



## Editorial

Artículo español

# Hacen lo que saben sin saber lo que hacen.

## They do what they know but they don't know what they do.

Antonio Zarazaga Monzón

Profesor Colaborador de la Universidad Autónoma de Madrid

Jefe de Sección de Calidad en Servicio de Cirugía de Hospital Universitario, hasta 2010, España

*La verdadera ignorancia no es la ausencia de conocimientos, sino el hecho de negarse a adquirirlos.  
Karl Popper<sup>1</sup>.*

Cuando nuestro grupo de trabajo<sup>2 3 4</sup> decidió investigar sobre la monitorización de resultados clínicos en la práctica quirúrgica, ya contaba con dificultades conocidas o sospechadas por cualquier cirujano en ejercicio. Era por todos conocido que las bases de datos genéricas hospitalarias existentes, y lo que es peor, las venideras, se preocupaban más de acumular datos económico-administrativos que de aportar datos fiables y útiles para que el clínico sacara conclusiones sobre su evolución personal o de su unidad y tomara las decisiones oportunas. Lo que nuestro grupo desconocía era que la investigación iba a transformarse en un proceso de "arqueología del conocimiento". Es decir, confirmación de datos fiables a partir de información incompleta, errónea e incluso inexistente. El desarrollo de una Base de Datos Interrelacionada (BDI) (La relación entre dos BD permite la obtención de datos inexistentes en ambas), unido a un procedimiento "depurador" (cirujano auditor), permitió la obtención una BD con variables fiables y útiles para el clínico.

Y ahora hablemos de las sorpresas o dificultades inesperadas. Las BD hospitalarias no tenían errores administrativos, pero existían dos variables desconsideradas: el proceso y el procedimiento (¡nada menos!). Se establecieron 4 grados de *discrepancia* entre el procedimiento quirúrgico realizado y lo registrado en las BD. En la toma de decisiones clínicas se exigirá un grado 0, para la elaboración de Grupos Diagnósticos Relacionados (GDR) y evaluaciones administrativas, podrían incluirse las de grado 1. En la discrepancia grado 2 el procedimiento es muy diferente al realizado, y en el grado 3 estamos ante un registro erróneo o falso. En el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) las discrepancias (grados 2 y 3) supusieron el 27,7% de los registros y en HP-HIS el 25,2%. Las áreas quirúrgicas con mayor porcentaje de registros discrepantes en CMBD y HP-HIS fueron procedimientos quirúrgicos rectales (25,3% y 21,4%) y cólicos (17,2% y 20,7%). El porcentaje de discrepancia aumentó con la complejidad quirúrgica. Dejemos las conclusiones para el final.

Otras sorpresas. Al intentar valorar resultados: óptimos y eventos adversos (EA) apreciamos una gran variabilidad. Respecto a la definición, medición de los EA, y la gravedad de estos, no existe un acuerdo universal, lo que dificulta su integración y la aplicación de estándares. En algo tan concreto como la mortalidad, la variabilidad es cuantiosa: postoperatoria, quirúrgica, ocurrida en el servicio quirúrgico, hasta los 30, 60 o 90 días, excluyendo reingresos, muertes en otros servicios (como reanimación), aunque la muerte sea consecuencia de una intervención quirúrgica por una complicación de la intervención primitiva. Lo mismo consideramos respecto a la definición de otros EA, como dehiscencias, clínicas o asintomáticas, fistulas, eventraciones, reingresos, reintervenciones a largo plazo, etc...

¿Acaso nuestras intervenciones tienen un periodo de garantía? ¿Las eventraciones postoperatorias o la reproducción de las hernias, las estenosis anastomóticas, las secuelas, no son fracasos o EA? **Causa causae est causa causati. La causa de la causa es la causa de lo causado.**

Ello nos llevó a buscar los llamados **EA desapercibidos** considerando como tal una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, y no por la patología de base, inexistente en las Bases de Datos o desubicado por estar imputado a otras unidades o especialistas. Esta situación se favorece por los criterios de sistematización informática existentes en las BD genéricas hospitalarias.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ant.zarazaga@gmail.com](mailto:ant.zarazaga@gmail.com) (Antonio Zarazaga Monzon).

Recibido el 18 de agosto de 2016; aceptado el 26 de agosto de 2016.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia:  
Articles published in this journal are licensed with a:  
Creative Commons Attribution 4.0.  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>  
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos,  
ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

## Consecuencias:

La **mortalidad desapercibida** en determinados procedimientos analizados de cirugía de colon (465 pacientes) puede alcanzar el 50% (8 pacientes de 16 fallecidos) y el de **reintervenciones desapercibidas** un 43,06% (de 137 reintervenciones realizadas, 59 eran tardías y desapercibidas.) No olvidemos las eventraciones y las reintervenciones de esas propias eventraciones. De 4.548 pacientes intervenidos de todos los procedimientos ofertados en la cartera de servicios, el número de pacientes reintervenidos en los **primeros 30 días** fueron 170 pacientes (**3,73%**). Reintervenidos entre los 30 y 60 días 30 pacientes (4,39%). Reintervenidos entre los 60 y 100 días 12 pacientes más, y reintervenidos a más de 100 días 131 pacientes. En total el porcentaje de pacientes reintervenidos a más de 100 días había aumentado de un 3,7% al alta a un 7,54%, en un total de 343 pacientes. El total de reintervenciones fueron 606 (13,25%), ya que algunos pacientes sufrieron varias reintervenciones (El 27,7% más de dos).

Resumiendo, la falta de consenso sobre cómo definir y valorar los acontecimientos adversos postoperatorios ha dificultado en gran medida la evaluación del proceso quirúrgico. Los datos son incomparables. Esto no sólo ha dado lugar a resultados engañosos, sino que favorece la *manipulación* de los datos. La principal barrera, para el uso de los sistemas informáticos es la poca diligencia de los médicos para completar la información clínica necesaria y significativa en la historia clínica. Consecuentemente, se desarrollan bases de datos hospitalarias oficiales con datos redundantes, ambiguos, erróneos, discrepantes y en ocasiones ausentes, útiles para generar estadísticas de carácter económico o administrativo, pero inservibles para cualquier tipo de investigación científica basada en ellos. Los datos que alimentan a la administración y que le permiten generar cuadros de mandos de la actividad quirúrgica (estancias medias, actividad y ocupación de quirófanos, etc.) e incluso los utilizados GRD's, con sus conclusiones coste-utilitarias, son más "groseros" que los que necesitarían los cirujanos para alimentar un sistema que valorara resultados clínicos y permitiera tomar decisiones terapéuticas. Las BD genéricas hospitalarias tienen claras ventajas sobre las BD específicas: permiten detectar EA que se presentan fuera de los servicios quirúrgicos, abarcan un gran período de tiempo permitiendo calcular tendencias y detectar EA distantes, y la diversidad de elementos almacenados permite la búsqueda de asociaciones inesperadas. Sin embargo presentan sus propios inconvenientes, como son imprecisiones, errores y ausencias en variables clínicas importantes, por lo que es preciso realizar un proceso depurado por el propio clínico responsable.

Hasta este momento podíamos alegar desconocimiento, pero desde ahora, estamos advertidos, y si no asumimos nuestra responsabilidad, solo podremos aferrarnos a la ignorancia (*¡Ni lo sé, ni me importa!*).

## Referencias / Referencias

1. Popper, Karl (1934). The Logic of Scientific Discovery. New York: Routledge (publicado el 2009). ISBN 3-16-148410-X.
2. Martín-Vega, A, Zarazaga, A, Rodríguez-Montes, J.A: Desarrollo de una base de datos interrelacionada para la toma de decisiones clínicas en un Servicio de Cirugía General. Rev Esp Inv Quir 2015; 18(4):151-156.
3. Martín-Vega, A, Zarazaga, A, Rodríguez-Montes, J.A: Fiabilidad de la base de datos interrelacionada para la toma de decisiones clínicas en un Servicio de Cirugía General. Rev Esp Inv Quir 2015; 18(4):157-163.
4. Martín-Vega, A, Zarazaga, A, Rodríguez-Montes, J.A: Monitorización de eventos adversos en un Servicio de Cirugía General mediante una base de datos interrelacionada. Rev Esp Inv Quir. 2015; 18(4):164-170.