

ble, con unos resultados similares a la vía laparotómica, y con los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

Objetivos: Analizar los resultados de la resección laparoscópica del colon desde su inicio en nuestro Servicio de Cirugía, mediante la aplicación de un programa de monitorización de efectos adversos (complicaciones postoperatorias, mortalidad, reintervenciones y reingresos).

Material y métodos: En el año 2004 se inició de forma progresiva la vía laparoscópica en la resección de colon, inicialmente en patología benigna y, posteriormente, en el cáncer de colon no avanzado. Se incluyen 161 pacientes seleccionados intervenidos por vía laparoscópica, 89 hombres y 72 mujeres, de edad media 69 años (26-87). Se estableció como estándar o grupo control el constituido por 165 pacientes, 90 hombres y 75 mujeres, de edad media 68 años, correspondiente a las colectomías programadas realizadas por vía laparotómica en el periodo inmediatamente anterior al inicio de la laparoscopia. A partir de la base de datos de nuestro servicio, que recoge de forma prospectiva y específica 20 tipos distintos de complicaciones postoperatorias, se aplicó un programa informático de control de calidad que monitoriza los efectos adversos o desfavorables (complicaciones, mortalidad, reintervenciones y reingresos) en un determinado procedimiento quirúrgico.

Resultados: La tasa global de complicaciones para la vía laparoscópica fue de un 23,6%, y mientras que en la técnica estándar o laparotómica había sido de un 35,7%. Los resultados de ambas técnicas, laparoscópica y estándar, fueron respectivamente en infección de herida 3,1% vs 8,4%, en complicaciones de las anastomosis 4,9% vs 5,5%, en sepsis por catéter 1,8% vs 8,4%, evisceraciones 1,8% en cada una, infección respiratoria 0,6% vs 3,6%, en reintervenciones 6,8% vs 7,7%, y en reingresos 0 vs 2,4%. La estancia media postoperatoria fue de 8,7 días en la vía laparoscópica frente 10,9 días en la colectomía laparotómica. La mortalidad fue similar: 4 (2,5%) y 6 (3,6%) pacientes, respectivamente. En el grupo laparoscópico la conversión a cirugía abierta fue necesaria en 13 pacientes (8%).

Conclusiones: La aplicación de un programa de monitorización de efectos adversos ha permitido conocer los resultados de la implantación de la vía laparoscópica en la resección de colon. En los casos intervenidos por vía laparoscópica, al ser seleccionados, la incidencia de complicaciones, reintervenciones y reingresos disminuyó, mientras la mortalidad no se modificó.

GESTIÓN DE CALIDAD Y FORMACIÓN POSGRADUADA

COMUNICACIONES ORALES

O-184. MONITORIZACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE COLON

R. Saborit Montalt, A. Roig Bataller, J. Aguiló Lucia, R. Penalba Palmi, J. García del Caño, M. Garay Burdeos, M. García Botella, V. Viciano Pascual, V. Roselló Bono, C. Muñoz Alonso y J. Mallol Roca

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Introducción: La introducción de una nueva técnica quirúrgica en un servicio de cirugía debe conseguir, al menos, los mismos resultados que la considerada estándar. La resección laparoscópica del colon ha demostrado ser una técnica segura, reproduci-

O-185. CURSOS DE ENTRENAMIENTO EN SUTURAS LAPAROSCÓPICAS

E. García-Plata Polo, J.L. Seco Gil, S. Rodríguez Serrano, O. Vidal Doce, C. Reguilón Rivero, E. Alonso Alonso, M. de la Plaza Galindo, M. Viana Miguel, M. Álvarez Rico y A. Palomo Luquero

Hospital General Yagüe, Burgos.

Introducción: Un alto porcentaje de los cirujanos que realizan laparoscopia tienen una experiencia reducida en la práctica de suturas laparoscópicas.

Objetivos: Verificar la reducción en el tiempo de realización de las suturas laparoscópicas mediante la práctica en cursos de entrenamiento.

Material y métodos: A lo largo de 3,5 años se han llevado a cabo en nuestro Servicio 21 cursos de formación en cirugía laparoscópica. De ellos, 19 cursos de entrenamiento se han basado fundamentalmente en la práctica en entrenadores. Los cursos de entrenamiento son eminentemente prácticos, con mínima carga teórica, de una duración de 15 horas, y con un alumno por puesto de trabajo. En tejidos animales, se efectúan suturas a puntos sueltos y continuas, tanto verticales como horizontales, con material de sutura trenzado y mono-filamento, así como se

realizan anastomosis gastro-intestinales, a puntos sueltos y continuas. Asimismo, se practica con dispositivos de sutura intra-corpórea (endo-stitch), y se complementa con la práctica de ejercicios en simuladores virtuales (LapSim Háptico, Medical Simulator).

Resultados: Un total de 189 alumnos efectuaron los 21 cursos, 132 de ellos en los 19 cursos de entrenamiento, con una media de 7 alumnos por curso (10 en los últimos dos años). El 76% de los alumnos eran de Cirugía general, seguidos de Ginecología (13%) y Urología. El 56% eran cirujanos, y el resto residentes, repartidos de forma similar, sobre todo, entre los 3 primeros años de residencia (38%). Los alumnos procedieron de toda España, con predominio de Castilla y León (55%), seguidos del País Vasco (9,5%), Castilla-La Mancha (6,3%), Galicia y Madrid (4,2%), Canarias (3,7%) y Cataluña (3,1%). El tiempo medio para realizar el primer punto de sutura fue de 13,5 minutos, disminuyendo a 5,7 min en el 2º día del curso. La media para la primera sutura continua fue de 19,8 min, bajando a 10,8 min el 2º día. La reducción en los tiempos se observó tanto en los residentes (8,7 min de reducción), como en el staff (6,5 min).

Conclusiones: La práctica en el entrenador consigue una reducción de alrededor del 50% del tiempo empleado en la realización de suturas laparoscópicas, tanto en cirujanos, como en residentes, siendo el método fundamental para el aprendizaje de dichas suturas.

O-186. VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA DE LA COMPLEJIDAD DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

A. Romaguera Monzonís, P. Rebas Cladera, N. García Monforte, N. Bejarano González, F.J. García Borobia, A. Corcuera Amil, J.C. Oliva Morera, J.M. Hidalgo Rosas, G. Cánovas Moreno, A. Luna Aufroy y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: La colecistectomía es un procedimiento quirúrgico frecuente en nuestro sistema sanitario (4ª intervención por número de casos en España). La complejidad del procedimiento puede ser muy variable. Conocerlo a priori es muy importante a la hora de indicar la intervención (riesgo/beneficio), gestionar el tiempo quirúrgico así como otros recursos sanitarios. El objetivo del presente trabajo consiste en identificar los aspectos que influyen a priori en la complejidad de la colecistectomía.

Material y métodos: Estudio prospectivo. Hemos incluido todas las colecistectomías realizadas de forma electiva durante el año 2009. Han sido operadas por 17 cirujanos. Las variables recogidas han sido: edad, sexo, motivo que indica la colecistectomía, ASA, cirugía previa, duración de la intervención, conversiones, estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias, confort del cirujano y complejidad del procedimiento quirúrgico. La variable complejidad del procedimiento fue valorada por el cirujano responsable una vez finalizada la intervención. Está compuesta por una variable categórica ordinal y otra cuantitativa (escala de 0 a 100).

Resultados: Hemos incluido 196 enfermos cuyas características generales figuran en la tabla 1. La complejidad de la colecistectomía fue valorada como muy fácil en 38 pacientes, fácil en 103, difícil en 46 y muy difícil en 9. El confort del equipo quirúrgico ha sido muy bueno en 70 casos, bueno en 89, regular en 25 y malo en 12. La complejidad del procedimiento es una variable propia del paciente que influye en el confort ($r = 0,354$, $p < 0,001$). La relación entre el tiempo quirúrgico, la estancia hospitalaria, las conversiones y las complicaciones con el índice de complejidad se detallan en la tabla 2. Aplicamos un modelo de regresión lineal entre el sexo, motivo de colecistectomía, cirugía supramesocólica, edad y IMC con el índice de complejidad. Tan sólo la edad, la cirugía previa y el motivo de la colecistectomía están relacionados con el índice de complejidad.

Tabla 1. Características población

Sexo	136/60
Mujeres/Hombres	
Edad media (DE) (años)	56 (16)
IMC (DE) (kg/m ²)	28 (5)
Cirugía supraumbilical	7
Duración intervención mediana (min)	50'
Laparotomía (%)	3 (1,5%)
Conversión (%)	5 (2,6%)
Motivo intervención	
Colelitiasis sintomática	95
Pancreatitis previa	38
Cólico hepático persistente	16
Colecistitis previa	14
Coleocolitis previa	10
Colangitis previa	9
Pólipos vesiculares	5
Vesícula escleroatrófica	3
Otros motivos	6
Estancia postoperatoria mediana (días)	2 días
Complicaciones postoperatorias (%)	6 (3,1%)

Conclusiones: El modelo de regresión lineal presentado permite con tan sólo conocer la edad, el motivo por el que se indica la colecistectomía y los antecedentes de cirugía supramesocólica predecir la complejidad quirúrgica del procedimiento. La complejidad del procedimiento está relacionada con la duración de la intervención, la estancia hospitalaria, las complicaciones y las conversiones.

O-187. FORMACIÓN DEL RESIDENTE EN LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA APENDICITIS AGUDA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

M. Posada González, M.M. Naranjo Lozano, J. Gómez Ramírez, S. Salido Fernández, A. Rodríguez Sánchez, G. Fernández Díaz, I. Rubio Pérez, I. García-Sanz, P. Cardeñoso Payo, E. Martín-Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente. El papel de la cirugía laparoscópica en el

Tabla 2. Relación confort con complicación, reconversión, duración IQ, estancia hospitalaria

Complejidad	N	Duración IQ (min)	Estancia (días)	Reconversión	Complicación postoperatoria
Muy fácil	38	35'	1	0	0
Fácil	103	45'	1	0	1
Difícil	46	60'	2	2	4
Muy difícil	9	110'	3	3	1

manejo de esta patología ha ido ganando protagonismo en los últimos años. La apendicectomía laparoscópica se considera una técnica segura y que aporta una mayor rapidez en la recuperación de los pacientes. La formación del residente de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD) debe evolucionar al ritmo de los cambios que aparecen en el tratamiento de las distintas patologías, y dado que la cirugía de la apendicitis aguda es uno de los primeros campos en los que el residente comienza a desarrollar sus habilidades quirúrgicas, el objetivo de nuestro estudio es analizar la evolución de la formación del residente de CGAD en el tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda.

Material y métodos: Se recogieron todas las apendicectomías intervenidas en nuestro Servicio durante 2009 y 2010. Las variables analizadas fueron: datos epidemiológicos de los pacientes y clasificación preanestésica ASA de los mismos, abordaje quirúrgico empleado, necesidad de reconversión, cirujano principal (residente o adjunto), tiempo quirúrgico, complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, estancia hospitalaria.

Resultados: Durante 2009 y 2010 se realizaron un total de 238 apendicectomías de las cuales, 208 (87,4%) fueron realizadas por residentes y 30 (12,6%) por adjuntos. De los 230 pacientes intervenidos por residentes, 118 (56,7%) fueron varones y 90 (43,3%) mujeres, con una edad media de $36,7 \pm 16,3$ años. La mayoría fueron ASA I (73,1%) y ASA II (20,7%). Realizaron un total de 150 (72,1%) apendicectomías abiertas (AA) y 58 (27,9%) apendicectomías laparoscópicas (AL), necesitando reconvertir de laparoscópica a abierta en 4 ocasiones (1,9%). El tiempo medio de duración de la cirugía fue de $79,2 \pm 32$ minutos. Se recogieron complicaciones postoperatorias en 37 pacientes (17,8%). La complicación más frecuente fue el desarrollo de absceso intraabdominal, que se presentó en 18 casos (8,7%), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de abordaje empleado. La estancia media fue de $5,1 \pm 4$ días. Comparando entre residentes y adjuntos no se observan diferencias significativas en cuanto a la edad de los pacientes, clasificación ASA, tiempo quirúrgico, complicaciones ni estancia hospitalaria. Comparando entre residentes, se observa que es el residente de primer año es el que mayor número de apendicetomías realiza, el 96,6% de ellas vía abierta. Es a partir del segundo año cuando se realizan mayor número de AL, sin precarse diferencias estadísticamente significativas entre el número de AL realizadas por residentes de tercer, cuarto y quinto año. Al analizar la evolución a lo largo del tiempo, se observa que durante 2010 hay un aumento estadísticamente significativo del número de AL realizadas por residentes respecto a 2009.

Conclusiones: En nuestro centro los resultados obtenidos en las apendicectomías realizadas por residentes son satisfactorios. Cabe destacar que ha habido una adecuada adaptación de la formación del residente respecto a la introducción de la laparoscopia en el tratamiento de la apendicitis aguda, de forma que los residentes realizan un número adecuado y cada vez mayor de AL. Todo esto es beneficioso y contribuye a una completa y correcta formación del especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

O-188. SISTEMATIZACIÓN DE LA CIRUGÍA TIROIDEA: ESTUDIO RETROSPECTIVO RECOGIDO EN UNA BASE DE DATOS INFORMATIZADA DE LOS SEIS PRIMEROS AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DE UN HOSPITAL DE NIVEL II

L. Carrión Álvarez, A.J. García Muñoz Nájara, M. Medina García, M. Durán Poveda, P. López Fernández, F. Fernández Bueno, C. López Muñoz, J.A. Martínez Piñero, P. Artuñedo Pe, A. Serrano del Moral y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Objetivos: Análisis retrospectivo de los resultados de la Unidad de Cirugía Endocrina del Hospital de Fuenlabrada tras seis años de experiencia en un área de alta incidencia de patología tiroidea, y comparación de los mismos con los estándares de calidad publicados en la literatura.

Material y métodos: Intervenciones sobre el tiroides en los pacientes de la población de Fuenlabrada durante el periodo comprendido entre junio del 2004 y diciembre del 2010 utilizando el sistema informatizado del Hospital (historia clínica electrónica). Dividimos el periodo de estudio en dos partes: los primeros dos años, sin unidad específica de Cirugía Endocrina y los últimos tres, con la Unidad ya establecida y con unos criterios y protocolos estrictos.

Resultados: Se han realizado 686 intervenciones sobre tiroides, con una media de edad de 46 años y una relación de 4:1 a favor del sexo femenino. El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue de bocio multinodular. De las 686 intervenciones, una tercera parte fueron hemitiroidectomías, con una estancia media de 1,4 días en el primer periodo y 1,45 en el segundo. En el caso de las tiroidectomías la media fue de 3,2 días en el primer periodo y 2,7 en el segundo. Las complicaciones mayores vienen reflejadas en la tabla.

Conclusiones: La cirugía tiroidea exige un alto nivel de aptitud. El descenso del índice de complicaciones desde el establecimiento de una unidad específica parece indicar la necesidad de crear unidades de Cirugía Endocrina que estandaricen la técnica con el fin de mejorar los resultados y disminuir al máximo la incidencia de complicaciones mayores.

O-189. EL PAPEL DEL RESIDENTE EN EL QUIRÓFANO DE URGENCIA

S. Paterna López, G. González Sanz, M.N. Sánchez Fuentes, M.L. Gutiérrez Díez, C. Gracia Roche, J. Martínez Bernard, M. Herrero López, A.P. Riverola Aso, I. Gascón Ferrer, I. Talal El Albur y J.M. Esarte Muniaín

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Analizar las intervenciones quirúrgicas realizadas de urgencia por los Médicos Internos Residentes de Cirugía General y Aparato Digestivo bajo la supervisión de un adjunto durante un año en un hospital de tercer nivel (1.400 camas), detallando la morbilidad de los pacientes y su distribución de los mismos en los distintos turnos horarios que se establecen en la atención continuada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo desde enero de 2010 hasta diciembre del mismo año de todos los pacientes intervenidos de urgencia en nuestro hospital por médicos internos residentes de Cirugía General y Aparato Digestivo. Los datos se han

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Intervenciones	163	75	102	95	101	150	686
Disfonía permanente (1,3%)	4 (2,5%)	3 (4%)	2 (2%)	0 (0%)	2 (2%)	1 (0,6%)	9
Hipocalcemia permanente (1,8%)	5 (3%)	3 (4%)	3 (3%)	2 (2%)	1 (1%)	3 (2%)	13

obtenido del registro informático empleado en nuestro bloque quirúrgico así como de la base de datos del servicio.

Resultados: En el período de un año se han realizado con carácter urgente un total de 946 intervenciones por parte del Servicio de Cirugía General y Patología Digestiva de nuestro hospital, de las cuales 529 (56,2%) han sido realizadas por médicos internos residentes, el 23,4% durante el turno de mañana, 45,6% en turno de tarde y 30,9% en el de noche. Respecto a las características de los pacientes, el 60,7% son hombres y el 39,3% mujeres, de 52,3 años de edad media (14-101), presentando comorbilidades en el 61,5% de los casos (ASA I 36,9%, ASA II 28,57%, ASA III 27,7% y ASA IV 6,3%). El 88,8% de los pacientes suponen urgencias externas, añadiendo un 1,2% de traslados de otros centros, siendo el restante 10,3% urgencias internas que engloban el 1,6% perteneciente a nuestro propio servicio, así como otros pacientes procedentes de especialidades médicas o quirúrgicas ajenas a nosotros (9,1%). La patología predominante de este tipo de asistencia de forma global es la apendicular (36,5%) seguida de la proctológica (23,8%), los defectos de pared abdominal (12,7%), múltiples afecciones de colon (7,1%) y de intestino delgado (6,7%), la colecistopatía (5,9%) y otras varias en menor proporción, no viéndose alterada esta distribución según los distintos turnos establecidos, siendo la duración media de las intervenciones de 90 minutos. El 4,7% de los pacientes pasan su postoperatorio inmediato en UCI, el 3,2% en REA y el resto en planta, con una estancia media global de 6 días. El 24,6% va a presentar complicaciones postoperatorias, médicas en un 14,7% y quirúrgicas en un 15,1%, precisando ser reintervenidos al menos en una ocasión el 4,7% de los pacientes fundamentalmente por dehiscencia de sutura. La mortalidad supone un 5,5%, siendo la principal causa el shock séptico de múltiples orígenes.

Conclusiones: El mayor volumen de urgencias quirúrgicas se halla comprendido entre las 15:00 y las 08:00 horas del día, más allá del horario laboral habitual. Las urgencias externas predominan sobre las internas. El nivel de complejidad tanto de los enfermos como de las intervenciones realizadas se adecua a la formación del residente tal y como manda el programa de la especialidad. Los médicos internos residentes en formación son supervisados durante la intervención quirúrgica en el 100% de los casos.

O-231. IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO AMBULATORIO PARA LA CORRECTA ESTIMACIÓN DE LA INCIDENCIA Y PERFIL DE LA INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO (SSI) POSTAPENDICECTOMÍA: IMPLICACIONES EN EL BENCHMARKING INTERCENTROS

Y. Pulido Roa, J.M. Aranda Narváez, B. García Albiach, T. Prieto-Puga Arjona, C. Montiel Casado, A.J. González Sánchez y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La SSI continúa constituyendo un problema de elevada magnitud. Entre las medidas encaminadas hacia su

control se definen programas de seguimiento como el National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS) del Center for Diseases Control and Prevention (CDC) americano o el de Indicadores Clínicos para la Mejora Continua de la Calidad (INCLIMECC) nacional. Sin embargo, la estimación de las tasas de SSI mediante datos únicamente hospitalarios puede resultar insuficiente en la era del alta precoz. La apendicectomía (APPY) añade además aspectos de curso postoperatorio corto y elevado riesgo infeccioso. Presentamos un estudio para establecer si la apendicitis aguda (AA) puede precisar un seguimiento ambulatorio exhaustivo para la correcta definición de la incidencia y perfil de la SSI postapendicectomía.

Material y métodos: Estudio observacional analítico, desarrollado sobre la cohorte de pacientes intervenidos por sospecha de apendicitis aguda durante un periodo de 4 años (2007-2010) en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga (n = 868). Variable de estudio: SSI, definida y clasificada según los criterios del CDC. Trabajo de campo prospectivo, recogiendo incidencia y tipo de SSI mediante datos de historia clínica e identificación de reingresos y realizando un seguimiento telefónico para la detección de SSI ambulatorias. Se calculó el índice NNIS a partir de sus componentes: 1) ASA (≤ 2 : 0; > 2 : 1); 2) Duración de la intervención (< 1 hora –percentil 75 dictado por el CDC–: 0; > 1 hora: 1); 3) Clasificación del tipo de cirugía según la National Research Council (NRC) (potencialmente contaminada: 0; contaminada o sucia: 1); 4) vía de abordaje: subclasificación de la categoría 0 en 0-no y 0-yes (si se empleó el abordaje laparoscópico). Se definió la tasa de SSI global, clasificada según el CDC y por cada categoría NNIS en dos supuestos: 1) con los datos obtenidos desde información hospitalaria y 2) con todos los datos disponibles, incluyendo el seguimiento telefónico. Para ambos supuestos se calculó la razón estandarizada de infección (RSI) que define el riesgo infeccioso en nuestro centro, mediante método indirecto, tomando para el cálculo de esperados los datos del programa INCLIMECC asumiendo un comparador nacional.

Resultados: Todos los estimadores de la muestra global mantuvieron consonancia con grandes series. El abordaje laparoscópico fue empleado en el 16% de los pacientes. En el seguimiento telefónico para la estimación de la SSI ambulatoria hubo 38 pérdidas (4,4%), y en 13 pacientes (1,5%) no pudo calcularse el NNIS en base a ausencia del dato relacionado con la duración de la intervención. Los datos de SSI global, clasificada y estratificada según el riesgo NNIS en ambos supuestos del estudio, así como la RSI, quedan definidos en la tabla.

Conclusiones: Las verdaderas tasas de SSI postapendicectomía están infraestimadas sin un adecuado seguimiento ambulatorio, especialmente en cuanto a la detección de SSI superficiales. Si el método de seguimiento es telefónico, estas cifras pueden incluso estar sobreestimadas. Un hospital que defina sus tasas de SSI de forma estricta en base a los criterios del CDC (incluyendo por tanto un estricto registro del seguimiento a 30 días) puede verse injustamente castigado desde el punto de vista del benchmarking.

		Supuesto 1 (datos de registro hospitalario)	Supuesto 2 (con seguimiento telefónico)
SSI global		118 (13,6%)	
SSI tipo			75 (8,6%)
	Superficial	25 (2,9%)	17 (2%)
	Profunda	17 (2%)	25 (2,9%)
	O/E	25 (2,9%)	2 (3,7%)
SSI según NNIS	0-yes	2 (3,5%)	14 (3,8%)
	0-no	5 (1,3%)	49 (18,1%)
	1	28 (10%)	47 (42,3%)
	2	29 (24,8%)	6 (60%)
	3	3 (30%)	
RSI	1,1	2,09	

O-232. PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA ISO 9001/2000: ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES REGISTRADAS EN EL PERIODO 2005-2010

R. Cabeza Sánchez, P. González Diego, T. Jiménez Buñuales, P. Soriano Gil-Albarellos, J. Sánchez Beorlegui, S. Vaquero Galán, N. Moreno de Marcos y E. Monsalve Laguna

Fundación Hospital Calahorra, Calahorra.

Objetivos: Analizar los casos de pacientes con complicaciones registrados en la planta de hospitalización quirúrgica con parámetros de calidad, siguiendo la clasificación de Clavien-Dindo modificada en 2004 y revisada en 2009, tras la implantación de un registro obligatorio de las complicaciones, dentro de la historia clínica informatizada.

Material y métodos: Hospital comarcal de 85 camas, de las que 11 están destinadas a Cirugía General. Se han registrado todos los casos de pacientes con complicaciones en el periodo comprendido del 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2010 siguiendo la clasificación de Clavien-Dindo que establece 5 grados y 7 niveles de complicación. Solo se tiene en cuenta la complicación de mayor grado. Con todo ello, se realiza un estudio descriptivo utilizando el CMBDH, el registro de indicadores del proceso y la aplicación de Calidad Iametrics® de IASIST. Las variables analizadas han sido: número total de pacientes con complicaciones, edad, sexo, tipo de complicación, grado de la misma, tipo de paciente (quirúrgico o no), grado de complejidad quirúrgica, estancia media, cuando se ha producido, índice de estancia ajustada a riesgo (IEAR), índice de complejidad ajustada a riesgo (ICAR), peso medio y peso relativo. Además se ha realizado estudio comparativo con el benchmarking de hospitales de nuestro nivel y el estándar internacional de Clavien-Dindo. Análisis estadístico con el test de la t de Student (variables cuantitativas) y χ^2 -cuadrado (cualitativas) siendo significativo toda $p < 0,05$.

Resultados: De un total de 4.330 altas registradas en este periodo, 3.697 corresponden a pacientes intervenidos (86% del total). Tasa global de complicaciones del 16,12% (correspondientes a 700 pacientes que al menos han tenido una complicación), quedando distribuidas: grado I (7,68%), grado II (4,11%), grado IIIa (0,16%), grado IIIb (1,35%), grado IVa (0,78%), grado IVb (0,162%) y grado V (1,94%). La comparación con el estándar internacional muestra diferencias significativa en los niveles IIIa a IVb ($p < 0,001$) y con el nivel V ($p = 0,005$). El grupo de pacientes con complicaciones mostró diferencias significativas ($p < 0,01$) con el total de pacientes intervenidos en: edad (63,77 vs 57,1 años), mayor número de varones (56,7% vs 52,7%) y en estancia media (8,25 días vs 3,24 días). ICAR de 1,0687 y peso medio del total de altas (1,4967) frente a 1,2723 del benchmarking de hospitales. IEAR de 0,57. Del total de complicaciones registradas, 525 (88,09%) se produjeron durante el ingreso, 59 (9,90%) fueron detectadas tras el alta (consultas externas o urgencias) y solo 12 (2,01%) fueron motivo de ingreso desde la CMA.

Conclusiones: La implantación de un formulario obligatorio de complicaciones previo a la generación del informe de alta en la historia clínica informatizada, junto a la adopción de la escala de valoración de complicaciones de riesgo de Clavien-Dindo, nos ha permitido: a) disponer de un registro de complicaciones con datos más fidedignos de este indicador clave en nuestro proceso, y su posterior análisis cuantitativo y cualitativo; b) 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-233. ESTUDIO PILOTO PARA EL ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS E INCIDENTES EN LOS QUIRÓFANOS DEL HOSPITAL SANTA BÁRBARA MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA “DEBRIEFING”

D. Gambí Pisonero¹, S. Vázquez Fernández del Pozo², P. Ruiz², M. Maure Rico¹, J.M. Santos Blanco¹ y E. Sancho Calatrava¹

¹Hospital Santa Bárbara, Puertollano; ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El “*Debriefing*” consiste en una reunión del equipo quirúrgico al finalizar la jornada donde se repasa mediante un listado semiestructurado de preguntas sencillas y breves el trabajo realizado durante dicha jornada con la finalidad de mejorar aspectos de seguridad del paciente.

Objetivos: Conocer la incidencia de efectos adversos (EA) e incidentes en el bloque quirúrgico. Describir las características de los incidentes. Fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre los diferentes miembros del equipo quirúrgico.

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo y analítico de carácter prospectivo y transversal para la identificación de incidentes y EA en las intervenciones quirúrgicas. Población de estudio: Jornadas quirúrgicas de los Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Ortopedia y Traumatología, Oftalmología, Ginecología y Obstetricia, Otorrinolaringología y Urología. Metodología: elaboración de un listado semiestructurado de preguntas breves y sencillas según la literatura científica disponible. Propuesta y aceptación del proyecto incluyendo la política de seguridad (compromiso de todas las partes en: confidencialidad, respeto a los profesionales, no culpabilización y orientación exclusiva a la prevención y mejora de la seguridad de los pacientes) en todos los servicios quirúrgicos. Presentación al Comité Ético de Investigación Clínica y dirección del centro. Formación mediante sesiones informativas realizadas en cada Servicio. Implantación tutorizada y escalonada por quirófanos, del uso del “*Debriefing*”, en análisis de incidentes y de EA. Periodo de implantación: desde el 26 de octubre hasta el 26 de noviembre de 2010.

Resultados: El número total de “*Debriefings*” realizados fue de 72. La distribución por Servicios fue: Cirugía General 37,5%, Traumatología 16,7%, Oftalmología 11,1%, Ginecología 13,9%, Otorrinolaringología 12,5% y Urología 8,3%. El número total de incidentes detectados en las 72 jornadas quirúrgicas fue 126, que engloban 258 intervenciones quirúrgicas de los 6 Servicios implicados. El número total de jornadas quirúrgicas con incidentes fue 84,7%. Dependiendo del número de incidentes detectados la distribución de jornadas fue: sin incidente (15,3%), con 1 incidente (31,9%), con 2 incidentes (29,2%), con 3 incidentes (16,7%), con más de 3 incidentes (7%). Al comparar la distribución de los incidentes según los campos estudiados detectados por Servicios no se encontraron diferencias significativas excepto en la pregunta nº 3, relacionada con los cambios no programados de técnica anestésica. La distribución de incidentes dependiendo del orden quirúrgico se observa que la mayoría de los incidentes se producen al inicio de la jornada quirúrgica en los 2 primeros pacientes intervenidos. No se observan diferencias significativas entre servicios.

Conclusiones: La aparición de incidentes relacionados con la técnica quirúrgica o anestésica es frecuente, aunque son pocos los incidentes y la mayoría se producen al inicio de la jornada quirúrgica. Un hecho importante de la implantación del “*Debriefing*” ha sido fomentar la comunicación interdisciplinar y de la cultura de seguridad del paciente y percepción del riesgo.

PÓSTERS

P-398. ¿DEBEN REALIZAR LOS RESIDENTES CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA AVANZADA? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

C. Camarero Mulas, M. Sanz Sánchez, T. Sánchez Rodríguez, Y. M. Al-Lal, A. Vaquero Rodríguez, J. Martín Gil, A. Fábregues Olea, L. Álvarez Llano, R. Franco Herrera, M. Burneo Estévez y F. Turégano Fuentes

Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: La aparición de la laparoscopia ha supuesto una gran revolución en la cirugía en las últimas décadas, obteniendo unos resultados similares o incluso superiores a los de la cirugía abierta. Por lo tanto, la formación de los residentes en este campo es fundamental, permitiendo su progresiva incorporación a la realización de intervenciones por vía laparoscópica. Nuestro objetivo es evaluar los resultados obtenidos en nuestro centro en cirugías de laparoscopia avanzada realizadas por residentes de cuarto y quinto año durante los tres últimos años.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo observacional que abarca los tres últimos años (abril 2008-abril 2011). Identificamos y describimos el número y tipo de cirugías laparoscópicas avanzadas realizadas por residentes de cuarto y quinto año, analizando el número y clase de complicaciones (dehiscencias, reintervenciones, infecciones del sitio quirúrgico, etc.).

Resultados: Durante el período analizado se realizaron en nuestro servicio de Cirugía General un total de 546 cirugías laparoscópicas, de las que un 43,4% (237) fueron cirugías laparoscópicas avanzadas. Los residentes de cuarto y quinto año realizaron un 30% (71) de éstas. Si dividimos estas 71 intervenciones por secciones, dichos residentes realizaron el 43,6% de las cirugías de la sección de coloproctología (hemicolecotomías derechas, izquierdas, sigmoidectomías y resecciones anteriores bajas) y el 13,1% de las pertenecientes a esofagogastrica (técnica de Nissen y gastrectomías tubulares). Las complicaciones más importantes y el porcentaje en que aparecieron, comparando el obtenido para el servicio en global de Cirugía General II con el correspondiente a los residentes de cuarto y quinto año, fueron: reintervenciones: 6% vs 7,5% (10 por dehiscencia, 3 por hernia de trócar, 1 drenaje de absceso intraabdominal, 1 recidiva de hernia hiatal paraesofágica y 1 packing por sangrado perineal), dehiscencias: 4,2% vs 5,6%, infecciones del sitio quirúrgico: 6,8% en ambos, abscesos intraabdominales: 4% en ambos, exitus: 1,4% vs 1,7%. Ello arroja un total de un 22,4% de complicaciones para el servicio de Cirugía General II frente un 25,6% para los residentes analizados.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica avanzada realizada por residentes de cuarto y quinto año consigue resultados equiparables a los obtenidos por los cirujanos ya expertos y con porcentajes de complicaciones dentro de los indicadores estándar de cirugía programada establecidos por la AEC, por lo que la formación de los residentes en este tipo de cirugía debería considerarse necesaria en el momento actual.

P-399. CIRUGÍA PROGRAMADA DEL CÁNCER COLORRECTAL: ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DEL RESIDENTE

M. Gutiérrez Moreno, C. Méndez García, S. García Ruiz, V. Sojo Rodríguez, J.M. Vázquez Monchul, F. de la Portilla de Juan, F.J. Padillo Ruiz y J.M. Sánchez Gil

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Según lo publicado en 2002, se estima que un residente de cirugía general debe operar como cirujano principal

en torno al 18% de los cánceres colorrectales (CCR) intervenidos de manera electiva y vía laparotómica en nuestro país.

Objetivos: Determinar si nuestros residentes de 4º año cumplen las expectativas nacionales de actividad quirúrgica del CCR.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de CCR e intervenidos por los residentes de manera programada y vía laparotómica en la Unidad de Coloproctología desde enero 2007 hasta noviembre de 2008.

Resultados: De los 148 pacientes intervenidos en todo el período, en el 14% (21) participó el residente como cirujano principal, en el 16% (23) como primer ayudante y como segundo ayudante en el 22% (32). El mayor número de intervenciones realizadas fueron hemicolectomías derechas y resecciones anteriores bajas (6 pacientes en cada caso, 28,57%). El 3,44% de las AAP realizadas en la Unidad fueron operadas por el residente (1 paciente). En más del 55% de las intervenciones realizadas sobre colon izquierdo (4 de 7) y sobre sigma (11 de 20), el residente participó como cirujano principal o como primer ayudante. En lo que respecta al número de intervenciones asistidas como primer ayudante, las 3 más frecuentes fueron las neoplasias de colon izquierdo (42,85%, 3 casos), las de sigma (35%, 7 casos) y las de ángulo hepático (28,57%, 2 casos). En lo referente a las complicaciones, los pacientes intervenidos por residentes no han tenido ni dehiscencias de sutura ni evisceraciones, ni tampoco han sido reintervenidos. Sólo 1 caso (4,76%) presentó complicación -infección de herida quirúrgica- evolucionando favorablemente con tratamiento antibiótico intravenoso y curas diarias.

Conclusiones: En nuestro hospital los residentes de 4º año operan como cirujano principal un porcentaje algo menor al esperado. Hemicolectomía derecha y RAB son las intervenciones más realizadas. Sólo presentó complicación 1 paciente, concretamente infección de la herida quirúrgica.

P-400. COMPLICACIONES DE LOS RESIDENTES DURANTE LA REPARACIÓN DE LA HERNIA INGUINOCRURAL. ¿ADMISIBLE?

F. Fernández Bueno, A. García Muñoz-Nájar, C. López Muñoz, L. Carrión Álvarez, P. López Fernández, A. Rivera Díaz, M. Durán Poveda, J.A. Martínez Piñeiro, A. Serrano del Moral, A. Antequera Pérez y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Objetivos: La formación de los residentes de Cirugía General y Aparato Digestivo constituye uno de los planes más sofisticados y seguramente difíciles de los establecidos dentro de un Servicio de Cirugía. La actividad quirúrgica programada y de urgencias sobre la hernia inguinocrural es esencial para la correcta enseñanza de la especialidad. Nos preguntamos si esta actividad modifica los resultados globales sobre las complicaciones y evolución de los enfermos.

Material y métodos: Se analizan los resultados globales de las intervenciones realizadas en hernia inguinocrural sobre 456 enfermos de un residente de 4º año hasta un residente de 1º año en los pacientes de la población de Fuenlabrada durante el período comprendido entre 2007-2010 utilizando el programa Selene y el programa estadístico SPSS 15.0

Resultados: Se han intervenido a 456 pacientes con edades comprendidas entre 19 y 95 años (49,36 años de mediana), de los cuales 312 eran hombres y 144 mujeres. Se han reparado un 92,59% de hernias inguinales y un 7,48% de hernias crurales. La mayor parte se realizaron en régimen de CMA (94,2%) y un 5,8% requirieron ingreso, siendo, la mayor parte los intervenidos de forma urgente. Se hicieron 23 intervenciones de urgencias precisando todos los pacientes ingreso hospitalario. Se destaca que el residente de 4º año tuvo la mayor parte de las complicaciones durante su tercer año de formación (9,28%), subyaciendo entre

ellas el seroma. 4 pacientes han tenido recidiva siendo la segunda intervención resolutoria en todos ellos. El residente de 3º año tiene un 11,89% de complicaciones de media entre los tres años no existiendo diferencias entre ellos. El seroma también fue la complicación más frecuente. 3 pacientes con recidiva. El residente de 2º año obtiene un 12,42% de complicaciones de media entre los dos años no existiendo diferencias entre ambos. La ISQ fue la complicación más frecuente seguida del seroma y la neuralgia. Sólo 1 paciente con recidiva. El residente de 1º año ha realizado 54 intervenciones (22 de ellas como primer cirujano). Sólo 10,54% de complicaciones. La tasa global de morbilidad y/o secuelas del staff es de 14,42%, destacando el hematoma de pared (5,24%), seguido del seroma (3,98%) y la neuralgia (2,44%) como complicaciones más frecuentes. Aplicando el test de $\chi^2 = 3,29$ obteniendo una $p = 0,33$ que es no significativa en cuanto a la diferencia en las complicaciones. Para la recidiva el test de $\chi^2 = 3,03$ obteniendo una $p = 0,36$ que es no significativa en cuanto a la diferencia en la recidiva herniaria. El 98,54% de los pacientes han sido revisados por los propios residentes al mes y al año.

Conclusiones: No se han visto diferencias significativas con respecto al staff de cirujanos sobre las complicaciones en la reparación de la hernia inguinocrural, por lo que los resultados obtenidos son admisibles desde un punto de vista de formación y calidad de la cirugía. El Hospital de Fuenlabrada se constituye como un centro muy recomendable para la formación del residente y el abordaje de la hernia inguinocrural tanto a nivel programado como urgente.

P-401. IMPORTANCIA DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN LA FORMACIÓN DEL RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

P.J. Moya Forcén, J. Pérez Legaz, L. Armañanzas, J. Santos Torres, A. Arroyo, I. Oller, M.A. Gómez, P.J. García Peche, F. Candela, J. Lacueva y R. Calpena

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria o cirugía sin ingreso permite, en pacientes seleccionados, realizar un tratamiento quirúrgico eficaz, eficiente y seguro sin la necesidad de ingreso hospitalario.

Material y métodos: El Hospital General Universitario de Elche cuenta con una unidad de cirugía sin ingreso, con 2 quirófanos propios, y un total de 10 sesiones mensuales destinadas al Servicio de Cirugía General. En dichos quirófanos se realizan intervenciones de pared abdominal, proctología y patología mamaria benigna. Nuestros residentes tienen establecida una rotación continua durante todos los años de la especialidad. Describimos el tipo y número de intervenciones en las que ha participado cada residente, como cirujano o ayudante, comparando los resultados con los mínimos establecidos en el programa de la especialidad durante el periodo 2005-2010.

Resultados: Durante el periodo a estudio, el total de intervenciones en las que participaron los residentes fue de 3.905 (media de 154,41 intervenciones por año y residente). De estas intervenciones el 15% como segundo ayudante, el 35% como primer ayudante y el restante 50% como cirujano principal. Al final de la residencia un residente habrá realizado como cirujano principal una media de 427,69 intervenciones en la unidad de CMA (desviación estándar = $\pm 7,45$), de las que el 42% corresponden a patología herniaria, el 38% a proctología, el 16% a tumores de partes blandas y el restante 4% a cirugía de la mama.

Conclusiones: La participación de los residentes en las actividades de CMA y debe estar presente en los programas de forma-

ción de los cirujanos, al permitir un contacto más cercano y un conocimiento amplio de los problemas quirúrgicos que más frecuentemente afectan a los usuarios de nuestros hospitales, a la vez que se enseña y se aprende con seguridad y eficiencia. Estamos ante un parte importante de la cirugía moderna, y como tal, debe ser igualmente parte importante en la formación del futuro cirujano. La residencia no es el momento para realizar grandes cirugías, sino para ser formado como cirujano.

P-402. EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO EN LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

M. Ruiz Marín, M. Vicente Ruiz, E. Peña Ros, F.M. González Valverde, M.E. Tamayo Rodríguez, A. Ruiz Rodríguez, J.A. Benavides Buleje, M. Ramírez Faraco, M. Méndez Martínez, A. Albarracín Marín-Blázquez y A. Sánchez Cifuentes

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: La prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas o por principio activo (PA) es una práctica recomendada por organismos nacionales e internacionales y toda política de uso racional del medicamento incluye en su programa estrategias para aumentar la prescripción de estas especialidades. La prescripción medicamentosa que se realiza habitualmente en los informes de alta hospitalaria se hace principalmente por nombres comerciales o de fantasía, y la prescripción por PA es escasa e insuficiente.

Objetivos: Evaluar la frecuencia con la que se prescriben especialidades farmacéuticas por PA en los informes al alta de un servicio de cirugía general, aplicar planes de mejora, reevaluarla posteriormente y determinar si la intervención ha sido exitosa.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio de mejora de calidad, desarrollado en 3 fases. Primera fase: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de la prescripción farmacológica de los informes de alta de pacientes ingresados en un Servicio de Cirugía durante 3 meses. Segunda fase: intervención de mejora de calidad, aplicando medidas correctoras mediante una intervención formativa y de estimulación a los facultativos para su prescripción durante 3 meses. Tercera fase: reevaluación durante 6 meses tras la intervención, valorando de nuevo los criterios de calidad del proceso.

Resultados: Durante la primera fase se obtuvieron 427 informes de alta: el número medio de fármacos prescritos por informe de alta fue de 2,26 fármacos/informe. El número medio de fármacos prescritos por PA fue 0,85 fármacos/informe. La frecuencia de prescripción por PA fue del 0,32. Durante la segunda fase se identificaron las causas de la prescripción por nombre comercial. Se realizaron charlas formativas para promover la prescripción por PA, mostrando datos de la evaluación realizada y facilitando un listado de los fármacos más prescritos y su equivalencia por PA. En la tercera fase se obtuvieron 795 informes de alta: el número medio de fármacos prescritos por informe de alta fue de 2,27 fármacos/informe. El número medio de fármacos prescritos por PA fue 1,26 fármacos/informe. La frecuencia de prescripción por PA fue del 0,57. Aunque nuestro estudio muestra unos resultados de prescripción por PA bajos en la primera evaluación, las estrategias aplicadas en fueron eficaces pues tras las medidas correctoras, se ha observado un aumento del número de fármacos por PA y de la proporción de éstos con respecto al total, con un aumento estadísticamente significativo del 32% al 57% de forma global y en la mayoría de grupos farmacológicos estudiados.

Conclusiones: La prescripción de medicamentos genéricos o por PA es una valiosa herramienta para la contención del gasto

sanitario y una fuente de ellas son los tratamientos indicados al alta hospitalaria. Son necesarias estrategias adecuadas dirigidas a reducir tanto el gasto excesivo como los acontecimientos adversos por medicamentos, lo que redundará en una mejora de la calidad asistencial y promoverá la seguridad de los pacientes. La difusión y promoción entre los profesionales de la medicina de estas recomendaciones permitirá un uso cada vez más extendido de estas prácticas, por lo que es necesario continuar en esta línea de actuación para mejorar en los aspectos estudiados.

P-403. BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA EN EL MELANOMA: NUESTROS RESULTADOS

M.J. Álvarez Martín, J. Martín Cano, E. Corral Fernández, S. Gil Loza, R. Rodríguez, J. Jorge Cejudo, J. Valdivia, A. Paz Yáñez, J. Avella, A. García Navarro y A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: Conocer nuestros resultados en el procedimiento de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en el melanoma y valorar la utilidad de la realización de la biopsia intraoperatoria durante dicho procedimiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes que han sido sometidos a BSGC por melanoma en nuestro servicio, (Breslow > 1 mm o < 1 mm si asocia ulceración, ausencia de afectación ganglionar o metastásica), tras resección de la lesión cutánea por un dermatólogo. La tarde previa a las BSGC se realizaron en todos una linfogammagrafía, con cuatro dosis de coloide-99mTc, 200-250 microcurios/dosis administrados de forma intraepidérmica formando un habón, en cuatro puntos alrededor de la cicatriz de la cirugía previa. El día de la intervención mediante sonda detectora gamma se localizaron, previa incisión sobre la zona marcada en la piel, el ganglio centinela y accesorios. Dichos ganglios se enviaron para estudio histopatológico intraoperatorio (BIOP) procediéndose a vaciamiento ganglionar regional solo en aquellos casos en los que este informó de metástasis o micrometástasis de melanoma. Posteriormente tras estudio definitivo de las piezas se realizó vaciamiento ganglionar de forma diferida en los casos en que el diagnóstico final fue de metástasis o micrometástasis.

Resultados: En dicho periodo, se han intervenido 20 pacientes (10 hombres-10 mujeres) con edad media 46,5 años. Todos tenían un Breslow > 1 mm (1,08-6,5) salvo un caso de Breslow 0,83 mm que asociaba ulceración. En 4 casos hubo que hacer BSGC axilar bilateral. En 17 casos la BIOP fue negativa para metástasis y en tres positiva, por lo que en estos se realizó en la misma intervención el vaciamiento ganglionar (2 inguinales y 1 axilar). En 17 casos coincidió el resultado de la BIOP con el estudio diferido y en tres no, pues el estudio diferido informó de micrometástasis; requiriendo posterior vaciamiento ganglionar (1 inguinal y 2 axilar). Ninguna adenopatía de los vaciamentos fue positiva. En 9 casos simultáneamente se realizó ampliación del margen quirúrgico previo. No hubo ninguna complicación posquirúrgica en BSGC y 3 casos de drenaje seroso prolongado (15 días) entre los vaciamientos. La estancia media en las BSGC fue 1,4 días y 3 días en los vaciamientos. El intervalo de tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la BSGC fue 35,6 días (4-79 días) y entre BSGC y vaciamiento en los casos con BIOP negativa y definitiva positiva de 37 días. Actualmente 17 pacientes se encuentran en remisión completa y 3 han progresado con metástasis. El seguimiento medio de los pacientes ha sido 27,65 meses.

Conclusiones: La BSGC es una técnica mínimamente invasiva que permite el estudio exhaustivo del ganglio extirpado, mejorando el estadije y proporcionando información sobre el pronóstico del paciente. Además evita la linfadenectomía innecesaria

en un número elevado de pacientes. Con nuestros resultados deberíamos considerar no realizar BIOP y demorar la decisión del vaciamiento al resultado definitivo diferido del ganglio centinela, puesto que conlleva una prolongación innecesaria de los tiempos quirúrgicos en 17 de 20 pacientes, solo se han beneficiado 3, y un desajuste para la programación del parte quirúrgico.

P-404. ELABORACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA EN NUESTRO HOSPITAL

M.J. Cases-Baldó, M.P. Guillén-Paredes, M. Mengual-Ballester, M.L. García-García, J.A. García-Marín, V. Soria-Aledo, E. Pellicer-Franco, E. Girela, R. Gómez y J.L. Aguayo-Albasini

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: La diverticulitis aguda (DA) es una patología creciente en la población occidental. La variabilidad en la práctica clínica para su diagnóstico y tratamiento es elevada debido, por un lado, a la participación de diferentes profesionales y, por otro, al desconocimiento de la evidencia científica disponible. Las vías clínicas son una herramienta de gestión que permiten coordinar la actividad de los distintos profesionales, disminuir estancias y costes, y mejorar la seguridad y satisfacción de los pacientes. El objetivo de este trabajo es presentar la elaboración, implantación y posterior evaluación de una vía clínica (VC) para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con DA en nuestro hospital.

Material y métodos: Para la elaboración: creación de equipo multidisciplinar formado por cirujanos, digestólogos, radiólogos, médicos de urgencias, personal de enfermería y pacientes. Análisis de posibilidades de mejora y revisión exhaustiva de la bibliografía existente (MEDLINE, EMBASE y Biblioteca Cochrane). Reuniones conjuntas. Creación de documentos formales de VC: Guía de recomendaciones, matriz temporal, hoja de variaciones, encuestas de satisfacción y anexos. Para la implantación: difusión en diferentes servicios. Periodo inicial de prueba de un mes e implantación definitiva. Para la evaluación: análisis de indicadores de cumplimiento, efectividad y eficiencia y comparación de las variables anteriores con un grupo control previo a la implantación de la VC.

Resultados: En la VC se incluyen todos los pacientes con sospecha clínica de diverticulitis aguda de colon izquierdo o sigma. Se excluyen los pacientes con DA de colon derecho, enfermedad diverticular no complicada, tumor de colon o hemorragia diverticular. Se han clasificado de forma clínica y radiológica en DA no complicada o DA complicada. La clasificación por eco o TAC utilizada fue la clasificación de Ambrosetti modificada (forma no complicada: la presencia de engrosamiento mural y divertículos asociados a inflamación de la grasa pericólica; lo anterior y uno o más de los siguientes: gas o contraste rectal extraluminal, absceso, fistula, obstrucción intestinal o signos de peritonitis). El Régimen de tratamiento ha sido: En la DA no complicada: Ambulatorio: alta a domicilio y seguimiento precoz, pacientes que cumplen criterios de régimen ambulatorio (matriz I), o Ingreso con hospitalización, cuando no cumplen criterios de régimen ambulatorio o fallo del tratamiento ambulatorio (matriz II). En la DA complicada: Ingreso con tratamiento médico y/o drenaje radiológico de abscesos (matriz II), o Ingreso y cirugía urgente (matriz III). En la VC y, de forma resumida en la matriz temporal, se describen detalladamente los criterios que deben cumplir los pacientes para el tratamiento ambulatorio u hospitalización, así como el tratamiento analgésico, antibiótico y las recomendaciones dietéticas. También los criterios para la colocación y retirada de drenaje radiológico, y el seguimiento en

consulta con las fechas convenientes para la 1º y 2º revisión y realización de colonoscopia u otras pruebas.

Conclusiones: El despliegue de la VC de la DA coordina la actividad de los distintos profesionales sanitarios implicados en su gestión. Se consigue disminuir la variabilidad en la práctica clínica, mejorando el uso de recursos siguiendo la evidencia científica disponible.

P-405. EFICACIA DE UNA LISTA DE CHEQUEO QUIRÚRGICO EN LA DISMINUCIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

S. Sánchez García, R. Pardo García, P. Villarejo Campos, D. Padilla Valverde, T. Cubo, C. Manzanares Campillo, P. Menéndez Sánchez, V. Muñoz Atienza, E.P. García Santos y F.J. Ruescas García

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: Los errores y resultados adversos han estado unidos a la práctica sanitaria y más concretamente, a la práctica quirúrgica, desde la antigüedad. En los últimos años, la calidad y la seguridad se han convertido en una preocupación creciente y una prioridad de los sistemas sanitarios. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una significativa proporción de pacientes hospitalizados (hasta el 10%) sufren un incidente relacionado con la seguridad y casi la mitad de éstos son evitables. En nuestro país, se estima que la incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria es de un 9,3%. Las especialidades donde se producen mayor cantidad de EA son Cirugía General (13,8%), Cirugía Ortopédica (12,4%) y Medicina Interna (6,5%). En el año 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó directrices para identificar una serie de prácticas recomendadas y destinadas a garantizar la seguridad de los pacientes quirúrgicos. La lista de chequeo quirúrgico forma parte de esas directrices y ha sido diseñada para reducir el número de errores y de complicaciones que resultan de procedimientos quirúrgicos.

Objetivos: Demostrar que el uso de una lista de chequeo quirúrgico disminuye el número de incidentes adversos en los pacientes de cirugía general sometidos a cirugía de la hernia inguinal.

Material y métodos: Estudio analítico, observacional, retrospectivo de 116 pacientes intervenidos quirúrgicamente de hernia inguinal de forma programada en nuestro servicio. Se compararon los pacientes intervenidos desde el 7 de enero hasta el 31 de julio de 2009, en los que no se empleó la lista de chequeo, con los pacientes intervenidos desde el 1 de agosto al 31 de diciembre, donde sí se empleó la lista de chequeo. La cumplimentación de la lista de chequeo consiste en responder a los 19 ítems mediante preguntas realizadas al paciente y al resto del equipo quirúrgico en el periodo perioperatorio. Las variables de comparación fueron: Edad, sexo, estancia hospitalaria, complicaciones, reingreso hospitalario y reintervención quirúrgica.

Resultados: No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ambos grupos, siendo la proporción de incidentes adversos de un 11,5% en el grupo donde no aplicamos la lista de chequeo, frente al 12,7% del grupo con checklist ($p = 0,83$). La proporción de infección de la herida quirúrgica en el primer grupo fue del 6,6% frente al 1,8% ($p = 0,36$) y de seroma de la herida de un 3,3% frente al 1,8%, en el grupo sin checklist ($p = 1$).

Conclusiones: La implementación de una lista de chequeo quirúrgico no ha demostrado ser concluyente en la disminución de incidentes adversos en pacientes intervenidos de cirugía de la hernia inguinal. Sería necesario realizar un estudio aleatorizado y aleatorizado, ampliando el tamaño muestral para que estas diferencias pudieran tornarse como estadísticamente significativas.

P-406. SÍNDROME DE BURNOUT. PREVALENCIA Y CONSECUENCIAS

J.A. García Marín y A. Campillo Soto

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: El síndrome de burnout (SdBt) es un estado de cansancio emocional y mental, caracterizado por sentimientos de vacío y actitudes negativas hacia el trabajo y la vida. Aparece específicamente en profesiones de ayuda en relación con interacciones humanas, su instauración es progresiva afectando al profesional y a la organización. Es la causa más frecuente de baja laboral. Su incidencia en médicos alcanza el 50%. Se analizan la prevalencia y factores de riesgo en nuestro hospital.

Material y métodos: Entre el 1 de mayo y el 15 de julio de 2010, a una muestra de trabajadores de nuestro hospital se les entregó, anónimamente, una encuesta que incluía el Maslach Burnout Inventory (MBI), y un cuestionario sobre satisfacción laboral. Se realizó estadística descriptiva y análisis bivariado de los datos.

Resultados: De 80 cuestionarios distribuidos, se cumplimentaron 69 (47 mujeres; 22 hombres). Edad media: 36,8 años. 66,5% están casados o viven en pareja. En el MBI presentaron un alto grado de burnout para cansancio emocional: 15% de los sujetos; 12,3% para despersonalización y 7,2% para realización personal. La edad (> 40 años), años trabajados (> 15 años), ámbito de trabajo (quirúrgico), estado civil (divorciados) y estamento se relacionan significativamente con altos grados de SdBt. Los trabajadores se sienten satisfechos con su trabajo y los compañeros, pero poco o nada satisfechos con sus superiores y la organización.

Conclusiones: El SdBt tiene alta prevalencia en el personal sanitario, afectándole negativamente, así como al sistema y a los pacientes.

Comparación de la frecuencia de complicaciones posquirúrgicas

	Checklist - (n = 61)	Checklist + (n = 55)	p	E.C.
Complicaciones postoperatorias, n° (%)	7 (11,5%)	7 (12,7%)	0,83	PS
Hematoma, n° (%)	-	3 (5,5%)	0,10	F
Seroma, n° (%)	2 (3,3%)	1 (1,8%)	1	F
Infección herida quirúrgica, n° (%)	4 (6,6%)	1 (1,8%)	0,36	F
Otras	1 (1,6%)	2 (3,6%)	0,6	F

Checklist -: sin aplicación de la lista de chequeo; Checklist +: con aplicación de la lista de chequeo; EC: estadístico de contraste; PS: chi-cuadrado de Pearson; F: prueba exacta de Fisher.

P-407. COMPARACIÓN ENTRE SERVICIOS MÉDICOS Y NUESTRO SERVICIO DE CIRUGÍA. ¿CÓMO ESTAMOS?

M. Herrero López, C. Gracia Roche, O. Gavín Blanco, M. Lázaro Ríos, J. Martínez Bernard, N. Sánchez Fuentes, M. Gutiérrez Díez, I. Gascon Ferrer, P. Riverola Aso, G. González Sanz y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: Las estancias inadecuadas en España se sitúan entre el 15 y el 44% de todas las estancias hospitalarias. Entre los factores que determinan la adecuación de las estancias se encuentra el tipo de servicio en que se presta la atención. Por esta razón, el análisis de los factores que determinan la estancia inadecuada para cada especialidad puede arrojar información valiosa para implementar medidas correctoras específicas.

Objetivos: Se pretende valorar la magnitud y determinar las causas de las estancias inadecuadas en Servicios de tipo médico, para compararlas con los resultados de un Servicio de Cirugía General. De esta manera, tratar de reducirlas para aumentar la efectividad, la eficiencia y la calidad de la asistencia prestada.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de febrero a diciembre 2010 en una muestra de 200 pacientes pertenecientes a los Servicios de Medicina Interna y Aparato Digestivo. La fuente de datos ha sido la revisión de las historias clínicas de los pacientes con todos sus documentos correspondientes. La definición de caso y la recogida de los datos se ajustaron al protocolo Appropriateness Evaluation Protocol (AEP).

Resultados: Se ha revisado un total de 200 pacientes entre los Servicios de Medicina Interna y Aparato Digestivo, siendo el 50% hombres y el 50% mujeres con una edad media de 72 años. El 26,5% de las estancias registradas fueron de tipo inadecuado. Del total de estancias inadecuadas el 8% llevaban de 20 a 29 días ingresados, el 38% de 10 a 19 días, el 30% de 5 a 9 días y el 25% menos de 5 días. Las causas de estancias inadecuadas según orden de frecuencia han sido las siguientes: 29% estaban pendientes de la realización de pruebas, el 19% recibían tratamiento que se podía haber realizado de forma ambulatoria, 17% espera de la interconsulta de otros especialistas, 10% estaban en estudio por presentar una neoplasia, 8% pendientes de la unidad sociosanitaria, 6% pendiente de la regulación de sintoma, 12% otras causas. Si comparamos los datos con los obtenidos el año anterior en nuestro servicio (14% de estancias inadecuadas) obtenemos la tabla. Como se observa el porcentaje de estancia inadecuada es mayor en los servicios de tipo médico, lo que concuerda con la literatura revisada. Sin embargo, si comparamos las causas más frecuentes de estancia inadecuada en ambos tipos de servicios los resultados son similares.

Servicios médicos		Cirugía general	
Espera realización pruebas	29%	Espera especialista	21%
Tratamiento ambulatorio	19%	Espera realización pruebas	18%
Espera especialista	17%	Pendiente Unidad	
Sociosanitaria	11%		
Estudio neoplasia	10%	Pendiente IQ	11%

Conclusiones: Las causas más frecuentes de estancia inadecuada han sido la espera en la realización de pruebas o la realización de un tratamiento que podría ser llevado a cabo ambulatoriamente. Las causas de estancia inadecuada son similares en los distintos servicios del hospital y que estas son consecuencia de la estructura organizativa del mismo.

P-408. PARÁMETROS DE CALIDAD EN EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DEL CÁNCER COLORRECTAL EN 6 AÑOS DE EXPERIENCIA

D. Huerga Álvarez, J. de la Torre González, A. Serrano del Moral, P. López Fernández, A. Rivera Díaz, E. Tobaruela de Blas, P. Hernández Juara, A. Ruiz Casado, T. Martín Fernández-Gallardo, V. Castellano Mejías y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: El tratamiento del cáncer colorrectal en nuestra institución se plantea desde que se inicia la actividad asistencial en 2004 con el objetivo de lograr la excelencia no solo en el tratamiento quirúrgico si no también en los resultados oncológicos de supervivencia y de tiempo libre de enfermedad. Se presentan los indicadores de calidad del proceso.

Material y métodos: El tratamiento médico y quirúrgico del cáncer colorrectal se rige mediante dos protocolos, uno para el cáncer de recto y otro para el de colon. Estos se redactaron por un grupo de trabajo formado por médicos de todas las especialidades que lo tratan. Los protocolos incluyen las medidas preoperatorias, técnica quirúrgica, manejo anestésico perioperatorio, tratamiento neoadyuvante, adyuvante y paliativo y seguimiento. Todos los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal en el hospital son presentados en el comité de tumores que se reúne semanalmente. No se toma ninguna decisión de tratamiento sobre un paciente con cáncer que no sea consensuada y se refleja en la historia clínica la misma. Se dispone de una base de datos en la que se recogen prospectivamente mediante un formulario integrado en la historia clínica informatizada todos los paciente operados, en la que se reflejan las complicaciones postoperatorias. Asimismo se dispone de otra base de datos en la que se recoge el seguimiento a largo plazo. Anualmente se revisan las historias clínicas de todos los pacientes operados para recoger su estado de salud oncológico. Se han medido como indicadores de calidad intención de tratar (curativa/paliativa), porcentaje de cirugías urgentes, ganglios aislados, tumor residual en la pieza (R1 o 2), infección de herida, reintervenciones, dehiscencia de anastomosis, tiempo libre de enfermedad, supervivencia y recidiva local en cáncer de recto.

Resultados: Se operaron 436 tumores, localizados en recto 150 (34%), 125 (29%) en colon derecho, 113 (26%) en sigma, 27 (6%) en colon izquierdo y 21 (5%) en transversal. El 92% del total se trataron con intención curativa. De los programados, el 96%. Solo el 15% se operaron de urgencia. La media de edad fue 65,7 años (23-92). El 37% de los rectos y el 19% de los colon eran estadio IV. La media de ganglios aislados fue de 21,5 en colon y 18,5 en recto. En las resecciones curativas el 89,8% fueron R0, el 2,8 R1 y el 7,4% R2. La infección de herida quirúrgica fue del 23,43% (incluyendo urgencias), las reintervenciones el 18,74%, dehiscencias 13,88% y mortalidad postoperatoria 3,7%. La mediana de seguimiento ha sido de 25 meses, con un máximo de 78. Se han perdido 7 pacientes. Están vivos el 73% y 64% sin enfermedad. Han recidivado el 25% de los tratados con intención curativa. De ellos, el 23% como recidiva local. En cáncer de recto ha habido 4 recidivas locales tras ETM (2,8%). El tiempo libre de enfermedad ha sido de 10,2 meses de mediana. La supervivencia actuarial a 80 meses ha sido de 60%. Por estadios, a 80 meses, 81% en el I, 78% en el II, 60% en el III y 15% en el IV.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes operado de urgencia ha sido muy bajo. Las complicaciones y los porcentajes de curación y la supervivencia son similares a las cifras de las series publicadas por grupos de referencia.