html](http://www.facs.org/fellows_info/bulletin/2004/june04bullet.html)
- McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *Br Med J*. 1983;287:1919-23.
- Pollock AV. *Postoperative complications in surgery*. Oxford: Blackwell; 1991.
- 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.