



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Revista Oficial de la Asociación Española de Cirujanos
FEBRERO 2019

Volúmenes 97, Especial Congreso 2, Noviembre 2019

XIII Reunión Nacional de Cirugía
del 2 al 6 de noviembre de 2019



www.elsevier.es/cirugia

O-147 - ¿TIENE UN MAYOR COSTE ECONÓMICO POSTOPERATORIO LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE POR LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES? ESTUDIO PROSPECTIVO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

de la Plaza Llamas, Roberto; Arteaga Peralta, Vladimir; Latorre Fragua, Raquel Aránzazu; López Marciano, Aylhín Joana; Medina Velasco, Aníbal Armando; González Sierra, Begoña; Díaz Candelas, Daniel Alejandro; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Objetivos: Los estudios de costes postoperatorios son poco frecuentes. El factor más importante en la diferencia en los costes postoperatorios dentro de un procedimiento quirúrgico es la morbilidad. Habitualmente se ha considerado que los pacientes intervenidos quirúrgicamente por los médicos internos residentes tienen un mayor coste que los operados por cirujanos staff. El objetivo de este estudio es determinar si hay diferencias en el coste postoperatorio total (CPT) en los diferentes procedimientos quirúrgicos llevados a cabo por staff y residentes como primer cirujano.

Métodos: Estudio de cohorte observacional prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes cuya primera intervención quirúrgica se produjo entre el 1 de marzo de 2016 y el 28 de febrero de 2017. Se excluyó la cirugía menor ambulatoria. Se consideró complicación cualquier evento negativo durante la hospitalización incluso aquellos relacionados remotamente con la intervención. Los reingresos asociados directa o indirectamente con la cirugía fueron incluidos. Se registraron y gradaron prospectivamente de acuerdo a la CDC todas las complicaciones y se computaron los costes ocurridos durante la estancia hospitalaria o si el paciente fue reingresado en el hospital dentro de los 90 días después de la intervención quirúrgica como consecuencia de alguna complicación relacionada directa o indirectamente con la operación índice. Las cirugías fueron clasificadas por su complejidad con el Operative Severity Score (OSS): menor, moderada, mayor y mayor+. Se consideraron además 4 grupos de cirugía homogéneas: 1) Apendicectomía urgente: abordaje abierto y laparoscópico, 2) Hernioplastia con ingreso, 3) Colectomía laparoscópica 4) Colectomía: abiertas o laparoscópicas excluyendo la resección anterior baja del recto y la amputación abdominoperineal. En los últimos 3 grupos solo se incluyeron los procedimientos electivos. Se consideraron los costes desde la perspectiva del hospital. No se consideró el coste del quirófano índice ni ningún coste preoperatorio. En los costes económicos de cada paciente no se individualizaron por el hospital entre otros costes de: farmacia, analíticas, prótesis y hostelería. Para comparar los grupos se utilizó el test U de Mann-Whitney.

Resultados: Se analizaron 1.850 pacientes. No se objetivaron diferencias significativas en los CPT medianos en los grupos de cirugías y en los OSS moderado, mayor y mayor+. Solo hubo diferencias ($p = 0,047$) en OSS menor, donde el residente lleva asociado un CPT mayor frente al staff (tabla).

Costes postoperatorios en diferentes procedimientos distribuidos según el primer cirujano sea residente o staff

Grupo	Cirujano	CPT mediano (€)	p*	OSS	Cirujano	CPT mediano (€)	p*
Apendicectomía	Residente	758,64	0,702	Menor	Residente	365,07	0,047
	Staff	758,66			Staff	209,74	
Colecistectomía	Residente	379,33	0,195	Moderada	Residente	758,66	0,585
	Staff	379,33			Staff	758,66	
Hernioplastia	Residente	379,33	0,482	Mayor	Residente	3109,73	0,332
	Staff	379,33			Staff	2833,29	
Colectomía	Residente	2433,93	0,098	Mayor+	Residente	7294,99	0,874
	Staff	3044,06			Staff	4969,57	

*U de Mann Whitney.

Conclusiones: No hubo diferencias en el CPT medianos de las intervenciones quirúrgicas realizadas por los residentes frente a las practicadas staff en los grupos estudiados, excepto en el OSS menor. Sin embargo, no se puede ignorar el posible sesgo de que los residentes operen a pacientes menos complejos dentro de cada grupo.