

del teste criptórquido, las cifras de FSH, LH o/y testosterona del adulto. No hemos podido demostrar que la variación en los valores del espermiograma dependa de la edad de la intervención de la criptorquidia ni que la localización prequirúrgica del testículo criptórquido influya sobre los valores del espermiograma del adulto.

GESTIÓN DE CALIDAD

COMUNICACIONES ORALES

O-048. COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD DE PREDICCIÓN DE RIESGO QUIRÚRGICO DE LOS MARCADORES "PHYSIOLOGICAL AND OPERATIVE SEVERITY SCORE FOR THE ENUMERATION OF MORTALITY AND MORBIDITY (POSSUM)", "P-POSSUM" Y "SURGICAL RISK SCORE (SRS)", APLICADOS EN UN HOSPITAL GENERAL

S. González Martínez¹, J.M. Puigercós Fuster², S. Mompert García¹, I. Martí Sauri¹, L. Viso Pons¹, G. Galofré Pujol¹, M.A. Morales García², M. Ruiz Gómez², J. Lluís Moll¹ y N. Borrell Brau¹

¹Hospital Moisès Broggi, Barcelona. ²Hospital Dos de Maig, Barcelona.

Introducción: El resultado de las intervenciones quirúrgicas no es predecible con exactitud. En la evolución tras la cirugía, las comorbilidades del paciente, la enfermedad que requiere la corrección quirúrgica, la naturaleza de la operación y los servicios de soporte pre y postoperatorios tienen gran importancia. Se han buscado diferentes fórmulas para conocer el riesgo estimado de un procedimiento quirúrgico, que nos pueda ayudar en la toma de decisiones.

Objetivos: Calcular la morbilidad y mortalidad esperada aplicando los tres sistemas de predicción de riesgo quirúrgico (POSSUM, P-POSSUM, SRS) sobre pacientes intervenidos quirúrgicamente. Comparar los datos esperados con la morbilidad y mortalidad observada en el grupo. Determinar cuál de los tres sistemas predice mejor la mortalidad quirúrgica en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo sobre 721 pacientes intervenidos de cirugía general en el H. Dos de Maig de Barcelona durante 2006-2007. Se recogieron los datos de morbilidad y mortalidad de la serie, determinándose los valores de POSSUM, P-POSSUM y SRS para cada paciente. El SRS se obtiene sumando los valores recogidos por tres diferentes variables, ya utilizadas como marcadores pronósticos por separado: Confidential Enquiry into Perioperative Deaths (CEPOD), American Society of Anesthesiologists (ASA) y British United Provident Association (BUPA). Los valores en que puede oscilar varían entre 3 y 14. El POSSUM utiliza 12 variables fisiológicas y 6 variables quirúrgicas. Cada variable se clasifica en 4 grados de severidad. Los valores son introducidos en una ecuación de predicción de riesgo, que varía en con cada sistema. Análisis estadístico: se realizará análisis descriptivo de la serie. Cálculo de la correlación alcanzada por cada sistema (área bajo la curva ROC) con respecto a las variables morbilidad y mortalidad. Determinación de la sensibilidad y especificidad asociada. Cálculo del ratio de morbilidad y mortalidad observada con respecto a la esperada (O/E RATIO) en los 3 sistemas estudiados (test de Hosmer-Lemeshow).

Resultados: Se resumen en la tabla.

	Morbilidad observada n = 115 (16%)	Mortalidad observada n = 15 (2,1%)
POSSUM (morbilidad)	Área bajo la curva 0,772 O/E ratio: observada menor que la esperada	Sens 70,4% Espec 72% (p = 0,001)
POSSUM (mortalidad)	Área bajo la curva 0,970 O/E ratio: observada menor que la esperada	Sens 93,3% Espec 91% (p = 0,004)
P-POSSUM (mortalidad)	Área bajo la curva 0,966 O/E ratio: observada igual que la esperada	Sens 93,3% Espec 91% (p = 0,931)
SRS (mortalidad)	Área bajo la curva 0,910 O/E ratio: observada igual que la esperada	Sens 87% Espec 79% (p = 0,370)

Conclusiones: 1. El sistema POSSUM tiende a sobrevalorar el riesgo de complicaciones y de muerte. Este hallazgo se repite en otros estudios cuya muestra presenta bajo índice de complicaciones. 2. Los sistemas P-POSSUM y SRS, muestran una excelente correlación entre la mortalidad esperada y la observada. 3. El Sistema SRS es más fácil de determinar que el POSSUM; sólo necesita datos preoperatorios en su elaboración. Por tanto, podría ser tenido en cuenta como sistema de predicción de riesgo de referencia en nuestros hospitales.

O-049. EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LA LEY 41/2002 DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE POR EL PERSONAL FACULTATIVO DE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS DEL HOSPITAL SANTA BÁRBARA

D. Gambí Pisonero, M. Maure Rico, S. Vázquez Fernández de Pozo, F. Garrido Menéndez, A. Serantes Gómez, J.M. Santos Blanco y E. Sancho Calatrava

Hospital Santa Bárbara, Puertollano.

Introducción: Para alcanzar una asistencia de excelencia debemos acomodarnos a las exigencias que establecen las normas, entre las que destacan aquellas dirigidas a la protección de los derechos de los pacientes. El conocimiento y cumplimiento de estos derechos mejora la capacidad para prestar una asistencia sanitaria acorde con los conocimientos exigidos para satisfacer las expectativas de los pacientes.

Objetivos: Valorar el nivel de conocimientos que posee el personal facultativo implicado en el proceso quirúrgico sobre los derechos y obligaciones en materia de información, documentación clínica, autonomía del paciente y consentimiento informado recogido en la Ley 41/2002.

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Población de estudio: facultativos especialistas de área que integran los Servicios Quirúrgicos Anestesiología y Unidad de Cuidados Intensivos. Intervenciones: el cuestionario consta de seis preguntas tipo opción múltiple respuesta única. La base fue el texto de la Ley, artículos: 2, 4, 5, 8, 9, 10, 18 y 21. Se otorga un punto a cada respuesta contestada correctamente. Además se recogen información como: (edad y sexo), años de experiencia, frecuencia semanal de problemas éticos y fuente a la que consultan para resolver dichos problemas. Análisis estadístico: para variables cuantitativas se estiman medidas de centralización y dispersión y para cualitativas se estiman proporciones. Para las comparaciones: Chi-Cuadrado, Anova y t-Student (p < 0,05).

Resultados: Participaron en el estudio 37 facultativos. Pérdidas: 2 por rechazo a participación. La media de edad fue de 46,5 años (IC95 %: 42,7-50,1). La media del tiempo de experiencia fue de 17,91 años (IC95 %: 14,6-21,1). De ellos (29 %) eran mujeres y (71 %) hombres. La media de problemas éticos reconocidos fue de 1,8 por semana (IC95 %: 1,01-2,87). El 40 % de los facultativos respondieron conocer la Ley. La media de aciertos fue de 2,09 sobre 6 (IC95 %: 1,66-2,51). La puntuación entre los que afirmaron conocer la Ley (2,3 sobre 6) y los que afirmaron no conocerla (1,9 sobre 6) no fue significativa. El servicio que refiere mayor número de conflictos éticos a la semana es Ginecología. La puntuación global y en cada pregunta obtenida en el cuestionario, según la experiencia laboral, sexo y servicio observamos que las diferencias entre grupos no son significativas ($p > 0,05$). El 70.4 % de los facultativos que consulta alguna fuente de información refieren no conocer la Ley. Los facultativos que afirman no conocer la Ley consultan con más frecuencia alguna fuente de información que los que afirman conocerla ($p < 0,03$). Los artículos de la ley más desconocidos son los referentes a la accesibilidad de documentación clínica y alta del paciente.

Pregunta cuestionario (n = 35)	% aciertos
P1	42,86
P2	65,71
P3	28,57
P4	45,71
P5	14,29
P6	11,43

Conclusiones: Los resultados de este estudio piloto demuestran el desconocimiento por parte del personal facultativo implicado en el proceso quirúrgico de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente.

O-050. FACTORES DETERMINANTES DE ESTANCIA INADECUADA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

M. Herrero López, J.M. Esarte Muniain, J. Martínez Bernard, C. Gracia Roche, M. Gutiérrez Díez, N. Sánchez Fuentes, S. Paterna López, P. Riverola Aso, G. González Sanz, V. Rodrigo Vinue y J.I. Barranco Domínguez

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El crecimiento de la demanda asistencial ligado a una limitación de los recursos económicos, la preocupación cada vez mayor por adecuar la estancia a las necesidades del paciente hospitalizado y la escasez de estudios sobre estancias inadecuadas llevados a cabo en nuestro país en servicios de tipo quirúrgico, nos ha llevado a analizar de forma exhaustiva las posibles causas que justifican las estancias inadecuadas en nuestro Servicio.

Objetivos: Se pretende valorar la magnitud y determinar las causas de las estancias inadecuadas, en el Servicio de Cirugía General, para reducirlas aumentando la efectividad, la eficiencia y la calidad de la asistencia prestada.

Material y métodos: Hemos llevado a cabo un estudio observacional descriptivo retrospectivo en una muestra de 410 pacientes, desde marzo hasta diciembre 2010 en 10 cortes diferentes. La fuente de datos fue la revisión de historias clínicas de los pacientes, analizándose los documentos de ingreso, evolución, órdenes de tratamiento, pruebas diagnósticas, gráficas de enfermería, etc. La definición de caso (estancia inadecuada) y el modelo de recogida de datos se ajustaron al protocolo AEP (Appropriateness Evaluation Protocol).

Resultados: Se han revisado un total de 410 pacientes en 10 cortes con una edad media de 65 años, 54 % son hombres y 46 % son mujeres. La media de días de estancia de los pacientes analizados fue de 16,5 días. 172 ingresaron de forma urgente y 218 de forma programada. Estancias inadecuadas: el 14 % de las estancias evaluadas (56 pacientes) son consideradas como inadecuadas, con una edad media de 65.4 años, 50 % hombres y 50 % mujeres, 50 % con ingreso programado y 50 % urgente. Los porcentajes según el día de estudio se detallan en la tabla. Las causas más frecuentes de estancia inadecuada han sido las siguientes: retraso en consultas de otros especialistas (21 %), demora en la realización de pruebas (18 %), traslado del paciente a hospital de crónicos (11 %), dificultades en la programación de la intervención quirúrgica (11 %), pendiente de realización de curas (9 %), control de sintrom (7 %), traslado a otro servicio (7 %), otros (16 %).

Día 1	27%	Jueves
Día 2	17%	Domingo
Día 3	16%	Viernes
Día 4	12%	Lunes
Día 5	11%	Jueves
Día 6	19%	Miércoles
Día 7	22%	Lunes
Día 8	24%	Lunes
Día 9	10%	Miércoles
Día 10	8%	Sábado

Conclusiones: Las causas más frecuentes de estancia inadecuada en nuestro Servicio son debidas a la espera de interconsulta por otros especialistas y la espera de la realización de pruebas diagnósticas. El porcentaje de estancia inadecuada no depende del día de la semana en el que se lleva a cabo la recogida de los datos.

O-051. CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS EN UNA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

C.B. Arnold Bichler, N. Albertos, M. Romero Simó, P. Melgar Requena, C. Gómez Alcázar y F. Lluís i Casajuana

Hospital General Universitario, Alicante.

Objetivos: Pocas publicaciones existen que hagan referencia a la encuesta de satisfacción de una Unidad, es más habitual encontrar resultados de encuestas planteadas a un hospital y/o llevadas a cabo en atención primaria. En la Unidad de Coloproctología (UC) del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo (SC) del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) se aplica la encuesta SERVQHOS, como método de detección de problemas de calidad, dirigida a los usuarios hospitalizados en la UC.

Material y métodos: Al alta se entrega a todos los pacientes hospitalizados en la UC una encuesta, anónima y voluntaria, que es depositada en el control de enfermería. La encuesta se adapta al modelo SERVQHOS. Consta de dos bloques: 1. sobre asistencia prestada (19 aspectos clave), que el paciente valora en una escala del 1 (mucho peor de lo que esperaba) al 5 (mucho mejor). 2. sobre la calidad de la atención. Además se recogen datos sociales y existe un espacio libre para aportar su opinión. Analizado con SPSS 15.0, mediante un descriptivo de frecuencias, comparación de medias de variables categóricas con ANOVA, análisis de regresión lineal múltiple y modelo lineal multivariante.

Resultados: Se han analizado 69 encuestas recibidas entre 23 de septiembre de 2009 y 18 de marzo de 2010 (56,7 % varo-

nes y 43,3% mujeres). La edad media fue de $60 \pm 16,9$ años. 70,2%, 58,8%, 75% y 72% consideraron la tecnología de los equipos médicos, la apariencia del personal, la información proporcionada por los médicos y el interés del personal para solucionar los problemas, mejor o mucho mejor de lo esperado. Las indicaciones para orientarse en el hospital y el estado de las habitaciones, la puntualidad en las consultas médicas y la rapidez con la que se consigue lo que se necesita han sido consideradas según las expectativas o por encima de ellas en el 97%, 94%, 93,9% y 98,5% respectivamente. La facilidad para llegar al hospital ha sido considerada peor de lo esperado hasta en un 6,1%. Según las expectativas o por encima de la mismas: la amabilidad en el trato (100%), la disposición del personal para ayudar (95,6%), la confianza que el personal transmite (98,6%), la preparación del personal (100%), el trato personalizado (100%), la capacidad para comprender las necesidades del paciente (98,6%) y el interés del personal de enfermería por los pacientes (100%). En cuanto a la satisfacción global, 100% se encuentra satisfecho o muy satisfecho. 66 de 69 pacientes recomendaría la Unidad de Coloproctología a otras personas. La variable con mayor capacidad predictiva en relación con la satisfacción global fue "tiempo de espera para ser atendido por un médico" siendo mejor o mucho mejor de lo esperado en un 61,5% (R: 0,502/R²: 0,252/R²ajust: 0,237) ($p < 0,0001$). 95,5% de los encuestados creen que han recibido suficiente información sobre lo que les pasaba. 4,5% opina que se le han practicado pruebas sin su permiso. 92,3% piensa que ha estado ingresado el tiempo necesario. 74,6% de los pacientes conocían el nombre de su médico y sólo 52,3% conocían el nombre de las enfermeras.

Conclusiones: Los cuestionarios de satisfacción son una herramienta más de gestión y evaluación y como tal deben interpretarse sus resultados. A pesar de ello y de sus limitaciones, los resultados de la encuesta de satisfacción de la UC de CIR del HGUA, correspondientes a su primera etapa de funcionamiento, pueden considerarse, en general, muy positivos.

O-052. OPTIMIZACIÓN DEL RENDIMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE EL USO DE TIEMPOS QUIRÚRGICOS ESTANDARIZADOS

E. Rodríguez Cuéllar, F. Fernández Ferrero, J. Barrientos Sabugo, J. de la Cruz Leiva, R. Martínez, V. Casanova, J. Martín-Rubio y E. Garrote Nieto

Hospital de Tajo, Aranjuez.

Introducción: En España se realizan más de 4 millones de procedimientos quirúrgicos (PQ) y esta cifra aumenta anualmente, el progresivo incremento del número de PQs se debe a los avances quirúrgicos y anestésicos, al envejecimiento de la población, la cirugía ambulatoria y a las técnicas mínimamente invasivas. La limitación de recursos disponibles hace que la gestión del bloque quirúrgico sea fundamental para asumir el incremento de actividad.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en la utilización de tiempos quirúrgicos estandarizados (TQEs) para la programación de la actividad quirúrgica en el servicio de Cirugía General de un hospital comarcal y demostrar la utilidad de los mismos para mejorar el rendimiento quirúrgico.

Material y métodos: La programación quirúrgica ordinaria se ha realizado empleando TQEs para ajustar el rendimiento a los valores recomendados por la dirección del hospital. Se han utilizado dos indicadores utilizados habitualmente en la monitorización de la actividad quirúrgica para evaluar el impacto del uso TQEs en la programación quirúrgica. Se han excluido las jornadas quirúrgicas extraordinarias (cirugía de tarde). Se han

utilizado como indicadores el rendimiento quirúrgico y el índice de suspensiones de quirófano. Los datos proceden de los sistemas de información administrativa del hospital y han sido suministrados por la dirección del centro hospitalario.

Resultados: Desde el inicio de la actividad quirúrgica en el hospital en el año 2008, se ha producido un aumento del rendimiento quirúrgico pasando de 75,8% en 2008 a 84,9% en 2009, a pesar de este aumento no se ha producido un aumento del índice de suspensiones que se ha mantenido ligeramente por encima de 1, actualmente 1,004%.

Discusión y conclusiones: El uso de los TQEs (tiempos quirúrgicos estandarizados) ha sido muy discutido en la Comunidad de Madrid pues se emplea como herramienta para la gestión y redistribución de jornadas quirúrgicas extraordinarias, como todos sabemos en calidad, los umbrales se prestan a ser alcanzados o bien a que se alcancen artificialmente, es decir aumentar el peso de la actividad únicamente sobre el papel. Sin embargo los TQEs pueden tener otras utilidades como es la gestión de la actividad quirúrgica ordinaria. Nuestra experiencia en la utilización de TQEs para la programación de la actividad quirúrgica en el servicio de Cirugía General indica que permiten alcanzar rendimientos quirúrgicos altos sin que se produzca un aumento de suspensiones quirúrgicas que indicaría un exceso o abuso en la programación. El uso de TQEs permite ajustar el tiempo de quirófano disponible de forma que no se produzcan ni prolongaciones en quirófano, ni bajo de rendimiento.

O-053. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA COLORRECTAL RESPECTO A ESTÁNDARES DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS

C.B. Arnold Bichler, N. Albertos, M. Romero Simó, P. Melgar Requena, C. Gómez Alcázar y F. Lluís i Casajuana

Hospital General Universitario, Alicante.

Objetivos: Comparar el estudio de calidad percibida entre nuestra Unidad de Coloproctología (UC) con los estándares publicados por la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y con los porcentajes de satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía General (SC) y el global del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Material y métodos: Encuesta a 69 pacientes, modo aleatorio, siguiendo el modelo SERVQHOS. Al alta se entrega a todos los pacientes hospitalizados en la UC una encuesta que tras rellenarla es depositada en el control de enfermería. Consta de dos bloques: asistencia prestada (19 aspectos clave) valorándose en una escala del 1 (mucho peor de lo que esperaba) al 5 (mucho mejor) y calidad de la atención. Además se solicita al paciente datos sociales y opinión sobre aspectos negativos y positivos observados. Análisis descriptivo mediante SPSS, 15.0, con diferencia de medias AEC/UC (Epidat 3.1). Comparación de medias de variables categóricas con ANOVA y regresión lineal múltiple para la valoración global.

Resultados: Se recogieron 69 encuestas entre 23/09/2009 y 18/03/2010, 56,7% varones y 43,3% mujeres. Edad media: $60 \pm 16,9$ años. Calidad global asistencial: 95,5% creen que han recibido suficiente información sobre lo que les pasaba; 4,5% opinan que se le han practicado pruebas sin su permiso; 92,3% piensa que ha estado ingresado el tiempo necesario, 74,6% de los pacientes conocían el nombre del médico, 52,3% conocían el nombre de las enfermeras, 53,6% su estancia en SC, mientras que el 40,3% habían ingresado vía urgencias. La recomendación de la UC a otras personas se eleva al 100%. 70,6% afirman al alta haber recibido información previa a la intervención

de la realización de un estoma digestivo; 62,5 % sobre los cuidados necesarios para los mismos; y, 58,8 % sobre cómo cambiarse la bolsa de colostomía. Asistencia prestada: existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los resultados de los ítems AEC/UC en las cuestiones siguientes: amabilidad del personal en su trato con la gente; confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes; interés del personal de enfermería por los pacientes; interés del personal por cumplir lo que promete; preparación del personal; capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes; rapidez con que se consigue lo que se necesita o se pide; tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos; indicaciones (señalización) para orientarse y saber dónde ir en el hospital; estado en que está la habitación del hospital. Satisfacción global: el 100 % se encuentra satisfecho o muy satisfecho con la UC.

Conclusiones: Los resultados de la encuesta de satisfacción SERVQHOS de los pacientes asistidos en la UC superan en general la media de los estándares de la AEC, aunque existen dos aspectos que quedan por debajo de lo esperado, la identificación de médico/enfermería y la información sobre estomas digestivos. Esto puede ser debido a no identificar cotidianamente por escrito el cirujano/a que ha de intervenir al paciente en el SC (sólo se identifica la sección) y al elevado número de ingresos vía urgencias que limita la obligada atención a lo que se informa previa a dicha intervención. Sin embargo, la comparación de los niveles de satisfacción global entre la UC (100 %), la AEC (97,5 %), el SC (94,79 %) y el HGUA (91,62 %) se inclina altamente hacia la UC.

O-054. EVALUACIÓN DEL RIESGO QUIRÚRGICO DE 1.000 EPISODIOS QUIRÚRGICOS CONSECUTIVOS CON EL SISTEMA POSSUM. COMPARACIÓN ENTRE CIRUGÍA GASTROINTESTINAL PROGRAMADA Y URGENTE

C. Villodre Tudela, S. Carbonell Morote, J. Espinosa Soria, J.A. Bravo Hernández, L.D.V. Zubiaga Toro, R.A. Abad Alonso, S. Rojas Machado, J.L. Estrada Caballero, L. Mena, P. Zapater y F. Lluís Casajuana

Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: La auditoria de resultados de morbi-mortalidad debe ser ágil e informativa y permitir la detección de desviaciones y la revisión precoz de procedimientos. El sistema POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for the Enumeration of Mortality and Morbidity) podría ser una herramienta útil.

Objetivos: Evaluar la capacidad predictiva de riesgo quirúrgico que ofrece el sistema POSSUM en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 1.000 pacientes consecutivos, recogidos durante 10 meses en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo de un hospital terciario. La cirugía fue programada ($n = 547$), urgente/semiprogramada ($n = 432$) o emergencia ($n = 21$). Los datos se introdujeron en una base de datos on line y las predicciones se calcularon con las ecuaciones validadas por Copeland (Arch Surg 2002;137:15-9). Los episodios se cerraron en sesión de morbi-mortalidad del Servicio. Se calcularon las tasas de mortalidad y morbilidad observada (O) y esperada (E), indicando un resultado favorable cuando la relación O/E fue < 1 . Para evaluar la prueba utilizamos el test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow (HL) –cuanto más bajo sea su valor indicará una mejor calibración del score de forma global–, y las curvas Receiver Operating Characteristic (ROC) para estudio del poder de discriminación mediante el área bajo la curva. Para las comparaciones entre grupos se utilizó el test estadístico chi-cuadrado.

Resultados: Durante los 30 días siguientes a la intervención, 308 pacientes presentaron una o más complicaciones, siendo un total de 522 las morbilidades recogidas. En el conjunto de la serie, la tasa de morbilidad fue < 1 cuando la predicción de riesgo fue superior a 40 %. Si analizamos los resultados tras clasificar a los pacientes atendiendo al tipo de cirugía, observamos que el score POSSUM revela un mejor ajuste para los intervenidos en cirugía programada que los intervenidos en cirugía urgente, siendo el test de HL de 25,70 ($p < 0,05$) y 323,29 ($p < 0,05$) respectivamente. Hubo 28 exitus. La tasa de mortalidad fue < 1 para el conjunto de la serie y en cada uno de los grupos de predicción de riesgo, tanto empleando la predicción normal como la variante Portsmouth, siendo el área bajo la curva ROC = 0,92 [0,88-0,96]. Además, también para la mortalidad las predicciones se ajustaron mejor para la cirugía programada (test de HL = 5,21; $p > 0,05$) que en cirugía de urgencias (test de HL de 64,43; $p < 0,05$).

Conclusiones: En nuestro medio, la escala POSSUM predice mejor los resultados de morbilidad-mortalidad observados en cirugía gastrointestinal programada. Sin embargo, los resultados de morbilidad observados son mejores que los esperados en los pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal de urgencia. Estas desviaciones avalan la necesidad de confeccionar una ecuación adaptada para la determinación del riesgo quirúrgico específico de la cirugía gastrointestinal de urgencia.

O-055. ¿ES ÚTIL SEGUIR CONTROLANDO LOS EFECTOS ADVERSOS TRAS 5 AÑOS? MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL

P. Rebasa¹, L. Mora¹, A. Luna¹, H. Vallverdú², S. Montmany², J. Hermoso¹ y S. Navarro Soto¹

¹Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

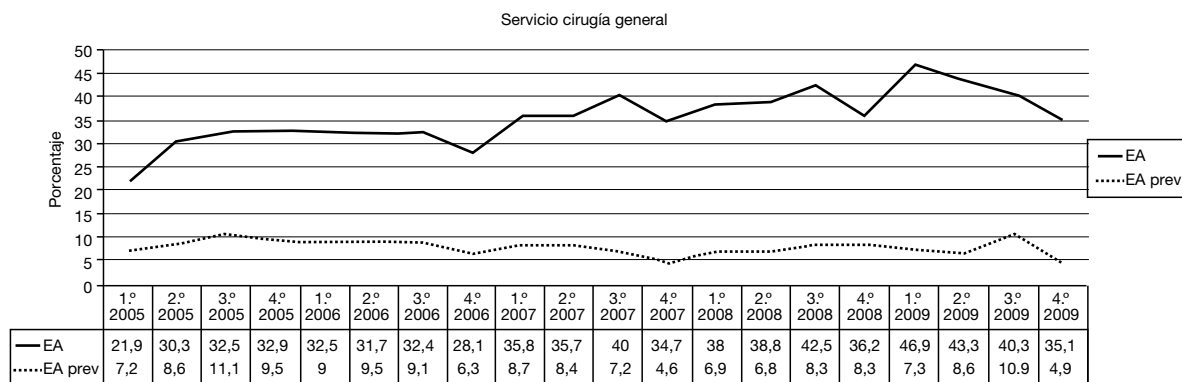
²Hospital de Sant Boi, Barcelona.

Introducción: En nuestro Hospital efectuamos un seguimiento prospectivo de efectos adversos y errores asistenciales desde 2005. Los resultados iniciales fueron muy prometedores, con un descenso de los errores asistenciales y una mejora en la incidencia de efectos adversos.

Objetivos: Analizar si tras 5 años de seguimiento continuo, los efectos adversos y los errores asistenciales se mantienen en un porcentaje aceptable.

Material y métodos: Se revisan los datos recogidos de manera prospectiva sobre 11317 pacientes ingresados en nuestro Servicio desde enero de 2005. Para cada paciente se han recogido de manera prospectiva los efectos adversos según definición de Brennan y Leape. Se ha evaluado cada efecto adverso mediante peer review y se ha definido la presencia o no de error asistencial y las secuelas del efecto adverso. Los datos se cruzaban con el conjunto mínimo de datos de alta hospitalaria.

Resultados: Hasta el 31 de diciembre de 2009 se han recogido 11.317 pacientes, que han sufrido 8.452 efectos adversos. Estos efectos adversos han afectado a 4.067 pacientes (35,9 % de pacientes ingresados). Hemos identificado 888 efectos adversos evitables, que han afectado al 7,8 % de nuestros ingresos. Se han identificado 123 exitus por efecto adverso (1,09 % de los ingresos), y 29 exitus por efecto adverso evitable (0,26 % de los ingresos). La figura recoge la evolución de efectos adversos a lo largo del tiempo. Se constata una disminución progresiva de efectos adversos evitables a lo largo del tiempo, y un incremento en la detección de efectos adversos, que se atribuye a una mayor cultura de seguridad del paciente y a mayor declaración de los efectos adversos detectados. Se detectan picos de efectos adversos evitables que deben ser analizados para iniciar medidas correctoras (fig).



Conclusiones: La monitorización continuada de efectos adversos es una herramienta esencial si se quiere ofrecer a nuestros pacientes un estándar elevado de calidad asistencial.

O-056. PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA CON CERTIFICACIÓN ISO 9001:2000: ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD

R. Cabezali Sánchez, M.T. Jiménez-Buñuales, C. Emparan García de Salazar, J. Sánchez-Beorlegui, P. Soriano Gil-Albarellos, E. Monsalve Laguna, N. Moreno de Marcos, S. Cuesta Presedo, V. Hernando y S. Vaquero Galán

Fundación Hospital, Calahorra.

Objetivos: Analizar los casos de exitus ocurridos en la planta de hospitalización quirúrgica con parámetros de calidad.

Material y métodos: Hospital comarcal de 85 camas, de las que 11 están destinadas a Cirugía General, con una actividad ambulatoria global del 70% (46% en Cirugía General). Se han registrado todos los exitus habidos en nuestra Unidad en el periodo comprendido del 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2009. Con todo ello, se realiza un estudio descriptivo con componentes analíticos utilizando como fuente de información el CMBDH, y el registro de indicadores del proceso en el periodo comprendido entre 2005 a 2009. Las variables analizadas en los episodios de exitus han sido: número total, edad, sexo, tipo de ingreso (programado o urgente), tipo de paciente (quirúrgico o no quirúrgico), tipo de cirugía (programada o urgente), reintervención quirúrgica, causa de exitus (evolución enfermedad, defunción secundaria a problema hospitalario [DSPH]) y casos de mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente previsible [MIPSE]. Las variables (estancia media y peso medio por GRD) han sido analizadas y comparadas con el total de altas en este periodo y con el benchmarking de hospitales de nuestro nivel. Análisis estadístico con el test de la t de Student (variables cuantitativas) y χ^2 (cualitativas) siendo significativo toda $p < 0,05$.

Resultados: De un total de 3632 altas registradas en este periodo, ha habido un total de 107 defunciones (2,95% de las altas). Edad media de 82,04 años (33-96). Ligero predominio en mujeres (52,34% vs 47,66%) ($p = ns$). 88,7% de exitus tras ingreso no programado. 49,53% son pacientes quirúrgicos y el 79,2% de éstos en cirugía urgente. Reintervención quirúrgica en 10 casos (18,9% casos quirúrgicos). Se han detectado 25 casos de DSPH (23% total exitus): complicación postoperatoria (15 casos), incidente nocivo (6 casos), infección nosocomial (3 casos) y un caso de valoración insuficiente. Mayoría de casos de exitus por evolución enfermedad (77% del total), destacando la enfermedad vascular mesentérica con 26 casos (24% del total) y neoplasias con 11 casos (10% del total). MIPSE (0 casos). Estancia media en los episodios de exitus de 9,13 días frente a 3,49 días del total de altas

($p < 0,0001$). Peso medio de los exitus de 3,8996 frente a 1,4805 del total de altas ($p < 0,001$).

Conclusiones: El estudio de la mortalidad hospitalaria, considerada como un indicador crítico de calidad en el contexto de un proceso con certificación ISO 9001/2000, permite disponer de mayor información sobre los mismos (tipo pacientes, grado complejidad clínica, relaciones causales, costes económicos) e identificar y plantear las acciones preventivas y/o correctivas encaminadas a la mejora continua en la actividad asistencial y a la seguridad de los pacientes.

O-057. IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS DEL CHECKLIST QUIRÚRGICO. PROCEDIMIENTO JCI-QPS-01

M.E. Santana Acuña, M. Francos von Hünefeld, M. Borrego Galán, A. de Juan Fernández, L.M. Urién Blázquez, F.J. Hernández Gutiérrez y C. Cruz Villalba

Hospital Nuestra Sra. de Sonsoles, Ávila.

Introducción: El Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (checklist quirúrgico) es una herramienta para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables (errores). Se enmarca en el Reto Mundial "La Cirugía Segura Salva Vidas", de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (OMS) Procedimiento JCI-QPS-01. Se implanta por primera vez en Castilla y León, en el Complejo Asistencial de Ávila.

Objetivos: 1. Promocionar la seguridad quirúrgica como un tema de salud pública. 2. Crear un listado de verificación que mejore los estándares de seguridad quirúrgica. 3. Disponer de "Estadísticas vitales quirúrgicas".

Material y métodos: Material: – Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (documento con circuito de la secuenciación del proceso). Consta de 3 partes: entrada, pausa y salida. – Hoja Excel como base de datos de checklist quirúrgico. – Manual de aplicación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica. – AMFE de proceso para evaluar los puntos de inflexión (NPR): profilaxis de antibioterapia y TVP/TEP, de C. informado, identificación, marcaje del lado. Métodos: – Formación en seguridad del paciente mediante cursos y sesiones clínicas. – Verificación secuencial de los distintos pasos que se dan desde que llega el paciente al área quirúrgica hasta que sale de ella, incluyendo la preparación pre-quirúrgica. – Criterio de selección y aplicación. – Sesiones clínicas explicativas de la aplicación del checklist quirúrgico. – Análisis Modal de Fallo y Efecto (AMFE) de diseño del Checklist cara a su aplicación y adaptación al entorno. – En el AMFE de diseño se modifica el checklist-modelo de la OMS para adecuarlo a nuestro entorno. Indicadores: N° de intervenciones programadas de Servicio de Cirugía/N° de Checklist quirúrgicos realizados. NPR; N° de probabilidad de riesgo.

Resultados: A los seis meses de aplicación: adherencia al *checklist* en un 85 % en Cirugía y en un 40-50% en otros servicios. En el AMFE de proceso: probabilidad de frecuencia, de gravedad y probabilidad, de detectabilidad de posibles fallos, nos da un NPR 648 (en profilaxis antibiótica), 9 (en tvp/tep), y 441 (identificación y marcaje). Se establecen las propuestas de mejora y se ponen en práctica.

Conclusiones: El *checklist* constituye una adecuada herramienta para la reducción de efectos adversos, y, por tanto, de la morbi-mortalidad, al mejorar notablemente la comunicación entre los profesionales sanitarios del equipo quirúrgico. Nos permite trabajar con estadísticas vitales quirúrgicas.

O-058. ERRORES ASISTENCIALES. ¿EXISTE UN PATRÓN PREVISIBLE DE PRESENTACIÓN?

P. Rebasa¹, H. Vallverdú², L. Mora¹, A. Luna¹, S. Montmany¹, J. Hermoso¹ y S. Navarro Soto¹

¹Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. ²Hospital de Sant Boi, Barcelona.

Introducción: Desde hace 5 años realizamos un control exhaustivo y prospectivo de los efectos adversos y errores asistenciales en Cirugía. Nos planteamos la posibilidad de analizar si existe un patrón de presentación del error, que pueda facilitar iniciar medidas preventivas.

Objetivos: Estudiar los errores detectados a lo largo de 5 años para determinar posibles patrones de presentación. Intentar diseñar estrategias preventivas en base a los patrones hallados.

Material y métodos: Se revisan los datos de 888 errores asistenciales recogidos de manera prospectiva y analizados mediante *peer review* desde 2005. Se trata de una base de datos que incluye los 11.317 pacientes tratados en nuestro servicio desde 2005. Se han recogido de manera prospectiva 8.452 efectos adversos según definición de Brennan y Leape, que han sido revisados mediante *peer review* identificando si ha existido error asistencial y las secuelas sobre el paciente. Los 888 errores se han clasificado según metodología de la Joint Commission.

Resultados: Los errores asistenciales más frecuentes han sido la acción médica equivocada por error diagnóstico (82; 7,2% pacientes ingresados), el procedimiento quirúrgico con defectos técnicos (68; 6,0% pacientes ingresados), la salida o retirada de un drenaje no indicada (52; 4,6% pacientes ingresados), alteraciones hidroelectrolíticas (47; 4,2% ingresos), lesiones cutáneas (44; 3,9% ingresos) y edema agudo de pulmón por sobrecarga (35; 3,1% ingresos). Los errores con un impacto más devastador sobre el paciente (45 en total) han sido la acción médica equivocada por error diagnóstico (11; 0,97% ingresos), y a bastante distancia, el fallo de sutura (4; 0,35% ingresos) y la neumonía por broncoaspiración (4; 0,35% ingresos). Se ha analizado la evolución de los errores en función del período del año (vacaciones especialmente), descartándose que los períodos de vacaciones sean momentos de mayor riesgo para el paciente. Respecto a la evolución de determinados errores a lo largo de los años, se detectan tendencias en determinados errores de alto impacto (edema agudo de pulmón) con picos de incidencias que se corrigen tras su exposición y discusión pública, sólo para volver a incrementarse su incidencia tras dos años.

Conclusiones: El patrón de presentación de errores con impacto sobre el paciente en cirugía es complejo y aparentemente aleatorio. Parece muy difícil una estrategia dirigida a la prevención de su aparición. Deben diseñarse mecanismos que impidan o minimicen el impacto sobre el paciente de los errores que se van a cometer.

O-059. EFECTOS ADVERSOS EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL: ESTUDIO PROSPECTIVO

R. Saborit Montalt, J. García del Caño, C. Muñoz Alonso, V. Roselló Bono, V. Viciano Pascual, J. Aguiló Lucia, M. García Botella, J. Medrano González, R. Ferri Espí, M. Garay Burdeos y L. Minguet Mocholí

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Introducción: La variabilidad existente en el análisis de las complicaciones en la cirugía del cáncer colorrectal depende fundamentalmente del tipo de variables recogidas y de la metodología del estudio, prospectivo o retrospectivo.

Objetivos: Analizar las complicaciones postoperatorias en la cirugía del cáncer colorrectal.

Pacientes y métodos: Se incluyen todos los pacientes intervenidos en nuestro Servicio por cáncer colorrectal desde enero de 1999 hasta la actualidad. La muestra está compuesta por 905 pacientes, 534 hombres y 371 mujeres, con una edad media de 70 años (22-94). Las complicaciones postoperatorias se registraron de forma prospectiva en una base de datos prediseñada que incluía 28 complicaciones relativas a la herida, intraabdominales, fallos de órganos, infecciones y otras. Se realiza un estudio descriptivo y se analiza su relación con diversas variables como tipo de cirugía, grupos de edad, y su influencia en la estancia hospitalaria. El estudio estadístico se realizó mediante la chi-cuadrado y Anova.

Resultados: Se intervinieron 766 pacientes de forma programada y 139 urgente. La tasa global de complicaciones fue del 34,7%, mayor en la cirugía urgente (38,1%), que en la programada (29,6%); por sexo tuvieron más los hombres (39,3%), que las mujeres (29,1%). Aunque se observó una tendencia creciente con la edad, no se halló significación estadística. Las complicaciones más frecuentes fueron las intraabdominales (15,1%) y las de la herida (13,4%). De forma específica, se objetivó una tasa de infección de herida de 9,4% y de dehiscencia de anastomosis del 6%, más frecuente en las anastomosis rectales 10,5% que en las cólicas 4,27%. Reintervenciones 7,4%. Los exitus fueron mayores en la cirugía urgente ($p < 0,001$). La estancia preoperatoria media fue de 1,94 días, la postoperatoria de toda la serie fue de 11,56 días (2-130), que se alargó significativamente cuando existieron complicaciones.

Conclusiones: La recogida exhaustiva y cuidadosa de las complicaciones postoperatorias permite realizar una auditoría permanente, así como conocer su incidencia real. Su análisis puede ayudar a determinar los posibles factores relacionados, que permitan tomar medidas que consigan incidir en la disminución de las mismas.

PÓSTERS

P-306. ESTUDIO DEL IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CCR MEDIANTE EL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36®. UN ASPECTO MUY IMPORTANTE Y POCO ESTUDIADO

V. Borrego Estella, S. Saudí Moro, J.L. Moya Andía, M.J. Ariño Serrano, M. Pérez Sánchez Cuadrado, G. Pérez Navarro, M. Gracia Mateo, C. Gracia Roche, M. Herrero López y J. Martínez Bernard

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El cáncer es una de las tres causas de morbi-mortalidad más importantes del ser humano, siendo el cáncer de colon, el más frecuente considerando ambos sexos. El compro-

miso metastásico más frecuente en el CCR, después de la invasión ganglionar, es el del hígado. Son conocidos los datos de supervivencia de esta dolencia, pero poco sabemos del impacto en bienestar que produce en los pacientes que lo padecen y que se intervienen quirúrgicamente.

Objetivos: Valorar el impacto en calidad de vida (CV) de las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (MHCCR) y el del su tratamiento quirúrgico (IQ).

Material y métodos: Desde septiembre 2008 hasta marzo 2009 realizamos un estudio de cohortes prospectivas mediante muestreo consecutivo de pacientes con resección hepática por MHCCR ($n = 30$) y un grupo control ($n = 30$) constituido por acompañantes (familiares de los casos). Ambos grupos rellenaron el cuestionario SF-36 antes de la intervención y 4 semanas después de la cirugía. Los grupos fueron comparados antes y después de tratamiento mediante Test de Student y comparación de medias en muestras apareadas (Paired T tests). También se calculó el efecto de la intervención (effect size), restando la puntuación total del grupo postratamiento con la del grupo pretratamiento y dividiendo por la desviación estándar de las puntuaciones pretratamiento. El ANOVA y el test de Chi cuadrado se utilizaron para poner de manifiesto factores moduladores del impacto en CV.

Resultados: Los pacientes antes del tratamiento quirúrgico presentaban mejor CV en todas las dimensiones que tras la intervención y nunca alcanzaron a la de sus acompañantes, ni antes ni después del tratamiento. La somatización del dolor fue mayor en hombres pero presentaron mayor bienestar mental respecto a las mujeres ($p \leq 0,05$). La comparación de la calidad de vida de los pacientes en cuanto a edad, localización del cáncer colorectal y clasificación TNM, no demostró diferencias significativas. El principal efecto en calidad de vida de la intervención se percibió en las dimensiones dolor, mental y social.

Conclusiones: El diagnóstico de las MHCCR y su tratamiento quirúrgico son un acontecimiento vital estresante que produce en los pacientes un detrimento en el nivel de su CV sobre todo en las dimensiones dolor, mental y social. Los pacientes no llegaron a las cotas de bienestar de los acompañantes ni antes ni después del tratamiento quirúrgico. Los pacientes tras la hepatectomía perciben peor CV y el mayor efecto se percibe en la dimensión dolor y mental. Los pacientes sufren impacto en la dimensión social tras la intervención. A 4 semanas de seguimiento la CV de los pacientes no llega a las cotas mantenidas por el grupo control. El sexo y la QT neoadyuvante son factores moduladores per se del bienestar percibido. Sin embargo la edad, la localización y la clasificación TNM del CCR inicial, no han demostrado ser factores moduladores de la CV en nuestros pacientes.

P-307. EVALUACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE LA HERNIA INGUINAL EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

J. Carvajal Balaguera, M. Márquez Asencio, I. González Solana, M. Martín García-Almenta, I. Hernández Lorca y C.M. Cerquella Hernández

Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid.

Objetivos: Conocer el grado de implantación de la Vía Clínica (VC) de la hernia inguinal (HI) y su impacto en la satisfacción del paciente.

Material y métodos: En enero 2008 se implantó en el Hospital la VC de la HI, tras tres meses de estudio piloto. Se estudiaron los pacientes intervenidos de HI e incluidos en la VC durante el año 2008. Entre los criterios de evaluación se han incluido: grado de cumplimiento de la atención, efectividad de la misma y el grado de satisfacción basado en la encuesta.

Resultados: Tras la implantación de la vía clínica y después de un año, se realizaron, 582 reparaciones de HI. Se excluyeron del estudio 85 (14,6%) casos por no cumplir los criterios de inclusión. Finalmente el estudio se realizó con 497 pacientes. Edad media: 56,6 (21-88) años, 49 (9,8%) mujeres y 448 (90,2%) hombres, 273 (54,3%) hernias derechas, 224 (45,7%) hernias izquierdas, 473 (95,2%) hernias primarias, 24 (4,8%) reproducidas, 441 (88,7%) unilaterales y 56 (11,3%) bilaterales. Estancia media: 1,1 (1-11) días. Grado de cumplimiento de la estancia 96,8% y de la profilaxis quirúrgica 87,7%. Grado de cumplimentación de los registros de la VC, por el personal de enfermería del 86,5% y por el personal médico del 80,7%. Morbilidad global: 16%. Consentimiento informado correctamente cumplimentado: 97,8%. Entrega del informe definitivo el día del alta: 98,6%. Se recogieron 369 encuestas de satisfacción (índice de respuesta del 74,2%). Grado de satisfacción de la información recibida: 96%. Correcto manejo del dolor: 87,6%. Estancia adecuada: 81%. Hostelería entre aceptable y buena: 95%. Grado de satisfacción por la atención recibida: 97,5%. El 97,4% de los pacientes estudiados recomendaría a un familiar, este Servicio.

Conclusiones: La puesta en marcha de la VC de la HI, ha supuesto una buena integración, de los servicios implicados en la misma. Se ha obtenido una percepción real de la buena calidad de la atención prestada. Sin embargo hay áreas en la que se debe mejorar: En información y comunicación con el paciente, en los protocolos de actuación, en los registros la VC, y en la encuesta de satisfacción.

P-308. DETECCIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROCESO DE CMA DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN HEALTHCARE

I. Martí Sauri, J.M. Puigercós Fuste, L. Ferrús, M.J. Martínez, E. Valdivielso, M. Esteban, M.A. Gutiérrez, A. Larruy, M. Rotllan y E. Giralt

Hospital Moisès Borggi, Sant Joan Despí.

Objetivos: Objetivo principal: reducir los efectos adversos del proceso quirúrgico de CMA (servicio de cirugía general). Objetivos secundarios: 1. Analizar los riesgos del proceso quirúrgico de CMA (servicio de cirugía), identificar las causas de los riesgos priorizados, definir las soluciones para impedir que las consecuencias de los riesgos impacten sobre paciente. 2. Materializar y poner en práctica aquellas soluciones priorizadas en el proceso. 3. Definir un plan de trabajo consensuado con el equipo de proyecto. 4. Transmitir la metodología al equipo de trabajo para poder aplicar posteriormente a otras áreas.

Material y métodos: El método de trabajo que se ha seguido ha sido utilizando la metodología Lean-Healthcare y sus herramientas. Se ha realizado la identificación de riesgos desde el GEMBA (lugar de trabajo) y valoración según la escala NPR de la metodología AMFE. En este sentido se ha trabajado en grupo para hacer una descomposición funcional del proceso CMA del Servicio de Cirugía General desde la recepción de los volantes en la secretaría de consultas externas hasta el momento en que se da de alta al paciente en la visita de consultas externas y se cierra el proceso. Seguidamente se valoraron y priorizaron los riesgos y se identificaron las causas. Se definió un plan de trabajo que se inició durante una semana GEMBA. Durante la valoración de riesgos se ha ido incorporando personas conocedoras de cada fase del proceso, lo que ha permitido la aportación de diferentes puntos de vista y el consenso de las decisiones. Se ha priorizado 25 acciones a realizar para dar respuesta a los objetivos del proyecto. Las acciones definidas afectan a procesos de trabajo, a la estandarización de la sistemática de trabajo utilizada, definición de criterios y prácticas seguras, sistemas de apoyo y relaciones con otros servicios.

Resultados: Después de realizar la semana GEMBA, el equipo de proyecto se volvió a reunir para calcular por segunda vez el NPR (ocurrencia y detección) de los riesgos priorizados y trabajados. La gravedad no se ha vuelto a valorar ya que si realmente el error impacta sobre el paciente las consecuencias son las mismas. El índice NPR mejoró entre un 92 % y un 40 %. Las actuaciones iniciadas que han permitido mejorar el índice NPR han sido las siguientes: definición de los ítems a recoger en la historia clínica y curso clínico (hernia inguinal). Definición de la vía clínica de CMA servicio de cirugía (hernia inguinal). Programar la visita sucesiva post quirúrgica de hernia inguinal justo después de programar el día de la intervención. Tríptico informativo para el paciente de CMA de la visita de anestesia. SS en la zona de medicación de la UCSI y la REA. Estándar de analgesia. Definición de los ítems a recoger a la historia clínica de la visita de anestesia (incorporando el tipo de anestesia recomendada). **Conclusiones:** La metodología Lean nos ha permitido encontrar con objetividad aquellos elementos dentro del proceso CMA-UCSI que potencialmente aportan más riesgo para el paciente. Metodología eficaz y cercana a la gente que permite entrar en acción inmediatamente (no lo cuentes, ¡hazlo ya!) sin necesidad de grandes recursos o con mejor gestión de los propios. (Ej: SS de un área).

P-309. PROTOCOLOS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL MEDIANTE TÉCNICAS DE CITORREDUCCIÓN (PERITONECTOMÍAS) Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL PERIOPERATORIA MODULADA CON HIPERTERMIA (CC+HIPEC)

A. Morales González¹, T.M. Juan¹, E. Yagüe Martín¹, G. Verdejo Lucas¹, C. Muñoz Casares², S. Rufián Peña², P. Reche Molina¹, A. Fernández Freire¹, A.L. Ortega³, A. Jaén Morago³ y N. Cárdenas³

¹Unidad-Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal, Hospital Torrecárdenas, Almería. ²Servicio de Cirugía Oncológica, Hospital Reina Sofía, Córdoba.

³Servicio de Oncología, Complejo Hospitalario, Jaén.

Introducción: Las opciones de tratamiento de los pacientes con carcinomatosis peritoneal (CP) o también llamada enfermedad maligna peritoneal (EMP), independientemente de su origen, son extremadamente limitadas. La quimioterapia sistémica, generalmente con intención paliativa, se asocia a unas supervivencias medias de 24 meses (10 % a los 5 años). Hoy por hoy, debemos considerar a la carcinomatosis como un estadio locorregional de la enfermedad, existiendo importantes razones para intentar, en un grupo seleccionado de pacientes, un abordaje quirúrgico agresivo con intención curativa, la citorreducción completa y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (CRS+HIPEC). Creemos que es sumamente importante no sólo la selección de los pacientes sino también el establecimiento de protocolos de actuación, especialmente importante, el cirujano general debe saber qué debe hacer ante una carcinomatosis peritoneal diagnosticada accidental o ante una ya conocida.

Objetivos: Presentar en un orden cronológico, los criterios de inclusión/exclusión, así como los protocolos diagnóstico-terapéuticos de los pacientes con carcinomatosis peritoneal (de origen gastrointestinal y ginecológico) que han sido tratados mediante técnicas de CRS+HIPEC en nuestra Unidad-Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal desde su creación en enero 2005.

Pacientes y métodos: Desde su creación en enero 2005 hasta abril 2010 hemos tratados 105 pacientes mediante CRS+HIPEC. Todos los pacientes incluidos en nuestro programa cumplen es-

trictos criterios de inclusión/exclusión (referenciados); además dependiendo del origen del tumor primario se opta por una u otra técnica de quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC). Presentamos no sólo estos protocolos de actuación, sino también las pautas de seguimiento en carcinomatosis de origen colo-rectal, mesotelioma, apendicular, cá. gástrico y ovario. Hacemos una mención especial al apartado sobre qué debe conocer un cirujano general sobre el tratamiento de una carcinomatosis diagnosticada de forma accidental (en el transcurso de una cirugía) y en aquellos otros casos, en los cuales las pruebas preoperatorias ya la diagnosticaban, deteniéndonos sobre todo en el cálculo del indicador estándar PCI (índice de carcinomatosis peritoneal).

Conclusiones: Consideramos que en un grupo seleccionado de pacientes, la carcinomatosis peritoneal establecida puede y debe ser intervenida con intención curativa mediante técnicas de citorreducción (peritomectomías) junto con quimioterapia intraperitoneal perioperatoria modulada con hipertermia (CRS+HIPEC). Estos pacientes deben ser tratados por equipos de oncólogos y cirujanos especialmente interesados en esta patología (centros de referencia).

P-310. ATENCIÓN INTEGRAL AL PROCESO DE CÁNCER DE MAMA: PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN

P. Lora Cumplido, M.A. Lezana, H. Padín, R. Fresnedo, C. Moriyón, D. Díaz, L. Santamaría, S. Artime, F. Cantero y R. Álvarez Obregón

Hospital de Cabueñes, Gijón.

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en las mujeres occidentales, en Asturias presenta entre los 15 y 34 años una tasa de incidencia del 20,3 % y un 35,7 % entre los 35 y 64 años. Respecto a la mortalidad en nuestra comunidad, es la primera causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 39 años (10,7 %) así como entre los 40 a 64 años (13,2 %).

Objetivos: Objetivo general: gestionar efectiva y adecuadamente la atención integral al proceso de cáncer de mama. Otros objetivos: abordaje multidisciplinar y transversal del proceso de cáncer de mama; reducir los tiempos de espera para el diagnóstico y el tratamiento; ambulatorización de las intervenciones quirúrgicas; mejorar la accesibilidad y la comunicación de pacientes y profesionales de diferentes niveles asistenciales con la Unidad; uso eficiente y coordinado de todos los recursos asistenciales del Área Sanitaria; fomentar la comunicación fluida de los ciudadanos, usuarios y pacientes con todos los profesionales de la Unidad.

Pacientes y métodos: El Área Sanitaria V de Asturias abarca una población total de 301.171 habitantes. Constitución de la Unidad de Mama, coordinada por el Servicio de Cirugía General e integrada por diferentes especialidades, estableciendo una dinámica de trabajo con reuniones semanales, analizando todos los casos que se presenten de forma global incluyendo la actitud terapéutica. Compromiso de tiempos de respuesta: Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica aportan un informe único, Anestesia establece vías de preferencia a la consulta preoperatoria. Ambulatorización de los procesos quirúrgicos. Consulta específica de mama, tanto de enfermería como médica: una vez evaluado el caso globalmente, la paciente es informada en esta consulta de su diagnóstico y opciones de tratamiento. Accesibilidad: la Unidad de Mama posee un teléfono directo de atención tanto a pacientes como a profesionales sanitarios. Diseño de una encuesta para conocer la opinión de las pacientes que acuden a la Unidad.

Resultados: Con la creación de la Unidad se han desarrollado canales de derivación preestablecidos, evitando la atención des-

coordinada de las pacientes ante la sospecha de un cáncer de mama. Se ha comenzado a abordar el cáncer de mama de una forma multidisciplinar, incluyendo otros especialistas que trabajan en otros centros sanitarios del Área V. Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica aportan un informe único con los resultados de todas las pruebas de imagen y de la biopsia en 10 días. Reuniones semanales del Comité de Mama analizando todos los casos y diseñando actitud terapéutica. Disminución de tiempos de espera quirúrgica de meses a 21 días. Ambulatorización del 75 % de los procesos quirúrgicos.

Conclusiones: Integración multidisciplinar en una Unidad Funcional de atención al Cáncer de Mama. Gestión adecuada de los recursos disponibles, aplicando las Guías y/o Protocolos definidos por el Servicio de Salud del Principado de Asturias. Atención sanitaria centrada en la paciente, tratando de disminuir la incertidumbre que conlleva el diagnóstico de cáncer de mama. Utilización de herramientas para conocer la opinión de las pacientes que acuden a la Unidad.

P-311. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE LA CALIGRAFÍA MÉDICA EN LA COMUNICACIÓN

F.M. González Valverde, M.J. Gómez Ramos, M. Ruiz Marín, E. Peña Ros, M.E. Tamayo Rodríguez, F.J. Ródenas Moncada, J.M. Muñoz Camarena, P. Parra Baños, M.F. Candel Arenas, E. Terol Garaulet y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivos: Analizar la comprensión de la letra de médico entre otros compañeros.

Material y métodos: Se recogieron de 75 historias clínicas aleatoriamente 3 grupos de documentos: Hoja de evolución en planta, Hoja de historia clínica en consulta externa y Hoja de protocolo de intervención quirúrgica. Se encuestó a 25 miembros del Servicio de Cirugía (Médicos y enfermeros) sobre la comprensión de dichos textos tanto de primera impresión (buena o mala) como al leerla. La lectura detenida se dividió en 4 posibles resultados: Comprensible, Se entiende por el contexto, Se entiende alguna palabra y No se entiende nada. Además se establecieron 5 variables: edad, sexo, años de experiencia, evaluación general de la letra de los médicos y el motivo de dicha evaluación. Los datos se introdujeron en una base de datos de SPSS v.15. Las variables cuantitativas se expresan como la media \pm su desviación estándar y las cualitativas como porcentajes.

Resultados: La edad media de los entrevistados fue de 35,92 DE 5,02, los años de experiencia 11,32 DE 5,04. Por sexo fueron 11 mujeres (44%) y 14 hombres (66%). El 85 % de los enfermeros y el 60 % de los médicos considera que la letra de médico es ilegible. El motivo de dicha ilegibilidad fue, por orden de frecuencia: rapidez al escribir (40%), escribir mucho (20%), falta de consideración (8%) y otros (32%).

Porcentajes resultados				
	Planta	Consulta	Quirófano	Global
Primera impresión (buena)	35	50	33	39
Comprensible	31	41	33	35
Contexto	28	36	35	33
Alguna palabra	30	16	21	23
Nada	11	7	11	10

Conclusiones: En general el personal de enfermería considera la letra de los facultativos es mala e ilegible y, en menor grado los médicos, siendo los principales motivos el escribir mucho (debido probablemente a la elevada presión asistencial) y la ra-

pidez al hacerlo. Destacar que un 8 % lo considera una falta de consideración hacia el resto del personal sanitario.

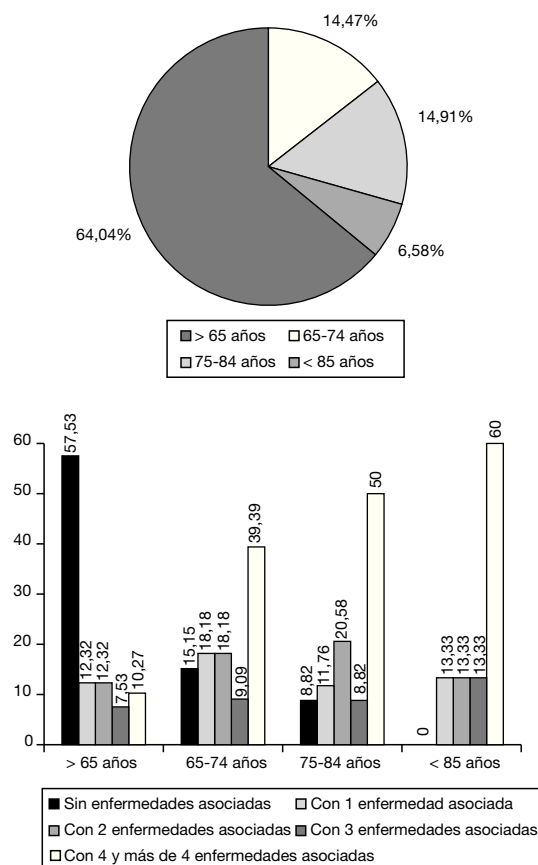
P-312. CIRUGÍA GENERAL EN EL ANCIANO. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE NUEVA CREACIÓN

M. Paduraru¹, J. Alonso Segú¹, C. Moreno Sanz², A. García Sánchez² y L. Antinolfi²

¹Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real. ²Hospital La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Objetivos: Conocer: la incidencia de enfermedades asociadas en el anciano sometido a intervención quirúrgica, estratificada por rangos de edad, el tipo de enfermedades y su estadio o gravedad, el tipo de intervenciones quirúrgicas en el anciano en un hospital de nueva creación, la relación entre las enfermedades asociadas y la actitud terapéutica, el tiempo de ingreso en los diferentes rangos de edad dentro de la ancianidad. Inferir la situación de dichos parámetros en el futuro, dado en proceso de envejecimiento acelerado previsto en las próximas décadas.

Material y métodos: Hemos analizado los ingresos en el año 2009, primer año de funcionamiento completo del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital de Tomelloso, clasificando los ingresos (N 228 excluyendo los casos operados en régimen ambulatorio) en relación con la edad: menores de 65 años (146, 64,03%); mayores de 65 años (82, 35,96%), y dividiendo este grupo en tres categorías: entre 65-74 años (33, 14,47%), entre 75-84 años (34, 14,91%), y mayores de 85 años (15, 6,57%). Hemos contabilizado los días de ingreso en cada categoría de edad, las enfermedades asociadas, el tipo de patología quirúrgica.



Resultados y conclusiones: Comparando el perfil de la población de Castilla-La Mancha y de la provincia de Ciudad Real, con el perfil de la población española, se observa un mayor envejeci-

miento en nuestra comunidad y provincia, con mayores porcentajes de población mayor de 75 años (7,19 % y 7,6 % respectivamente) y de 85 años (2,56 % y 2,62 % respectivamente). Sin embargo en nuestra ciudad de referencia, la población es mucho más joven, con menores porcentajes de población anciana entre 65-74 años (6,94 %), entre 75-84 años (5,75 %) y mayores de 85 años (1,86 %), representando la población menor de 65 años el 85,43 %. Los ingresos en la categoría de edad 65-74 años son del 14,47 % (más del doble en comparación con el porcentaje de este rango en la población general), entre 75-84 años, el 14,91 % (casi el triple del porcentaje de esta categoría en la población), y del 6,58 % en pacientes mayores de 85 años (3,5 veces más alto que el porcentaje de este rango en la población). Estudiado el porcentaje de los pacientes que en cada grupo están libres o no de patología asociada, dividiendo el grupo de pacientes con enfermedades entre los que presentan 2, 3, 4 o más enfermedades, se observa un descenso de pacientes sin enfermedades asociadas desde 57,53 % en los menores de 65 años, hasta 0 en los mayores de 85, correspondientemente un aumento con la edad de los pacientes con 4 enfermedades asociadas: entre 75-84 años 50 % y en mayores de 85 años: 60 %, mostrando los riesgos anestésico-quirúrgicos, la necesidad de medios y personal aumenta el gasto sanitario con cada categoría de edad. La previsión poblacional en el futuro destaca un acentuado proceso de envejecimiento, con una población mayor de 65 años del 26,13 %, y en mayores de 75 y 85 años de 8,81 % y 4,25 % respectivamente, cifras que aumentan el interés de las particularidades de la cirugía en los ancianos en el futuro.

P-313. ELABORACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA PARA LA APENDICECTOMÍA SILS

M. Ramírez, E. Terol Garaulet, M. Ruiz Marín, E. Peña Ros, M. González Valverde, E. Tamayo Rodríguez, M.F. Candel, J. Ródenas y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: La apendicectomía laparoscópica con abordaje por puerto único (SILS) ha adquirido importancia creciente hasta convertirse en la actualidad en un procedimiento habitual en muchos servicios de cirugía. Pero esta popularización de la técnica corre el riesgo de ir acompañada de un aumento paralelo de los problemas de calidad. Para minimizar su impacto hemos elaborado e implantado una vía clínica (VC) para la apendicectomía por SILS en el Hospital General Reina Sofía de Murcia.

Material y métodos: Partiendo de la VC de la apendicectomía laparoscópica ya implantada en nuestro Servicio y tras una revisión bibliográfica buscando la mejor evidencia científica se procedió al diseño de los documentos de la nueva VC. El equipo de trabajo fue coordinado por la unidad de calidad del hospital, implantándose la vía en marzo de 2010. Hemos realizado un estudio retrospectivo, observacional de los 11 pacientes diagnosticados de apendicitis e intervenidos por SILS y no incluidos en una vía clínica durante el periodo comprendido entre enero y febrero de 2010 con el fin de identificar oportunidades de mejora. Se analizaron datos demográficos, estancia media, efectos adversos, complicaciones, reingreso, métodos diagnósticos empleados e indicador de satisfacción.

Resultados: El diseño de los documentos de la VC se consensuó con todos los profesionales implicados en el proceso. Para ello se realizaron diversas reuniones durante los meses de octubre y febrero de 2010. Los documentos son los siguientes: matriz temporal, hoja de información para el paciente, hoja de registro para tratamientos y cuidados de enfermería, registro de incumplimientos, encuesta de satisfacción, recomendaciones al alta e indicadores para la evaluación. De los 11 pacientes, 5 (45,5 %) fueron mujeres y 6 (54,5 %) hombres con un IMC medio de

25,8 kg/m² (rango 22,6-30; DE: 2,4) y una edad media de 26,1 años (rango 13-54; DE: 10,88). La estancia media fue de 50,18 ± 7,2 horas (rango 48-72h). No hubo mortalidad, no se presentaron complicaciones y ningún paciente precisó reingreso ni reintervención urgente. En todos los pacientes se realizó hemograma con estudio de coagulación y bioquímica básica preoperatoria. También se realizó eco abdominal y/o TAC en 7 casos (63,6 %). Se solicitó un sedimento de orina en 5 pacientes (45,5 %). El indicador de satisfacción fue del 95,08 %.

Conclusiones: La implantación de la vía clínica pretende facilitar el consenso entre los profesionales, permitiendo el control de la variabilidad clínica no justificada. Nuestros resultados demuestran que existe la posibilidad, en nuestro Servicio, de reducir la estancia media si bien la casuística estudiada es corta y poco valorable por encontrarnos al inicio de la curva de aprendizaje. Con la aplicación de la vía y el estudio de las variaciones en la misma surgirán sin duda nuevas oportunidades de mejora.

P-314. PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN, PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE QUIRÚRGICO CON ALERGIA AL LÁTEX

F.M. González Valverde, E. Tamayo Rodríguez, E. Peña Ruiz, M. Ruiz Marín, M. Vicente Ruiz, F.J. Ródenas Moncada, P. Parra Baños, E. Buendía Pérez, E. Terol Garaulet y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: El látex o goma natural es la savia lechosa que se obtiene del árbol *Hevea brasiliensis*. La alergia al látex por hipersensibilidad de tipo I (mediada por anticuerpos de la clase IgE) ha pasado a ser un verdadero problema de salud pública que, además, por varios motivos, ha tendido a aumentar en los últimos años. Nos hemos propuesto establecer unas pautas para identificar al paciente alérgico al látex asociando un procedimiento de prevención sistemático, que se inicia con la detección en origen, es decir desde que surge la necesidad de adquirir un determinado producto susceptible de composición con látex y que minimice las complicaciones que puedan resultar de su manipulación, en las intervenciones quirúrgicas que se realicen.

Objetivos: 1. Conseguir un área quirúrgica donde los pacientes alérgicos al látex puedan ser tratados con suficiente garantía para preservarle de complicaciones. 2. Diseñar un ambiente hospitalario que se acerque al concepto de "hospital libre de látex". 3. Sustituir en lo posible los productos que contienen látex por otros libres de este material.

Material y métodos: 1. Identificación de presencia/ausencia de látex en el material fungible, aparatos quirúrgicos, material general, medicamentos, sueros y hemoterapia, a través de la creación de un circuito que permita detectar los posibles productos susceptibles de contener látex, y su posterior identificación y clasificación. 2. Detección de pacientes alérgicos al látex que van a ser intervenidos: en consulta de preanestesia y urgencias; remisión al Servicio de Alergología para confirmación, seguimiento y tratamiento de la sensibilización a látex; implantación y seguimiento de un protocolo de actuación para pacientes alérgicos. 3. Actividades en el área quirúrgica: adecuación del área quirúrgica previa a la intervención, recepción del paciente alérgico al látex en quirófano y protocolo de actuación en la anafilaxia intraoperatoria. 4. Actuación previa a la salida del paciente del quirófano: identificación en la carpeta de historia clínica con distintivo de alergia al látex e inclusión en la historia clínica de las normas para pacientes alérgicos al látex.

Resultados: El indicador de efectividad que se utiliza es el porcentaje de pacientes alérgicos al látex que van a ser intervenidos

y que se ajustan al procedimiento. Desde la puesta en marcha ha habido 9 pacientes; de ellos, 8 se ajustaron al procedimiento y uno se detectó al llegar al quirófano.

Conclusiones: Una oportunidad para la mejora se canaliza a través de procedimientos de actuación encaminados a acrecentar el bienestar y seguridad del usuario, este es el caso de la adecuación del área quirúrgica para el paciente alérgico al látex.

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

COMUNICACIONES ORALES

O-363. INTRODUCCIÓN DEL SISTEMA HEMOPEX SYSTEM (HPS) EN EL TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES EN RÉGIMEN DE CMA

F. Martínez Ródenas, Y. Guerrero de la Rosa, E. Pou Sanchis, G. Torres Soberano, V.P. Josep María, P.G. Jorge, H.B. Raquel, J.E. Moreno Solórzano, L. Catot Alemany y A. Alcaide Garriga

Hospital Municipal, Badalona.

Objetivos: El dolor y las potenciales complicaciones postoperatorias contribuyen a una discreta inclusión de los procedimientos sobre hemorroides en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. El objetivo fundamental de este estudio es confirmar la seguridad y eficacia de la técnica HemorPex System (HPS) para el tratamiento de las hemorroides, comparar sus resultados con las técnicas quirúrgicas actualmente realizadas en nuestro Servicio y demostrar su validez para la ambulatorización.

Material y métodos: Estudio clínico, retrospectivo y observacional, realizado entre enero de 2008 y junio de 2009. Participaron todos los cirujanos del Servicio en las intervenciones. Dos facultativos estaban formados previamente en la realización de la HPS. Los pacientes fueron intervenidos con anestesia locorregional o con sedación. El dolor fue evaluado con la escala analógica visual (EVA) y se consideró dolor excesivo cuando EVA ≥ 3 . A las dos o tres semanas del alta todos los pacientes fueron visitados en las consultas externas de cirugía. Posteriormente se continuó el seguimiento hasta la curación completa. Técnica de la HPS: consiste en ligar las ramas terminales de la arteria hemorroidal superior por encima de la línea pectínea. Suprime el flujo arterial y trata el prolapso. Para su realización, se utiliza un anoscopio fungible que consta de una parte fija con un canal rotatorio interno que permite suturar y anudar dentro del canal anal. Análisis de los datos: los resultados obtenidos han sido analizados estadísticamente con la prueba de independencia de la χ^2 y el análisis de varianza.

Resultados: Fueron operados 126 pacientes (64 varones, 62 mujeres) con una edad media de $49,6 \pm 13,5$ años (rango 21-80 años) y patología asociada en 49 casos. Padecían hemorroides grado II, III y IV en el 29, 52 y 19%, respectivamente. En 27 se les colocó bandas elásticas exclusivamente, 78 fueron sometidos a hemorroidectomía de Milligan y Morgan (se sumaron bandas, E.L.I. y polipectomía en 5, 1 y 1 pacientes, respectivamente) y 21 a HPS (se agregaron hemorroidectomía externa, E.L.I. y polipectomía

en 2, 1 y 1 pacientes, respectivamente). El 78% de las intervenciones fueron con anestesia locorregional y el resto con sedación profunda; se infiltraron las heridas en el 23,8% de las ocasiones. El 67% de los pacientes con HPS fueron en régimen de CMA, frente al 52% de bandas y 1% de hemorroidectomía, $p < 0,01$. La morbilidad global fue del 15% y no tuvo correlación con la técnica quirúrgica ni operación asociada sino con el grado hemorroidal. El dolor fue menor en los pacientes con bandas y HPS ($1,9 \pm 2,1$ y $1,3 \pm 1,3$) con respecto a la hemorroidectomía ($4,5 \pm 2,7$), $p < 0,01$ y no se relacionó con la técnica anestésica ni con la infiltración.

Conclusiones: La HPS ofrece un alto porcentaje de curación con mínima agresión y apenas dolor en los pacientes con hemorroides grado II y III por lo que puede ofrecerse en Cirugía Mayor Ambulatoria.

O-364. RESULTADOS DE LA COLOCACIÓN DEL CATÉTER PARA DIÁLISIS PERITONEAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN CMA

J. Sánchez Beorlegui, E. Monsalve Laguna, P. Díez Férrez, A. Aspíroz Sancho y F. Ordás Nasarre

Hospital Calahorra, La Rioja.

Objetivos: La diálisis peritoneal continua ambulatoria es una opción válida para pacientes seleccionados con insuficiencia renal crónica. La inserción de los catéteres se realizaba hasta ahora mediante técnica abierta (mini-laparotomía) o mediante paracentesis. Sin embargo, recientemente se ha planteado la posibilidad de realizar este procedimiento por laparoscopia en régimen de CMA. En la presente comunicación evaluamos nuestros resultados con dicha técnica.

Material y métodos: Entre noviembre de 2006 y marzo de 2010 se realizaron 28 procedimientos, en 12 mujeres y 16 varones con edad media $63,2$ (DE $10,3$) años (máximo 79 y mínimo 42). La técnica se realizó bajo anestesia general. Se creó un neumoperitoneo con aguja de Verres y se utilizó un único trocar supraumbilical de 5 mm y una óptica para artroscopias adaptable al mismo. La incisión para inserción del catéter fue de 3 cm en la región paraumbilical izquierda y empleamos un Kit Y-Tec®. La colocación del catéter (Fresenius Swan-Neck®) en su correcta posición en la pelvis se realizó bajo visión directa.

Resultados: El tiempo quirúrgico medio fue de 25,28 minutos (DE 9,3) minutos (máximo 50 y mínimo 16). En 20 casos el procedimiento fue en régimen CMA, seguido de su uso inmediato para diálisis (71,4%). El resto de los enfermos permanecieron en el Hospital durante una jornada para ser dializados el día siguiente a la intervención. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones intra o postoperatorias atribuibles al procedimiento. No hubo conversiones. Las complicaciones inmediatas se produjeron en 4 pacientes (14,3%): un funcionamiento defectuoso del catéter que no impidió su posterior empleo, una obstrucción y una infección del catéter (retirados en ambos casos) y un seroma de herida operatoria con pérdida de líquido de diálisis. El tiempo medio de utilización fue de 14,4 meses (DE $10,7$), estando funcionales 15 de ellos en la actualidad. En el resto de los casos, cuatro catéteres se retiraron por disfunción (3) o infección (1), tres pacientes fueron trasplantados, dos se desvincularon de nuestro Centro Hospitalario y cuatro fallecieron por complicaciones de su nefropatía crónica u otras patologías.

Conclusiones: La colocación por vía laparoscópica del catéter para diálisis peritoneal es una técnica sencilla, eficaz, reproducible, con baja morbilidad y realizable en régimen CMA, incluso en pacientes deteriorados. Pensamos que la colocación bajo visión directa permite un óptimo funcionamiento de los sistemas durante un largo periodo de tiempo.