

## GESTIÓN DE CALIDAD

### COMUNICACIONES ORALES

#### O-232. EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES QUE SE SOMETEN A CIRUGÍA PROGRAMADA COLORRECTAL POR LAPAROSCOPIA

S.R. del Valle Ruiz<sup>1</sup>, V. Soria Aledo<sup>2</sup>, B. Abellán Rosique<sup>3</sup>, F.C. Becerra<sup>1</sup>, J.R. Torres Bermúdez<sup>1</sup> y G. Sánchez de la Villa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Rafael Méndez, Lorca. <sup>2</sup>Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia. <sup>3</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

**Objetivos:** La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es un problema de salud tanto desde el punto de vista de la morbimortalidad como desde el punto de vista socioeconómico. La ETV es una causa importante de muerte en pacientes en los que se realiza una intervención quirúrgica. El objetivo era corregir la baja calidad detectada en la profilaxis tromboembólica (PTE) en los pacientes sometidos a cirugía programada laparoscópica por patología colorrectal en el servicio de cirugía general (SCGD).

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un ciclo de mejora en tres fases. En la primera se establecieron 6 criterios (C) de calidad en la PTE y se evaluó esta en un total de 60 pacientes operados (seleccionados por muestreo aleatorio) en el SCGD desde 2005 a 2010. En la segunda se determinaron las causas de la baja calidad mediante un diagrama de causa-efecto de Ishikawa, se clasificaron en "modificables" y "no modificables", se actualizó el protocolo existente de PTE en el SCGD y posteriormente se difundió. Además se hicieron sesiones de recordatorio del mismo. La última fase consistió en la segunda evaluación que se realizó entre abril de 2010 y mayo de 2011 sobre un total de 44 pacientes.

**Resultados:** En la primera evaluación del nivel de calidad se descubrió un bajo nivel de cumplimiento de los criterios establecidos a excepción del referente a la sustitución de anticoagulantes orales por subcutáneos (HBPM), a las dosis adecuadas y con la suficiente antelación (C3), en el que el nivel de cumplimiento alcanzado fue del 100%. En 17 (28,33%) de los pacientes se tomaron medidas farmacológicas preoperatorios (C1) siendo la dosis de esta la adecuada a su peso, función renal y tipo de cirugía (C2) en 15 (25%) casos, la movilización precoz del paciente en el postoperatorio (C4) se llevó a cabo en el 8 (13%) de los pacientes. Sólo en 6 (10%) de los casos se prescribieron HBPM al alta en la dosis y duración adecuada al tipo de cirugía realizada (C5). Finalmente se procedió a la utilización de medios físicos de PTE (C6) en 6 (10%) de los casos. Con estos datos se elaboró un diagrama de Pareto para obtener los criterios responsables de la mayoría de los defectos de calidad detectados y así incidir sobre ellos: C5, C6 y C4 eran responsables del 64,5% de los casos de incumplimientos observados en el protocolo de PTE. Tras la implantación del ciclo de mejora, los criterios de calidad mostraron una mejora muy importante siendo todas ellas estadísticamente significativas en todos a excepción de C3 que ya presentaba antes de la implementación de la mejora un nivel de cumplimiento del 100% y siguió en estos niveles posteriormente. Los criterios C1 y C2 se cumplieron en 41 pacientes (95,45%.  $p < 0,001$ ), C4 en 23 casos (54,76%.  $p < 0,001$ ), C5 en 18 pacientes (40,91%.  $p < 0,001$ ) y C6 en 41 casos (93,18%.  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Estos resultados ponen de manifiesto la utilidad de la realización de ciclos de mejora con el objetivo elevar la calidad en la asistencia sanitaria que se presta a los pacientes que se encuentran bajo nuestra responsabilidad. Debemos realizar un esfuerzo para la difusión e incremento de la realización de dichos ciclos dentro de los servicios de salud tanto en la vertiente de la formación necesaria para aplicarlos como en la de concienciación sobre su importancia, por parte de las administraciones involucradas en temas de salud y por parte del propio personal sanitario que atiende a los pacientes.

#### O-233. ESCALAS PREDICTORAS DE MORTALIDAD SIN INFORMACIÓN PERIOPERATORIA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS QUE PRECISAN CIRUGÍA URGENTE O EMERGENTE

J.M. Aranda Narváez, E. Gámez Córdoba, C. Rodríguez Silva, M.C. Montiel Casado, A.J. González Sánchez, P. López Ruiz, I. Fernández Burgos, T. Prieto-Puga Arjona, B. García Albiach y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** Las escalas Physiologic and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity (POSSUM) y su variante P-POSSUM son las más empleadas como predictoras de mortalidad postoperatoria. Sin embargo, su capacidad predictiva ha sido puesta en duda por algunos estudios, y su principal crítica se centra en la necesidad de incorporar datos relacionados con la intervención y que, por tanto, su información calculada a priori debe ser evaluada con precaución. En la literatura se han descrito escalas predictoras de mortalidad que no precisan de esta información, aunque no han alcanzado una gran difusión. Presentamos un estudio para evaluar la capacidad predictora de estas escalas en un colectivo de máxima potencialidad de mortalidad postoperatoria.

**Material y métodos:** Estudio observacional analítico desarrollado sobre el grupo de pacientes > 65 años, intervenidos con carácter urgente o emergente por la Unidad de Urgencias y Trauma del Hospital Regional Universitario Carlos Haya (tercer nivel), durante un periodo de 2 años (enero 2010-diciembre 2011) (N = 219). Se realizó una revisión de la literatura para identificar aquellas escalas de mortalidad que no precisan información perioperatoria para su cálculo. Por su sencillez y capacidad predictiva se escogieron y calcularon: 1) Score de Donati (Br J Anaesth 2004); 2) Biochemistry and Haematology Outcome Model (Br J Surg 2003, BHOM); Surgical Risk Scale (Br J Surg 2002, SRS). Variable resultado: mortalidad postoperatoria, definida como la producida en los primeros 30 días del postoperatorio. Análisis estadístico: software SPSS y Epidat 3.1. 1) Regresión logística binaria con cada una de las escalas como predictor; 2) Calibración mediante test de bondad de ajuste de Hosmer-Leshow (buena calibración si test n.s.); 3) Discriminación mediante curva Receiver Operating Characteristic (ROC) y área bajo la curva (AUC). 4) Comparación de curvas ROC y AUC mediante  $\chi^2$  de homogeneidad de áreas. Se aceptaron como de relevancia estadística niveles de significación

ción  $p < 0,05$  y para todos los parámetros se definió su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

**Resultados:** Muestra de 219 pacientes con edad mediana de 72 años (65-90), con 45% de ASaII y 42% de ASaIII. Se contempló una gran variedad de indicaciones y procedimientos, con un 57% de intervenciones clasificadas como maior plus de la British United Provident Association (BUPA), todos ellos con carácter urgente (cirugía necesaria en 24-48 horas, 88%) o emergente (cirugía necesaria con carácter inmediato, 12%). Mortalidad: 29 pacientes (13,2%). Las 3 escalas mostraron una buena calibración (Hosmer-Lemeshow n.s.). El análisis de regresión y el AUC de la Curva ROC para las tres escalas reveló los siguientes resultados: 1) Donati: OR 1,11 (1,06-1,15,  $p < 0,00$ ); AUC 79% (69-88,  $p < 0,00$ ); 2) BHOM: OR 1,09 (1,05-1,13,  $p < 0,00$ ); AUC 80% (70-88,  $p < 0,00$ ); 3) SRS: OR 1,1 (1,06-1,14,  $p < 0,00$ ); AUC 78% (69-87,  $p < 0,00$ ). No se encontraron diferencias significativas entre las AUC de las 3 escalas (n.s.).

**Conclusiones:** Las tres escalas mostraron buenos parámetros de calibración y discriminación, por lo que puede predecirse el riesgo de mortalidad sin la necesidad de inclusión de parámetros relacionados con la intervención.

#### O-234. CALIBRACIÓN Y DISCRIMINACIÓN DE LOS MODELOS POSSUM Y P-POSSUM EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS TRAS CIRUGÍA URGENTE O EMERGENTE

J.M. Aranda Narváez, C. Rodríguez Silva, E. Gámez Córdoba, M.C. Montiel Casado, A.J. González Sánchez, P. López Ruiz, Y. Pulido Roa, N. Marín Camero y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** Aunque las escalas Physiologic and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity (POSSUM) y su variante P-POSSUM continúan siendo las más empleadas como predictoras de mortalidad postoperatoria, su capacidad predictiva ha sido puesta en duda por algunos estudios, especialmente en cuanto a defectos de sobreestimación. La elección de uno u otro modelo también es objeto de controversia, dependiendo para muchos autores del modelo elegido para su validación. Presentamos un estudio para evaluar la capacidad predictora de estas escalas en un colectivo de máxima potencialidad de mortalidad postoperatoria.

**Material y métodos:** Estudio observacional analítico desarrollado sobre el grupo de pacientes  $> 65$  años, intervenidos con carácter urgente o emergente por la Unidad de Urgencias y Trauma del Hospital Regional Universitario Carlos Haya (tercer nivel), durante un periodo de 2 años (enero 2010-diciembre 2011) (N = 219). Variable predictora: escalas POSSUM de mortalidad y P-POSSUM. Variable resultado: mortalidad postoperatoria, definida como la producida en los primeros 30 días del postoperatorio. Análisis estadístico: software SPSS y Epidat 3.1. 1) Regresión logística binaria con cada una de las escalas como predictor; 2) Calibración mediante test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow (H-L, buena calibración si test n.s.); 3) Discriminación mediante curva Receiver Operating Characteristic (ROC) y área bajo la curva (AUC). 4) Comparación de curvas ROC y AUC mediante  $\chi^2$  de homogeneidad de áreas. Se aceptaron como de relevancia estadística niveles de significación  $p < 0,05$  y para todos los parámetros se definió su intervalo de confianza al 95%.

**Resultados:** Muestra de 219 pacientes con edad mediana de 72 años (65-90), con 45% de ASaII y 42% de ASaIII. Se contempló una gran variedad de indicaciones y procedimientos, con un 57% de intervenciones clasificadas como maior plus de la British United Provident Association (BUPA), todos ellos con carácter urgente (cirugía necesaria en 24-48 horas, 88%) o emergente (cirugía necesaria con carácter inmediato, 12%). Mortalidad: 29 pacientes (13,2%). Las 2 escalas mostraron una mala calibración (POSSUM: H-L  $p < 0,007$ ; P-POSSUM: H-L  $p < 0,001$ ). En cuanto a su capacidad discriminativa, el análisis de regresión y el AUC de la Curva ROC para las dos escalas mostró los siguientes resultados: 1) POSSUM: OR 1,07 (1,04-1,1,  $p < 0,00$ ); AUC 92% (88-96,  $p < 0,00$ ); 2) P-POSSUM: OR 1,06 (1,03-1,08,  $p < 0,00$ ); AUC 91% (87-95,  $p < 0,00$ ). No se encontraron diferencias significativas entre las AUC de las 2 escalas (n.s.).

**Conclusiones:** Las dos escalas mostraron una mala calibración, definida por su carácter de sobreestimar la mortalidad postoperatoria global de los pacientes mayores de 65 años. Sin embargo, la capacidad discriminativa de ambas es excelente. Siempre que se tenga en cuenta que esta información incluye parámetros operatorios y que, calculada a priori, debe

contemplarse con precaución, estas escalas constituyen una buena aproximación al riesgo individual de mortalidad postoperatoria.

#### O-235. LAS RECLAMACIONES DE PACIENTES COMO ÍNDICE DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS

R. Fernández Lobato, P. Bueno Díaz, V. González Rodríguez y M. Alcaraz Esteban

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

**Introducción:** La presentación de reclamaciones, quejas, sugerencias y agradecimientos por parte de los pacientes es un buen indicador de la calidad de asistencia hospitalaria, y proporciona una gran información sobre los déficits de los diferentes aspectos de los servicios (consulta, quirófano, información, etc.) y orienta hacia las potenciales líneas de mejora.

**Material y métodos:** Se analizan las reclamaciones y sugerencias presentadas por los pacientes en el Servicio de Atención al paciente, correspondiente a los servicios quirúrgicos de nuestro centro, desde el 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2011, evaluando los 5 conceptos principales al que presentan dichas reclamaciones mediante el sistema CESTRAK de la Comunidad de Madrid. Se estudian los instrumentos de gestión implementados a lo largo de estos 3 años y la repercusión en la evolución de estas reclamaciones en los diferentes servicios.

**Resultados:** El número total de reclamaciones en 2010 fue 1.213, en 2011 1.225, y en 2012 994, lo que comporta una reducción a lo largo del periodo del 18%. Los cambios han sido reducción en Ginecología (61%) y Traumatología (51%) e incremento en Neurocirugía (62%). Las 5 causas de reclamaciones analizadas son desacuerdo con la organización (07), demora en la asistencia (14), lista de espera quirúrgica (17), lista de espera no quirúrgica (18) y disconformidad con la asistencia (27) y constituyen el 62,7% del total. Fueron 275, 185, 51, 1.279 y 335. Las correspondientes a la lista de espera no quirúrgica, han sido las más frecuentes, aún siendo servicios quirúrgicos, y las de lista de espera quirúrgica las menores. Es decir la demora en consultas o pruebas complementarias constituyeron el 60% del total. Tras el análisis de las reclamaciones, se implementaron sistemas de mejora en consultas en Ginecología y Traumatología, con reducción de tiempos de espera y por tanto de reclamaciones. En otras, como Neurocirugía, en las que la presión asistencial y la demanda se incrementaron sin poder aumentar la oferta, el tiempo y los pacientes en espera se correspondió con el incremento de las reclamaciones. Relacionando reclamaciones con el volumen de actividad se tuvieron 4,4 reclamaciones por cada 1.000 actos asistenciales (total del hospital en los 3 años 776.526), siendo el menor Anestesia con 0,29 y el mayor Neurocirugía 55/1.000 actos. La excelente calidad de atención de algunos servicios a pesar de la tendencia a reclamar en esa área, queda reflejado en esta tasa, como el caso de Obstetricia con 0,9 reclamaciones de 1.000, con 73.731 actos clínicos. Cirugía General se encontraba en la media con 2,7.

**Conclusiones:** Las reclamaciones y agradecimientos comportan una importante fuente de información para poder mejorar la calidad de los servicios quirúrgicos en las diferentes facetas de su asistencia, brindando una oportunidad insustituible para superarnos en la línea de excelencia que hemos de seguir dentro de nuestro quehacer sanitario. En nuestro caso han tenido una relación directa con la calidad en la asistencia ofrecida y la demora para poder ser atendido en consultas, siendo los dos aspectos más claros para la mejora de nuestra atención.

#### O-236. IMPLANTACIÓN DEL CHECK LIST QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL DE ZUMÁRRAGA. ESTUDIOS PRELIMINARES

F. Aranda Lozano, I. Lanzeta Vicente, A. Arruabarrena Oyarbide, M.J. Busto Vicente, A. Uranga Goicoechea, A. Martín López, M. Clemares de Lama, I. Aramendia García, J.M. Erro Azcarate y M.J. Bernardo Ormazábal

Hospital de Zumárraga, Zumárraga.

**Objetivos:** Analizar el proceso de implantación del Check-List Quirúrgico en el Hospital de Zumárraga. Pasos, dificultades y resultados en los 6 primeros meses de su utilización: cumplimentación según las especialidades quirúrgicas y seguimiento por los distintos profesionales sanitarios (enfermería, especialista quirúrgico y anestesta).

**Material y métodos:** Se creó un grupo de trabajo con un coordinador responsable, (medico Servicio Cirugía General). Se acordó un modelo de Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgico (LVQ) adaptado a nuestro

hospital. Realización de sesiones informativas para médicos y enfermeras del área quirúrgica. Periodo de prueba de implantación del Check List en el Servicio de Cirugía General, (junio-septiembre 2011), en actividad programada de mañana. Posterior extensión al resto de especialidades quirúrgicas. Identificación de problemas de uso y recogida de sugerencias. Realización de una encuesta de satisfacción de la utilización del LVQ. Creación de base de datos con los LVQ realizados

**Resultados:** Desde el 15 octubre de 2011 al 15 de abril de 2012, se realizaron en el Hospital de Zumárraga un total de 1.413 intervenciones en actividad programada de mañana, y 706 LVQ cumplimentados (50%) Los porcentajes de realización del Check List son: Servicio de Cirugía General 77,27% (119 de 154), ORL 66,36% (71/107), Ginecología 65,66% (65/99), Urología 49,74% (94/189), Oftalmología 41,63% (204/490) y Traumatología 40,91% (153/374). El check-list se realiza por el personal de enfermería con una media de cumplimentación del 89,23%, siendo ésta discretamente mayor en la fase de entrada, en donde llega hasta el 100% en las intervenciones de cirugía general. Los resultados son similares, analizándolos por especialidades. Entre los cirujanos, existe una desigual participación que varía desde el 4% (oftalmología), hasta más del 70% (urología, cirugía general). Cumplimentan mejor en la fase de pausa (65,28% de media), que en la fase de salida (55,61%). La participación de los anestesiistas es claramente inferior, con una media del 34,47%, observándose una cumplimentación similar en las fases de entrada y pausa, siendo algo menor en la de salida. Los datos del paciente, fecha, tipo de intervención y quirófano se recogen de forma correcta en un alto porcentaje (95%). Se ha confeccionado un nuevo modelo de Check-List específico para Oftalmología, que se adapta mejor a las características de sus intervenciones (> 90% cataratas).

**Conclusiones:** El Check List es una herramienta de uso fácil, rápido, seguro, escaso coste y no interrumpe la actividad normal del quirófano. Su utilización por parte del personal médico es bastante irregular. A pesar de las reticencias por asumir responsabilidad en el proceso por parte del personal de Enfermería (confusión entre "Hacer" y "Verificar que está hecho"), su participación es mayoritaria y se realiza correctamente. La escasa utilización del LVQ en las intervenciones de Oftalmología, están en relación con la necesidad de un modelo específico. El Check-List se realiza mejor cuando es una sola persona la que asume toda su cumplimentación. El factor más importante para su realización es "las ganas del personal". Es necesario insistir en reuniones de información, comunicación de resultados y recogida de sugerencias para mejorar la implantación del LVQ.

### O-237. PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES OPERADOS POR CÁNCER ABDOMINOPÉLVICO EN ESPAÑA

J.I. Arcelus, N. Muñoz, J. Villar, A. Bustos, N. Zambudio, A. Paz, J. Jorge, J.L. Díez, S.M. Carlos, S. Gil y J.A. Ferrón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Introducción:** Los pacientes intervenidos por cáncer que no reciben profilaxis tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedad tromboembólica venosa postoperatoria (30-35%) que los operados por patología no cancerosa (18-25%). Recientes estudios han demostrado que alrededor del 2% de los operados por cáncer abdominal sufren ETV sintomática, que de hecho representa la primera causa de muerte en los dos primeros meses del postoperatorio. Aunque la profilaxis se recomienda para la práctica totalidad de los pacientes quirúrgicos oncológicos, desconocemos qué porcentaje de estos pacientes reciben profilaxis adecuada en nuestro país.

**Objetivos:** Analizar la profilaxis recibida por los pacientes operados por cáncer en nuestro medio.

**Material y métodos:** En el estudio ENDORSE (Epidemiologic International Day for the Evaluation of Patients at Risk for Venous Thromboembolism in the Acute Hospital Care Setting), prospectivo observacional de corte transversal multicéntrico internacional, participaron 20 hospitales españoles y se analizaron los factores de riesgo y la profilaxis antitrombótica recibida por 657 pacientes quirúrgicos mediante una evaluación prospectiva de las historias clínicas durante su ingreso hospitalario que incluyó los factores de riesgo y profilaxis prescrita. De ellos, 109 (16,6%) se sometieron a cirugía oncológica abdominopélvica y 167 (25,4%) a cirugía por procesos benignos en la misma localización.

**Resultados:** El porcentaje de pacientes que recibieron profilaxis antitrombótica adecuada ascendió a 88% entre los operados por cáncer abdominopélvico y 78% en los operados por procesos benignos. Se consi-

deró por parte de los médicos responsables de los pacientes que el riesgo de hemorragia era elevado y no se podían prescribir anticoagulantes en el 11% y 4% de los casos, respectivamente. Las modalidades de profilaxis recibidas durante el ingreso en los operados por patología abdominopélvica considerados de alto riesgo para sufrir ETV se muestran en la tabla.

Tabla 1. (O-237)

Método utilizado	Operados por cáncer	Operados sin cáncer
Fármaco anticoagulante aislado	96 (88%)	126 (78%)
Método mecánico aislado	0	1 (0,6%)
Combinación ambos	0	1 (0,6%)
Ningún método profiláctico	13 (12%)	36 (22%)

**Conclusiones:** El 40% de los pacientes sometidos a cirugía abdominopélvica y con alto riesgo de ETV sufrían cáncer. Aunque la mayoría de los pacientes recibieron profilaxis farmacológica, es de destacar que el 12% de los casos operados por cáncer no recibieron ninguna profilaxis, doblandose este porcentaje en los casos de alto riesgo operados por procesos benignos. Es llamativa la escasísima utilización de métodos mecánicos en nuestro medio, a pesar de estar recomendados por las guías de práctica clínica en los pacientes en los que están contraindicados los anticoagulantes. A la vista de estos resultados es necesario insistir en la necesidad de aplicar las recomendaciones actuales para la prevención de la ETV en cirugía abdominopélvica oncológica o por otras causas. El no hacerlo podría acarrear importantes consecuencias no sólo clínicas, sino también medicolegales.

### O-238. ANÁLISIS DE LA COMPLEJIDAD AL ALTA POR GRD DE LA DIVERTICULITIS AGUDA MEDIANTE CMBD. HERRAMIENTAS DE GESTIÓN PARA APLICAR PROTOCOLOS CLÍNICOS

E. López Pérez, A. Varona Bosque, M.A. Barrera Gómez, M.A. Tirado Trujillos, S.C. Núñez Díaz y M.C. Rodríguez del Rosario

Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos:** Valorar la complejidad de los ingresos hospitalarios relacionados con enfermedad diverticular en el periodo 2010-2011, a partir de los datos del CMBD y sus repercusiones en términos económicos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo sobre 418 altas en el periodo de enero de 2010 a diciembre de 2011 en un hospital de tercer nivel. Los datos han sido obtenidos del CMBD y del informe al alta (edad, sexo, estancia media, porcentaje de intervenciones urgentes, índice de reingresos, GRD al alta). Análisis comparativo (peer con la herramienta IAME-TRICS).

**Resultados:** La edad media es de 58 años con rango 23-94 años. La estancia media de los episodios de hospitalización es de 8,61 días. De las 418 altas, 18 pacientes fueron programados para cirugía por diverticulitis, 41 intervenidos con carácter urgente por diverticulitis grado III y el resto, sometidos a tratamiento médico antibiótico. La cirugía urgente se presenta en el 10% de los procesos diverticulares de nuestra serie, siendo la edad media de los pacientes intervenidos de 60 años y generando estancias medias de 25 días. En menores de 45 años este porcentaje asciende al 16%. La mortalidad global es del 1%, estando asociada a intervenciones urgentes (mortalidad por cirugía urgente del 10%, siendo el 75% de pacientes de más de 65 años). El número de pacientes atendidos fue de 356, con un porcentaje de reingresos del 14%. Del total de los ingresos, 275 tienen un GRD inferior a uno, 143 mayor que uno, 87 entre uno y tres y 56 mayor de 3.

**Conclusiones:** Nuestros ingresos por diverticulitis comparados con hospitales de nuestro nivel respecto del GRD 183 al alta son del 4.8% (resto de hospitales 2,1%). El cálculo de costes, a priori, según GRD (22 de GRD 175 y 253 de GRD 183) implicaría un ahorro de 647.394,22 euros (1.591 estancias). Para los pacientes con cirugía urgente la desviación de la estancia media por GRD reduciría en 2.224 las estancias hospitalarias. La complejidad del 66% de los ingresos es inferior a la esperada, lo que nos hace plantearnos si el tratamiento ambulatorio de estos pacientes sería la opción más adecuada en términos económicos.

### O-239. TROMBOPROFILAXIS EN CIRUGÍA GENERAL. REVISIÓN DE 80 CASOS

L. Cristóbal Poch, M. Recarte Rico, H. Guadalajara, G. Salgueiro, C. Fernández Capitán y A. Zarazaga

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Objetivos:** La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) es una patología frecuente, grave y difícil de diagnosticar que se desarrolla con frecuencia en los pacientes quirúrgicos. La mortalidad sin tratamiento alcanza hasta el 13-17% de los casos. La tromboprofilaxis es eficaz y fácil de realizar sin embargo su uso sistemático en estos pacientes es baja. Nuestro objetivo es valorar el riesgo de ETE en los pacientes ingresados en cirugía general y la prescripción y adecuación de tromboprofilaxis según los protocolos establecidos.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio de corte trasversal de un día con análisis prospectivo, desde el ingreso al alta, en pacientes ingresados en el Servicio de cirugía general de nuestro hospital en mayo del 2011. Se utilizó un protocolo de valoración del riesgo de ETE e indicación de tromboprofilaxis en base a los criterios incluidos en "The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy" para los pacientes quirúrgicos y en los criterios de la guía PRETEMED y previamente consensuado por el grupo multidisciplinar de ETE de nuestro centro. Analizamos el riesgo trombótico, la profilaxis tromboembólica durante el ingreso, con especial atención a tratamiento y dosis, así como las recomendaciones al alta.

**Resultados:** De 80 pacientes estudiados (48,8% hombres), 77,5% habían sido intervenidos quirúrgicamente (16,3% de cirugía menor y 61,2% de cirugía mayor). Los factores de riesgo de ETE más frecuentes fueron: edad mayor de 60 años (68,8%), antecedente de intervención quirúrgica (60%), varices (26,3%) e inmovilización (16,3%). El 37,5% tenía patología oncológica, el 6,3% EPOC y el 3,8% antecedente de sepsis o neumonía en el último mes. Según escala de riesgo el 16,3% de los pacientes tenía riesgo bajo de presentar fenómenos tromboembólicos, el 12,5% riesgo moderado, el 18,8% alto y 52,4% riesgo muy alto. Durante el ingreso se realizó tromboprofilaxis en el 63,8% de los pacientes, siendo adecuada en un 58,8% de los mismos; un 40% fueron infratratados y un 1,25% sobretatados. Hubo una sospecha de trombosis venosa profunda, que se descartó mediante ecodoppler y no evidenciamos ningún episodio de embolismo pulmonar. De manera prequirúrgica, se hizo tromboprofilaxis en un 41,9% siendo adecuada 38,7%. Al alta, se recomendó tromboprofilaxis a un 15,06% de los pacientes. En todos los casos se usó heparina de bajo peso molecular.

**Conclusiones:** Los pacientes de cirugía general son pacientes con alto riesgo de enfermedad tromboembólica. Sólo se realiza tromboprofilaxis en el 64% siendo adecuada en algo más de la mitad de los casos. Es necesario optimizar la tromboprofilaxis en los pacientes quirúrgicos.

### O-240. SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL SNS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN CIRUGÍA COLORRECTAL

E. Redondo Villahoz, M. Elía Guedea, V. Aguilera Diago, J.M. Ramírez Rodríguez, J.A. Gracia Solanas, B. Calvo Catalá, E. Borao Muñoz, M.A. Gascón Domínguez y M. Martínez Díez

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

**Objetivos:** Según el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) la tasa de incidencia de efectos adversos en los servicios de cirugía general asciende al 10,5%, datos superiores a la media y valorándose como evitables el 36% de éstos. Aquí radica la importancia de que estos procedimientos se desarrollen sin complicaciones, fallos humanos ni errores del sistema. Las características propias de la cirugía colorrectal, en cuanto a cifras de morbimortalidad operatoria superiores a otros tipos de cirugía, nos hacen reflexionar en la importancia de la seguridad quirúrgica en este grupo de pacientes. El objetivo de nuestro estudio es valorar el grado de seguimiento de las recomendaciones del SNS sobre Seguridad del Paciente Quirúrgico en nuestra Unidad de Coloproctología.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo donde fueron incluidos todos los pacientes intervenidos de resección colorrectal electiva entre septiembre 2011 a abril 2012. Se realizó un análisis del grado de cumplimiento de las recomendaciones según la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico del SNS (2010). No se realizó análisis de los aspectos

derivados de la anestesia ni de la prevención de efectos cardiovasculares.

**Resultados:** Se intervinieron un total de 60 pacientes: edad media 73,13 (rango 40-91) años, 61,67% varones y 38,33% mujeres. La cirugía laparoscópica representó el 36,67% de las intervenciones. Tiempo operatorio medio 155 (rango 60-360) minutos. Estancia media postoperatoria 11,23 (rango 3-42) días. Mortalidad 5%. No se encontraron registros de todos los ítems contemplados en esta GPC debido a que muchos de ellos son normas sobre circulación dentro del bloque quirúrgico de obligado cumplimiento. En 5% de las intervenciones no fue firmado el parte de verificación quirúrgica por parte del cirujano, el resto de profesionales implicados, si lo habían cumplimentado. Se registró una tasa global de infección de la herida operatoria del 43,33%. La infección superficial representó el 38,46%, profundas el 42,31% y órgano-espacio el 19,23%. Se relacionó estadísticamente ( $p < 0,05$ ) la infección profunda con un incremento de la estancia hospitalaria. Precizaron reintervención el 10% de los pacientes, relacionadas con complicaciones sépticas en 2/10 pacientes. Tasa de reingresos hospitalarios del 10%, principalmente por infección de la herida operatoria (4/6). Todos los pacientes recibieron HBPM para profilaxis enfermedad tromboembólica, de inicio preoperatorio y mantenida durante todo el ingreso. Según protocolo, todos los pacientes tenían un estudio hematómico preoperatorio y solicitud de reserva de sangre al banco. Se precisó transfusión intraoperatoria en 3/60 pacientes, pero sólo en 1 de ellos quedó registrado el volumen de sangrado. En todos los pacientes se realizó prevención de hipotermia. No quedó si los líquidos infundidos se encontraban calentados.

**Conclusiones:** Necesidad de formación en seguridad del paciente a los profesionales implicados en el proceso quirúrgico, tanto cirujanos, anestesiólogos como personal de enfermería. Promover la importancia de la correcta cumplimentación de registros hospitalarios para facilitar la investigación en seguridad del paciente. Elevada tasa de complicaciones infecciosas en el sitio quirúrgico que obliga a ser considerado como futura propuesta de mejora de calidad asistencial en nuestra Unidad de Coloproctología.

### O-379. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: AMBULATORIZACIÓN FRENTE A INGRESO. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y CALIDAD

P. Lora Cumplido, G. Carreño Villarreal, M.A. Lezana Pérez, H. Padín Álvarez, R. Fresnedo Pérez, V. Ramos, J.F. Carrión Maldonado y R. Álvarez Obregón

Hospital de Cabueñes, Gijón.

**Objetivos:** Analizar y comparar la efectividad entre la colecistectomía laparoscópica con ingreso (CLEST) y la colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio (CLCMA) dentro de la misma unidad clínica, así como valorar la calidad percibida por los pacientes en esta última modalidad.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo donde se analizan todos los pacientes ASA I-II, durante 6 años, intervenidos mediante colecistectomía laparoscópica (CL). Se establecen dos cohortes de pacientes: grupo CLCMA (N = 141 pacientes) y grupo CLEST (N = 286 pacientes). La efectividad se analizó evaluando morbimortalidad, reintervenciones, reingresos y estancia. El análisis de calidad del grupo CLCMA se realizó mediante encuestas de satisfacción y posterior valoración mediante indicadores de satisfacción.

**Resultados:** Los pacientes del grupo CLEST presentaron mayor edad respecto al grupo CLCMA (57,97 años vs 50,14 años) y mayor comorbilidad (53,50% vs 34,75%), sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre este aspecto y la mayor incidencia de morbilidad, reintervención o reingreso. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en términos generales de morbilidad (5,24 vs 4,26), tasa de reintervenciones (2,45 vs 1,42) o reingresos (1,40 vs 3,55). No hubo mortalidad postoperatoria. El 82% de los pacientes del grupo CLCMA fueron alta el mismo día de la intervención, siendo la estancia media de este grupo de 1,16 días, mientras que en el grupo CLEST fue de 2,94 días ( $p = 0,003$ ). El índice de satisfacción global, fue de un 82%, mientras que el indicador de satisfacción de la asistencia recibida fue del 81%. Ambos situados por encima del estándar previamente fijado.

**Conclusiones:** La colecistectomía laparoscópica ambulatoria en pacientes ASA I y II, es tan eficaz y segura como la colecistectomía laparoscópica con estancia programada, con un buen nivel de calidad percibida por

los pacientes. Demostrada la misma efectividad, es previsible una mayor eficiencia con la ambulatorización del proceso, objetivable mediante la aplicación de un estudio de minimización de costes. La correcta selección de los pacientes, la entrevista personalizada y la interacción cirujano/paciente, son necesarios para asegurar el éxito de esta modalidad de gestión asistencial y el mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios.

### O-380. EFECTIVIDAD DE LA ANALGESIA DOMICILIARIA TRAS CIRUGÍA. IMPLICACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA. HOSPITAL CLÍNICO, ZARAGOZA

E. Bernal Agudo<sup>1</sup>, S. Casado Cerdán<sup>1</sup>, D. Mira Pico<sup>1</sup>, I. Gil Romea<sup>1</sup>, J.P. Marín Calahorrano<sup>1</sup> y B. Bernal Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico, Zaragoza. <sup>2</sup>Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

**Objetivos:** Valorar la efectividad de la analgesia postquirúrgica domiciliar, tras la implantación de una pauta con un nuevo tratamiento que combina en un único comprimido, de liberación modificada, el efecto analgésico antiinflamatorio y gastroprotector (naproxeno /esomeprazol magnésico 500/20 mg) para alcanzar el "comfort postoperatorio", concepto este que va más allá de una analgesia "a demanda" de rutina.

**Material y métodos:** Se han estudiado 192 pacientes (no indicados para CMA) que hemos operado dentro de un programa de Corta estancia entre enero y abril del 2012: hernioplastia inguinal 93 (48,18%); eventroplastia laparoscópica 16 (8,33%); colecistectomía laparoscópica 42 (21,87%); tiroidectomía 12 (6,25%); hemorroidectomía 14 (7,29%); fisura anal 5 (2,60%); fistula anal 4 (2,08%); seno pilonidal 6 (3,12%). Analgesia multimodal o balanceada: infiltración de la herida quirúrgica con bupivacaína, y administración sistémica de dextetoprofeno 50 mg/IV/8 horas + 1 g de paracetamol/100 ml/IV/6 horas. Al Alta hospitalaria, y continuando sin interrupción en su domicilio la pauta analgésica ya iniciada, prescripción de un único comprimido, que combina dosis fijas de naproxeno (AINE con recubrimiento entérico), y esomeprazol, (IBP) de liberación inmediata. (Vimovo®) 1 comp/cada 12 horas, 5 días. Se realiza una encuesta de satisfacción en la primera revisión postoperatoria (1 mes) donde se analiza la intensidad del dolor, según una escala visual analógica, la respuesta al tratamiento y el grado de satisfacción general del paciente. Se registra la puntuación con la firma de cada paciente.

**Resultados:** Dolor ausente 3,64%; leve 91,15%; moderado 4,16%; intenso 1,04%. El dolor cede con la pauta prescrita en un 98'95% de los pacientes, catalogándose la media como un dolor leve (media 1,80) (E.V.A.). Casi la totalidad de los pacientes (94,65%) se encuentran satisfechos con su estado general y valoran de forma positiva la experiencia quirúrgica.

**Conclusiones:** La combinación en un único comprimido de dos de los fármacos más seguros conocidos hasta ahora: naproxeno y esomeprazol permite "un mejor cumplimiento del tratamiento" en estos pacientes, ya que sólo conlleva el uso de 1 comprimido, dos veces al día. Esta nueva formulación oral, naproxeno y esomeprazol, cumple con los requisitos que reclama el objetivo genérico de "comfort analgésico" y presenta un perfil de seguridad y tolerabilidad excelente. Una buena administración del Protocolo de Analgesia produce unos magníficos resultados. Lo principal no es la analgesia aislada, sino el confort global, la ausencia de complicaciones y la seguridad del postoperatorio. La cooperación entre anestesiólogos, cirujanos, diplomados en enfermería y médicos de atención primaria en estos protocolos debe ser una actuación prioritaria. El Protocolo de Analgesia que se está utilizando en el Hospital Clínico de Zaragoza es válido para obtener buenos resultados y puede ser exportable.

### O-381. ANALGESIA MULTIMODAL O BALANCEADA: CONFORT FRENTE A ANALGESIA POSTOPERATORIA CONVENCIONAL. HOSPITAL CLÍNICO, ZARAGOZA

E. Bernal Agudo<sup>1</sup>, S. Casado Cerdán<sup>1</sup>, D. Mira Pico<sup>1</sup>, I. Gil Romea<sup>1</sup>, J.P. Marín Calahorrano<sup>1</sup> y B. Bernal Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico, Zaragoza. <sup>2</sup>Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

**Objetivos:** La optimización en el uso de los recursos analgésicos, la implantación de una analgesia pauta y la protocolización de todas las actividades dirigidas a la rehabilitación total del paciente para alcanzar el "comfort postoperatorio".

**Material y métodos:** Se han estudiado 192 pacientes (no indicados para CMA) que hemos operado dentro de un programa de Corta estancia entre enero y abril del 2012: hernioplastia inguinal 93 (48,18%); eventroplastia laparoscópica 16 (8,33%); colecistectomía laparoscópica 42 (21,87%); ti-

roidectomía 12 (6,25%); hemorroidectomía 14 (7,29%); fisura anal 5 (2,60%); fistula anal 4 (2,08%); seno pilonidal 6 (3,12%). Analgesia multimodal o balanceada: infiltración de la herida quirúrgica con bupivacaína, y administración sistémica de dextetoprofeno 50 mg/IV/8 horas + 1 g de paracetamol/100 ml/IV/6 horas. Al Alta hospitalaria, y continuando sin interrupción en su domicilio la pauta analgésica ya iniciada, prescripción de un único comprimido, que combina dosis fijas de naproxeno (AINE con recubrimiento entérico), y esomeprazol, (IBP) de liberación inmediata. (Vimovo®) 1 comp/cada 12 horas, 5 días. Además de la pauta básica, se indica también una analgesia de rescate, adecuada a la intensidad del dolor: administración intercalada y complementaria también de un único comprimido que contiene 37,5 mg de hidrocortoluro de tramadol y 325 mg de paracetamol (Pontalsic®). Se realiza una encuesta de satisfacción en la primera revisión postoperatoria (1 mes) donde se analiza la intensidad del dolor, según una escala visual analógica, la respuesta al tratamiento y el grado de satisfacción general del paciente. Se registra la puntuación con la firma de cada paciente.

**Resultados:** Dolor ausente 3,64%; leve 91,15%; moderado 4,16%; intenso 1,04%. El dolor cede con la pauta prescrita en un 98,95% de los pacientes, catalogándose la media como un dolor leve (media 1,80) (E.V.A.). Casi la totalidad de los pacientes (94,65%) se encuentran satisfechos con su estado general y valoran de forma positiva la experiencia quirúrgica.



**Conclusiones:** Una buena administración del Protocolo de Analgesia produce unos magníficos resultados, reduce las complicaciones tras la intervención, y proporciona un mayor confort acelerando la recuperación del paciente. La analgesia debe ser balanceada (multimodal) durante todo el periodo operatorio y en todas las intervenciones, no sólo en la cirugía mayor. El tratamiento del dolor debe ser "agresivo" y de sencilla aplicación, para permitir una rehabilitación precoz. La cooperación entre anestesiólogos, cirujanos, diplomados en enfermería y médicos de atención primaria en estos protocolos debe ser una actuación prioritaria. El Protocolo de Analgesia que se está utilizando en el Hospital Clínico de Zaragoza es válido para obtener buenos resultados y puede ser exportable.

### O-382. UTILIDAD DEL ÍNDICE DE SUSTITUCIÓN Y AMBULATORIZACIÓN EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE PARED ABDOMINAL. ESTUDIO TRANSVERSAL A MEDIO PLAZO

V. Vega Ruiz<sup>1</sup>, M.C. González Granados<sup>2</sup>, A. Moya Fernández<sup>1</sup>, M.A. Urbano Delgado<sup>1</sup>, J. Álvarez Medialdea<sup>1</sup>, J. Falckenheimer Soria<sup>1</sup>, M. Pérez Alberca<sup>1</sup>, N. Assad<sup>1</sup>, A. Camacho Ramírez<sup>1</sup>, E. Sancho Maraver<sup>1</sup> y M. Velasco García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real. <sup>2</sup>Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera.

**Introducción:** El índice de ambulatorización (IA) estima los procesos quirúrgicos realizados de forma ambulatoria del total de procesos quirúrgicos midiendo, de este modo, el impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica del Hospital, mientras que el índice de sustitución (IS) mide los procesos potencialmente ambulatorios realizados frente al total de procesos de ese GRD. El IA es un indicador grosero de eficiencia frente al IS, de mayor calidad y eficiencia, pero precisa de definir previamente los procesos susceptibles. Realizamos un estudio prospectivo, transversal, analizando el índice de sustitución y de ambulatorización en patología de pared abdominal, como medida de estimación del impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica del Servicio.

**Material y métodos:** Durante un periodo de 16 meses (enero 2011-abril 2012) hemos realizado un total 230 pacientes con patología de pared abdominal. Se han excluido del estudio las hernias incisionales. Se analizan como variables: realización en CMA (local + sedación, local y mascarilla laríngea, raquianestesia/general); ingreso, ingreso y alta en día de la intervención (cirugía 23h). Las patologías fueron las siguientes: hernias inguinocraurales: 186; hernias umbilicales/epigástricas: 44. Analizamos el índice de sustitución y de ambulatorización según datos aportados por el Servicio de Documentación del Hospital.

**Resultados:** Hemos realizado un total de 240 intervenciones, de las cuales; por CMA se han realizado: 141 casos; con ingreso: 89 casos; y con in-



Tabla 1. (O-382)

	Total casos	CMA(*A. local/a. local + ML/A. Raquídea)	Ingreso (*)	Ingreso previo y alta
H. inguinal/crural	186	106 (11/55/40)	80 (5/5/70)	10
H. umbilical/epig.	44	35 (15/2/18)	9 (1/0/8)	1
	240	141 (28/57/58)	89	11

greso y alta al día: 11 casos. La distribución según el tipo de anestesia se refleja en la tabla. Un 58,7% del total de casos se realizó en régimen de CMA. El 87,5% de los pacientes que se ingresaron se intervinieron mediante anestesia raquídea y el 12,5% con local y sedación o ML, pacientes que se fueron de alta al mismo día. El índice de sustitución global en patología de pared abdominal fue del 58,7% y el índice de ambulatorización del 71,2%.

**Conclusiones:** El índice de sustitución y ambulatorización son marcadores de calidad en la Cirugía Mayor ambulatoria. El empleo de la raqui-anestesia debe evitarse, porque está asociado a un porcentaje mayor de ingresos, frente a la anestesia local. Alrededor de un 15% de los pacientes ingresados son susceptibles de ambulatorización.

### O-383. IMPORTANCIA DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN EL POSTOPERATORIO DE LA HERNIA INCISIONAL. SIETE AÑOS DE EXPERIENCIA

F. Moreno Fernández, C. Olona Casas, A. Jiménez Salido, E. Duque Guilera, V. Howe, J. Vadillo Bargalló, J.A. Spuch Sánchez, J.M. Coronas Riba y V. Vicente Guillén

Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona.

**Objetivos:** Las principales complicaciones de la cirugía de la hernia incisional son el hematoma y el seroma. Para su control es necesario el uso de drenajes que pueden ocasionar un alargamiento de la estancia hospitalaria. La unidad de Hospitalización a domicilio de nuestro hospital nos permite el seguimiento de estos pacientes al alta. Evaluamos los resultados obtenidos en este tipo de patología.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyen todos los pacientes intervenidos de hernia incisional desde el año 2005 hasta noviembre de 2011. Se consideran criterios de ingreso en Hospitalización a domicilio: residencia a menos de 20 Km del hospital, soporte familiar adecuado y consentimiento del paciente. Se remiten a esta unidad los pacientes tributarios para finalizar el control de la herida quirúrgica y del débito de los drenajes. Se evalúa técnica realizada, días de ingreso hospitalario, días de ingreso en Hospitalización a domicilio, días con drenajes, complicaciones y tasa de reingreso.

**Resultados:** Se incluyen 334 pacientes intervenidos de eventroplastia desde 2005 hasta 2011. Las técnicas realizadas son: malla supraponeurótica (48,8%), técnica de Chevrel (36,2%), malla intraperitoneal (12,8%), otras (2%). Pacientes controlados por HaD: 132 (39,5%). Estancia media de los pacientes con ingreso hospitalario: 8,6 días (1-49). Estancia media de los pacientes con Hospitalización a Domicilio: 4,8 días (1-27). Las principales complicaciones aparecidas son: seroma, hematoma e infección de herida quirúrgica. Se presentaron 13 reingresos desde el domicilio.

**Conclusiones:** La hospitalización a domicilio nos permite un ahorro importante de días de ingreso en el postoperatorio de la hernia incisional.

### O-384. APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA DE ELECCIÓN O ALTERNATIVA DE LUJO EN TIEMPOS DE CRISIS

D.A. Illán Riquelme, R.D. Costa Navarro, M. Jiménez Fuertes, C. Zamora Amorós, C. Calado Leal, M. Diego Estévez, J. Buades, J. Camacho Lozano, H. Abdalahi Abdalazid, J. García Mingo y C. Carbonell Valer

Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.

**Introducción:** La apendicitis aguda (AA) es la causa más frecuente de abdomen agudo en los países occidentales. A pesar de existir muchos estudios comparando los resultados de la apendicectomía laparoscópica (AL) y la abierta (AC), todavía no se ha llegado a un consenso, si bien, recientes estudios ya concluyen que la AL es la técnica de elección. Los ob-

jetivos son presentar nuestra técnica para realizar la AL y determinar si la AL debería ser la técnica de elección para cualquier caso de AA en nuestro medio.

**Material y métodos:** Se han evaluado de manera retrospectiva durante un periodo de 12 meses (febrero 2011 hasta febrero de 2012) todos los casos intervenidos quirúrgicamente por AA en el Servicio de Cirugía Digestiva del Hospital Marina Baja (Alicante). Se describe la técnica de AL sin autosutura y la técnica para la AC. Los pacientes se estratificaron para cada uno de los grupos (AC y AL) en 4 subgrupos (flemonosas, gangrenosas, plastrón-absceso y peritonitis difusas). El cálculo económico se ha realizado en base al consumo de material fungible. El coste de la estancia de cada paciente ha sido obtenido en base a la Ley de Tasas de la Generalitat Valenciana según el GRD y el número de días de estancia.

**Resultados:** Se intervinieron un total de 149 pacientes con el diagnóstico de presunción de abdomen agudo por AA; 99 mediante AA y 43 mediante AC; 6 pacientes fueron excluidos. Generaron una estancia total de 495 días, con un coste total de 223.782 euros. El grupo de AL tuvo una estancia media de 2,6 días frente a 3,8 días del grupo de la AC ( $p = 0,010$ ), de manera el grupo AL provoca un ahorro en la estancia de 1,2 días de media. El coste en estancia medio total de la AC fue de 1799 euros frente al de la AL de 1081 euros ( $p = 0,002$ ). Los resultados son igualmente favorables a la AL en el grupo de flemonosas y de gangrenosas con significación estadística; las diferencias no son significativas en el grupo de plastrón-absceso y de peritonitis difusas. La tasa de complicación en el grupo de AL fue de 4% y en el grupo de AC del 20%.

**Discusión:** La AL es actualmente la técnica de elección para el tratamiento de la AA en nuestro medio, independientemente de la gravedad de la apendicitis, por presentarse como una técnica coste-efectiva al reducir la estancia y la morbilidad. La AL sin autograpadoras resulta barata y segura.

### O-385. COLECISTECTOMÍA PRECOZ EN EL TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA: INDICADORES DE RESULTADO TRAS LA APLICACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA

J.M. Aranda Narváez, I. Fernández Burgos, M.C. Montiel Casado, A. Titos García, R. Becerra Ortiz, A.J. González Sánchez, P. López Ruiz y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** La colecistitis aguda (CA) continúa constituyendo una de las patologías urgentes de máxima prevalencia, cuyo tratamiento más aceptado es la colecistectomía precoz. Aunque esta indicación debe realizarse bajo ciertos supuestos clínicos, una excesiva liberalización puede conducir hacia una incorrecta selección de candidatos y peores resultados. Presentamos un estudio para analizar si la implantación de una vía clínica en la que se estandariza el tratamiento de la CA mejora los resultados de la colecistectomía precoz como política de tratamiento de la CA.

**Material y métodos:** Estudio observacional analítico de cohortes, sobre pacientes intervenidos por CA con colecistectomía precoz (durante el ingreso por episodio agudo) durante un periodo de 4 años (enero 2008-diciembre 2011) ( $N = 444$ ) en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Se determinaron dos subperiodos de dos años (2008-9: N1: 202; 2010-11: N2: 242), marcados por el desarrollo y la implantación durante el segundo periodo de una vía clínica para el tratamiento de la CA, cuyas principales directrices se resumen en: 1) Indicación (operabilidad, < 7 días de evolución, sin alteración del perfil hepático ni dilatación de la vía biliar), siempre con intención laparoscópica; 2) Contemplación de las corrientes actuales de cirugía sin drenaje y fast-track; 3) Cumplimiento riguroso de directrices de política antibiótica basada en la evidencia (retirada precoz de la misma en indicación de profilaxis). Variables resultado: los indicadores analizados en ambos periodos fueron: porcentaje de colecistecto-

mías abiertas y conversiones, morbilidad según Dindo Clavien (con especial atención a las infecciones de órgano/espacio –ISQ O/E– y la fistula biliar clasificada según Strasberg), mortalidad y estancia postoperatoria. Análisis estadístico: software SPSS. Análisis descriptivo mediante estimadores habituales. Contraste de hipótesis mediante  $\chi^2$  o t de Student dependiendo de la naturaleza de las variables. Se aceptaron resultados estadísticamente significativos con  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Edad y género no difieren de grandes series y no mostraron diferencias en ambos periodos. Se indicó colecistectomía precoz en un mayor número de pacientes en el segundo periodo (202 vs 242), con una mayor presencia de ASA III-IV (18% vs 26%,  $p < 0,04$ ). El número de indicaciones de acceso abierto y la conversión fueron menores en el segundo periodo (21% vs 11% y 15% vs 8% respectivamente,  $p < 0,00$ ). El número de formas evolucionadas (gangrenosa/peritonitis) fue menor en el segundo periodo (56% vs 47%,  $p < 0,00$ ), y se consideró necesario el drenaje en un menor número de procedimientos (73% vs 43%,  $p < 0,00$ ). La morbilidad afectó un porcentaje similar de pacientes en ambos grupos (21% vs 18%, ns), y la mortalidad tampoco mostró diferencias (4 vs 2 episodios). El porcentaje de ISQ O/E (1,5% vs 1,7%, ns) y de fistula biliar (6 vs 5 episodios, ns) fue similar, pero sí fueron distintos en cuanto a la distribución según la clasificación de Strasberg de esta última (en el primer periodo 2 fistulas tipo D y E1 precisaron manejo endoscópico mientras en el segundo las 5 fistulas fueron tipo A con cierre espontáneo). Un adecuado control postoperatorio permitió reducir la estancia de forma significativa (5,6 vs 4,4 días,  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** La implantación de una vía clínica para el tratamiento de la CA ha permitido optimizar las indicaciones y los resultados de la colecistectomía precoz como núcleo terapéutico central de esta patología.

### O-386. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA

M. Díaz Oteros, J.L. Esteban Ramos, R. Domínguez Reinado, S. Melero Brenes, W.M. Sánchez Bautista, C. Medina Achirica y F. Mateo Vallejo

Hospital General de Jerez, Jerez de la Frontera.

**Objetivos:** Las complicaciones postoperatorias son debidas a la interacción de diversos factores dependientes tanto del paciente como de su enfermedad y de la asistencia sanitaria que reciben. Es importante el estudio de las mismas por su frecuencia, su posible relación con una atención sanitaria deficiente, el aumento significativo de la estancia hospitalaria y su repercusión económica en el gasto social y sanitario. Hemos registrado de forma prospectiva las complicaciones postoperatorias acontecidas en nuestro servicio de Cirugía General durante el periodo comprendido entre enero 2011-diciembre 2011; el fin es comparar dichos resultados con los aceptados como estándares en la bibliografía científica, analizar cuáles son los factores dependientes del paciente o del proceso de atención hospitalaria que se asocian a una mayor frecuencia y llevar a cabo diversas medidas encaminadas a prevenirlas.

**Material y métodos:** Contabilización de las intervenciones quirúrgicas realizadas en nuestro Servicio de Cirugía General entre enero 2011-diciembre 2011, incluyendo tanto las intervenciones programadas como las realizadas con carácter de urgencias, y clasificación de las mismas en diversas secciones patológicas. Se han considerado como complicación postoperatoria todas aquellas ocurridas en los primeros 30 días inmediatos al acto quirúrgico, tanto generales como las específicas (derivadas de la intervención quirúrgica o de la técnica). Registro mensual de las complicaciones postoperatorias acontecidas mediante una hoja específica; la cual dispone de diversos apartados a cumplimentar: antecedentes personales del paciente, juicio clínico, intervención quirúrgica realizada, complicación postoperatoria, tratamiento de la misma...

**Resultados:** Número total de intervenciones realizadas = 1.961. Total de intervenciones programadas realizadas = 1.177. Total de intervenciones con carácter de urgencias realizadas = 784. Las intervenciones más frecuentemente realizadas fueron las correspondientes a la patología hepato-bilio-pancreática y la apendicectomía respectivamente. Porcentajes de complicaciones acaecidas en las intervenciones programadas según sección: pared abdominal 4,7%, patología esofago-gástrica 18,75%, patología hepato-bilio-pancreática 9,46%, patología ID 6,66%, coloproctología 30,21%, patología mamaria 2,76%, cirugía endocrina 10,82% y misceláneas 2,98%. Porcentajes de complicaciones en intervenciones de urgencias: patología apendicular 7,17%, abscesos perianales 9,61%, hernias

complicadas 22,2%, colecistitis agudas 20,20% y obstrucciones intestinales 37,5%.

**Conclusiones:** La morbilidad de determinadas cirugías en nuestro hospital está elevada en comparación con los parámetros establecidos en la literatura mundial (colecistitis aguda, hernias complicadas...). El hecho de recoger de forma prospectiva las complicaciones hace que su registro sea más meticuloso y, por ello, algo por encima de la media registrada en otras publicaciones. Las complicaciones postoperatorias suponen un incremento significativo del gasto sanitario y del riesgo de mortalidad. Son un instrumento de evaluación de la calidad asistencial. Deben de ponerse en marcha medidas para minimizar los efectos adversos. Sería necesario un estudio de las complicaciones postoperatorias de años venideros, para comprobar si las medias y estrategias propuestas para su minimización han sido correctas.

### O-387. REINCORPORACIÓN LABORAL TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ELECTIVA: ESTUDIO PROSPECTIVO Y COMPARATIVO

J. Hermoso Bosch, E. Duran, J. Comajuncosas, R. Orbeal, P. Gris, J. Jimeno, L. Estalella, H. Vallverdú, J.L. López-Negre, J. Urgellés y D. Parés

Hospital de Sant Boi, Sant Boi de Llobregat.

**Objetivos:** Debido al momento económico que vivimos se realiza un gran esfuerzo para minimizar el ingreso hospitalario en los procedimientos quirúrgicos para disminuir los costes sanitarios. Sin embargo hemos prestado escasa atención a los tiempos de reincorporación laboral después de una intervención quirúrgica electiva. El objetivo de este estudio fue analizar el tiempo de baja laboral tras colecistectomía electiva y su comparación con un grupo de pacientes intervenidos por otros procedimientos de menor complejidad.

**Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo y comparativo. Los criterios de inclusión fueron pacientes en edad laboral intervenidos de manera electiva en nuestro servicio. Se excluyeron los casos en que existió una complicación postoperatoria que pudiera explicar el retraso en la reincorporación laboral. Los datos fueron recogidos de manera prospectiva mediante encuesta y se dividieron en dos grupos: grupo 1, pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica y grupo 2 pacientes intervenidos electivamente por hernia inguinal unilateral o hemorroidectomía durante el mismo periodo y por el mismo equipo quirúrgico. Se realizó un aviso telefónico y un envío de la encuesta, al mes y a los dos meses se realizó un recordatorio y reenvío de la encuesta en los casos seleccionados en los que no se había recibido respuesta.

**Resultados:** Se incluyeron 36 pacientes (26 hombres) con una edad media de 43,9 años (rango 22-61). De ellos, 18 pacientes se incluyeron en el Grupo 1 y 18 pacientes en grupo 2, sin diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad y sexo de los mismos. En el grupo 1 se realizó la intervención quirúrgica siempre con ingreso hospitalario y con una estancia postoperatoria de 1,17 días (rango 1-3) y en el grupo 2 el 88,9% se realizó la intervención en régimen de CMA ( $p < 0,001$ ). Globalmente la reincorporación laboral se efectuó en una media de 35,7 días (rango 11-89). No hubo diferencias estadísticamente significativas en los tiempos de baja laboral entre ambos grupos (Grupo 1; 36,6 días (rango 14-89) vs Grupo 2; 35,44 días (rango 11-74). De todos los pacientes evaluados, 8 de ellos (22,2%) expresaron que hubieran acortado su baja laboral (Grupo 1: 5 pacientes vs Grupo 2: 2 pacientes,  $p = 0,691$ ) en una media total de 13,4 días. Los motivos por no acortar la baja laboral fueron los siguientes: 3 (37,5%) por miedo a alguna complicación, 3 (37,5%) por los síntomas (por ejemplo dolor), 1 (12,5%) por indicación del cirujano y 1 (12,5%) por indicación del médico de cabecera.

**Conclusiones:** La baja laboral tras el tratamiento quirúrgico de colecistectomía laparoscópica es prolongada. No se observan diferencias estadísticamente significativas con otros procedimientos quirúrgicos de menor complejidad. Aunque hay pacientes que acortarían su baja laboral, el motivo principal por no hacerlo son los síntomas o el miedo a alguna complicación.

## PÓSTERS

**P-081. IMPACTO ECONÓMICO DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN FIN DE SEMANA Y FESTIVOS**

M. Ruiz Marín, A. Sánchez Cifuentes, M. Vicente Ruiz, E. Peña Ros, F.M. González Valverde, M.E. Tamayo Rodríguez, M. Maestre Maderuelo, E. Terol Garaulet, M.F. Candel Arenas, J.A. Benavides Buleje y A. Albarracín Marín Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

**Introducción:** Las altas hospitalarias precoces implican múltiples beneficios tanto para el paciente como para las instituciones. Las altas hospitalarias durante los fines de semana y festivos suponen un ahorro sanitario al evitar estancias hospitalarias inadecuadas y un mal uso de los recursos sanitarios.

**Objetivos:** Evaluar el impacto económico de las altas hospitalarias en fin de semana y festivos en un servicio de cirugía general.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo durante los años 2010 y 2011, analizando las altas hospitalarias dadas durante fines de semana y festivos. Se analizó: número de altas durante el periodo descrito, días de estancia hospitalaria ahorrados y el impacto económico que supusieron.

**Resultados:** Durante este periodo, se dieron 3881 altas hospitalarias, de las cuales 793 (20,43%) fueron durante el fin de semana o en días festivos, suponiendo un ahorro de la estancia hospitalaria de 1 a 4 días. Del análisis de las 793 altas dadas durante el periodo y dado que el coste de la estancia hospitalaria en nuestro servicio es de 572,16 €, se obtuvieron los siguientes resultados: 17 supusieron un ahorro de 4 días de estancia hospitalaria, en términos económicos 38.906,88 €; 27 un ahorro de 3 días, 46.344,96 €; 403 un ahorro de 2 días, 461.160,96 €; 346 un ahorro de 1 día de la estancia, 197.967,36 €. En suma, el ahorro durante el periodo fue de 744.380,16 €.

**Conclusiones:** El pase de planta de forma sistemática durante los fines de semana y festivos presenta múltiples ventajas, ya que reducen significativamente los costes de hospitalización y las estancias hospitalarias inadecuadas y permiten detectar problemas clínicos en los pacientes ingresados de forma eficiente. El alta hospitalaria durante los fines de semana y festivos es una valiosa herramienta para la contención del gasto sanitario sin implicar costes adicionales en recursos ni económicos para el hospital. Estas estrategias dirigidas a reducir el gasto excesivo redundan en una mejora de la calidad asistencial. 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-082. ERRORES EN EL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA DE CIRUGÍA GENERAL. ¿LO HACEMOS BIEN?**

E. Peña Ros, M. Ruiz Marín, M. Vicente Ruiz, A. Sánchez Cifuentes, C. Sánchez Rodríguez, M. Candel Arenas, B. Abellán Rosique, E. Terol Garaulet, J.A. Benavides Buleje, M. Ramírez Faraco y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

**Introducción:** El informe de alta hospitalaria (IAH) es el documento emitido por un médico responsable acerca de la atención a un paciente y hace referencia a un episodio de hospitalización. Dicho documento debe cumplir unos estándares de calidad, su realización es obligatoria según la Orden 09/1984, y debe contener los datos administrativos del paciente, los antecedentes personales, la enfermedad actual, las pruebas y procedimientos realizados durante el ingreso, la situación previa, el juicio clínico, el tratamiento y las recomendaciones.

**Material y métodos:** Presentamos un estudio retrospectivo realizado en 50 informes de alta obtenidos de forma aleatoria de entre los pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía General del Hospital Reina Sofía de Murcia. Se ha analizado el cumplimiento de los aspectos obligatorios a reflejar en todo IAH, así como las causas de su incumplimiento.

**Resultados:** En nuestra muestra obtuvimos que un total de 22 (44%) IAH eran incompletos o erróneos. El incumplimiento más frecuente (12 casos, 24%) fue el hecho de no registrar eventos relevantes del postoperatorio

como hemotransfusiones, reintervenciones, o complicaciones mayores que alargaron significativamente la estancia. El siguiente se debió a errores en la fecha de alta hospitalaria (10 casos, 20%). En 1 caso (2%) el IAH no contenía el tratamiento a seguir después del alta. Se identificaron las causas de dichos errores, en concreto para la ausencia de eventos relevantes en el postoperatorio se consideró que el cirujano encargado de la planta debía prestar especial atención a este aspecto, y reflejar en el IAH todos los procedimientos y complicaciones sucedidos en dicho periodo. Para el error en la fecha de alta hospitalaria se comprobó que el programa informático utilizado en nuestro hospital determina la fecha de alta por defecto cuando se realiza el primer preinforme de alta, quedando ésta registrada y apareciendo como tal en el informe definitivo. Se creó un ciclo de mejora que incorporó sesiones al respecto para sensibilizar al personal. Una segunda evaluación mostrará la mejora obtenida en cuanto a la correcta realización de los mismos.

**Conclusiones:** El IAH es un documento fundamental de la historia clínica que facilita la continuidad asistencial, reduce el tiempo de búsqueda de información, evita la repetición de las pruebas y las visitas innecesarias y disminuye los errores de medicación. Su correcto cumplimiento es, además de obligatorio, necesario para el buen funcionamiento del sistema sanitario y para ofrecer una atención de calidad al paciente. En nuestro estudio hemos observado una tasa de incumplimiento del IAH elevada, cercana al 50%, ya sea por ausencia de datos relevantes como por errores en los campos que lo componen. Tras esta primera evaluación hemos realizado un ciclo de mejora a fin de mitigar dichos errores y así poder ofrecer una asistencia de mayor calidad, y cumplir con los estándares exigidos por la ley. A fecha de envío de este resumen no disponemos de los datos de la segunda evaluación tras la implantación del ciclo de mejora, esperando tenerlos con total seguridad disponibles para su comunicación en el congreso.

**P-083. TÉCNICA DEL GRUPO NOMINAL PARA LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN LAS ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS**

M. Elia Guedeá, I. Gutiérrez Cía, B. Obón, E. Borao Muñoz, E. Redondo Villahoz, V. Aguilera Diago, M. Martínez Díez y C. Aibar Remón

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

**Introducción:** El paciente quirúrgico es el que sufre más de la mitad de los efectos adversos que se producen en un hospital. En el 50% de los casos, las complicaciones asociadas a la cirugía son prevenibles. El quirófano es el lugar donde más equivocaciones se producen dentro del área quirúrgica. Cuando en una organización existe concienciación a propósito de la seguridad del paciente, cuando se habla de fallos y errores desde una perspectiva del análisis y la mejora y no con una intención punitiva, la calidad de la asistencia y la seguridad del paciente mejoran. La formación en seguridad del paciente es fundamental en los residentes de especialidades quirúrgicas, para reducir al máximo la incertidumbre y la posibilidad de producir errores.

**Objetivos:** Detectar los problemas de seguridad que afectan a las especialidades quirúrgicas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal en el que se utiliza un método de investigación cualitativa: La técnica del grupo nominal. Las diferentes fases fueron: Preparación de la Técnica del grupo nominal (TGN). Preparación de la pregunta: Se solicitó la colaboración de tres expertos en SP con los que se elaboró la pregunta que se planteó al grupo nominal. Tras valorar diversas alternativas se optó por primar la sencillez y la claridad, redactándose finalmente la pregunta en los siguientes términos: ¿Qué eventos adversos en seguridad del paciente te encuentras en tu práctica diaria habitual? Selección del moderador: Para la selección del moderador se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: Experiencia en el trabajo con grupos nominales, conocimientos en Seguridad del paciente, experiencia en el trabajo con cirujanos. Selección de los participantes: Con el fin de que el grupo fuera heterogéneo y capaz de aportar diferentes puntos de vista y perspectivas, se seleccionaron los participantes siguiendo el siguiente criterio: Un especialista o residente de cada una de las especialidades quirúrgicas del hospital. Preparación de la reunión del GN. Reunión del GN: La reunión del grupo se desarrolló según el siguiente esquema: en una primera fase se realizó una pequeña presentación a propósito de Seguridad del paciente enfocada a los residentes, una breve introducción de conceptos básicos (seguridad, daño, incidente, evento adverso) y una fotografía de la situación de los efectos adversos en el mundo y en España (datos del estu-



Tabla 1. (P-083)

Problemas	Nº pacientes	Riesgo	Posibilidad de solución	Posibilidad de paliarlo mediante formación	Suma individual	Suma grupo	Priorización
1. Protocolos 2. Motivación 3. Relación médico-paciente 4. Formación en técnicas 5. Formación científica 6. Comunicación 7. Continuidad asistencial 8. Trabajo en equipo 9. Cansancio 10. Formación en SP 11. Olvidos y distracciones 12. Mala programación q 13. Cargas de trabajo 14. Fuera de área 15. Sistemas informáticos 16. Check list							

dio ENEAS) centrándolo en los servicios quirúrgicos por la complejidad de los mismos. Se planteó la pregunta al grupo: ¿Qué eventos adversos en seguridad del paciente te encuentras en tu práctica diaria habitual? Generación silenciosa de ideas (una por cartulina). Ronda de respuestas dirigidas por el moderador que fueron colocándose en una espina de pescado. Discusión y aclaración de ideas. Clasificación en categorías para las ideas generadas por consenso, utilizando una parrilla de priorización elaborada a tal efecto. Discusión del voto. Votación final de prioridades mediante una parrilla de priorización. Resultados del GN. Diagrama de Ishikawa o Espina de pescado con las categorías de riesgo según NPSA-NHS. Parrilla de priorización. Por orden de prioridad los temas seleccionados en la parrilla de priorización fueron: 1. Check list, 2. Comunicación, 3. Relación médico-paciente, 4. Motivación, 5. Formación en seguridad del paciente. Los resultados encontrados nos permitieron identificar los principales problemas de seguridad que afectaban a las especialidades quirúrgicas. Esto nos permitirá desarrollar un temario formativo para los residentes de especialidades quirúrgicas de nuestro hospital. 3.2.1. Los resultados de las aportaciones del grupo se resumen en la espina de pescado. 3.2.2. Resultados de la parrilla de priorización (tabla). Por orden de prioridad los temas seleccionados en la parrilla de priorización fueron: 1. Check List, 2. Comunicación, 3. Relación médico-paciente, 4. Motivación, 5. Formación en Seguridad del Paciente.

**Conclusiones:** La realización de una encuesta en cultura de seguridad dentro de las especialidades quirúrgicas dentro de la Comunidad Autónoma de Aragón permite al analizar sus resultados diseñar áreas de mejora y programas de formación. A la vista de los resultados obtenidos, las propuestas de intervención para mejorar el clima de seguridad entre los profesionales quirúrgicos en formación serían: 1. Facilitar la comunicación entre Servicios, mejorando la coordinación dentro del Hospital. 2. Facilitar la transferencia de información en los cambios de guardia. 3. Mejorar la formación en seguridad del paciente. 4. Aprovechando la fortaleza de la buena comunicación dentro de las Unidades, facilitar un clima de confianza que favorezca la comunicación y el análisis de los efectos adversos. 5. Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la gerencia.

#### P-084. LA PERCEPCIÓN DE LOS ALUMNOS COMO INSTRUMENTO PARA HALLAR OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA DOCENCIA EN MEDICINA

M. Ruiz Marín, M. Vicente Ruiz, E. Peña Ros, A. Sánchez Cifuentes, N. Martínez Sanz, F.M. González Valverde, M.F. Candel Aenas, M.E. Tamayo Rodríguez, J.A. Benavides Buleje, P.A. Parra Baños y A. Albarracín Marín Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

**Introducción:** La evaluación de la docencia en medicina es una valiosa fuente de información para detectar problemas de calidad e implemen-

tar acciones correctivas. La opinión de los estudiantes, recogida a través de encuestas de satisfacción, es esencial para evaluar la calidad de los procesos de enseñanza y aprendizaje.

**Objetivos:** Detección de oportunidades de mejora mediante encuestas de satisfacción a alumnos de medicina en un hospital universitario.

**Material y métodos:** Se utilizó una encuesta de satisfacción anónima a alumnos en prácticas de 4º a 6º curso entre enero y marzo de 2012 en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Se diseñó un cuestionario con 20 preguntas cualitativas de 5 niveles (1 peor, 5 mejor) y una de 2 niveles, divididas en 4 bloques: valoración general, ambiente/organización, contenidos, personal docente. Un apartado permitía comentarios libres y sugerencias. Los resultados se evaluaron de dos formas; como proporción de respuestas en cada nivel para cada pregunta individualmente y para preguntas agrupadas por dominio.

**Resultados:** De 30 alumnos, 26 (86,6%) respondieron la encuesta, edad media 22 años (rango 20-27), 16 alumnas y 10 alumnos. Curso: 11 en 6º, 7 en 4º, 8 en 3º. Duración: 2,15 semanas (rango 1-5). Las preguntas del sector cualitativo se agruparon por dominios para el análisis, tal como muestra la tabla 2 con las valoraciones por pregunta. En relación al análisis por dominios, el dominio Satisfacción General mostró un 38,7% de respuestas en nivel 4 y 5, 18,7% en el nivel intermedio y 42,6% en los niveles 1 y 2. En el dominio Ambiente/organización, el 36% de respuestas se encontraban en niveles 4 y 5, 30,7% en nivel 3 y 33,3% en niveles 1 y 2. El dominio Contenidos obtuvo 44% de respuestas en niveles 4 y 5, 15,9% en nivel 3 y 40,1% en niveles 1 y 2. El dominio referido a Personal Docente mostró 48,8% de respuestas en niveles 4 y 5, 33,6% en nivel 3 y 17,6% en niveles 1 y 2. El 53,8% de los alumnos realizó comentarios o sugerencias; los temas más frecuentemente abordados fueron: enfatizar el componente práctico, promoviendo el contacto con el paciente, la participación en las intervenciones y el taller de suturas; mejorar la organización y evitar masificación de los grupos y fomentar la participación activa de alumnos en las sesiones.

**Conclusiones:** Hemos detectado un claro incumplimiento de las expectativas creadas por nuestros alumnos que se traduce en un "suspense" a nuestro sistema. Según nuestro estudio, son varios los aspectos mejorables en la impartición de prácticas y diferentes las estrategias para elevar los niveles de satisfacción, como optimizar la organización, promover el ámbito práctico y fomentar la participación activa de los estudiantes en su propio proceso formativo. Una educación de calidad es la que ofrece al estudiante un adecuado contexto para el aprendizaje, un cuerpo docente preparado, adecuados materiales de estudio y trabajo y estrategias didácticas orientadas.

### P-085. ALTA PRECOZ Y ANTIBIOTERAPIA ENDOVENOSA CON APOYO DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO QUIRÚRGICA. UNA MANERA DE OPTIMIZAR EL GASTO SANITARIO

M.C. Mías Carballal, N. Martín Ruano, A. Massoni Piñeiro, A. Escartín Arias, R. Villalobos Mori, F. Herrerías González, C. Gas Ruiz, M.C. de Lafuente Juárez, M. Rufas Acín y J.J. Osina Kissler

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

**Objetivos:** Los autores presentan su experiencia durante dos años en el uso de antibioterapia endovenosa en pacientes quirúrgicos en su domicilio tras un alta precoz, gracias al apoyo de una Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) en el hospital, y con la colaboración de un cirujano del Servicio de Cirugía General que se responsabiliza de los pacientes quirúrgicos ingresados en dicha Unidad, valorando las diferencias que se han ido produciendo durante este periodo de tiempo.

**Material y métodos:** Se revisan todos los pacientes ingresados en la UHD procedentes de Servicio de Cirugía General de nuestro hospital desde el 1 de enero del 2010 hasta el 31 de diciembre del 2011, cuyo motivo de ingreso hubiera sido administración de antibioterapia endovenosa analizando las siguientes variables: procedencia, tipo de antibiótico usado, motivos del tratamiento, días de administración, otros procedimientos realizados, estancia media global hospitalaria, estancia media en la UHD, y reingresos hospitalarios. Se comparan los resultados obtenidos entre los dos años, observando si se han producido diferencias relevantes que permitan considerar que se ha optimizado el gasto sanitario.

**Resultados:** Durante el año 2010 de los 296 pacientes ingresados en la UHD, 53 (18%) precisaron antibioterapia endovenosa, mientras que en el 2011 de los 315 pacientes que ingresaron en la UHD 104, es decir el 33% lo hizo para antibioterapia endovenosa. Los motivos del tratamiento antibiótico endovenoso se diferenciaron en tres: poscirugía urgente, complicaciones de la cirugía, patología quirúrgica de tratamiento médico. En año 2010 sólo seis de los pacientes habían ingresado para completar el tratamiento antibiótico endovenoso después de una cirugía urgente, mientras que en el 2011 ascendieron a 32 (30,4%). Respecto a la procedencia de los pacientes, en el 2010 sólo un 2% procedían de urgencias o consultas externas de cirugía y el resto de hospitalización, mientras que en el 2011 los ingresos que no procedían de la planta de hospitalización representaron un 23%, lo que se reflejó en la estancia hospitalaria de los pacientes estudiados que en 2010 fue de 8 días y en el 2011 de 3 días.

**Conclusiones:** El uso de la antibioterapia endovenosa en el domicilio en pacientes quirúrgicos está aumentando en nuestro hospital, representando el 33% de los motivos de derivación a Hospitalización a domicilio. Entre las indicaciones que se está incrementando es la de completar el tratamiento antibiótico después de cirugía urgente, representando ya en el 2011 el 30,4% de los pacientes. La administración de antibioterapia endovenosa en el domicilio con apoyo de una UHD permite disminuir el gasto sanitario, ya que favorece la disminución de la estancia hospitalaria y evita ingresos hospitalarios ofreciendo una atención de calidad y de rango hospitalario en el domicilio.

### P-086. SUBOCLUSIÓN INTESTINAL POR ADHERENCIAS: IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO CON CONTRASTE HIDROSOLUBLE ORAL

A. Roig Bataller, B. Tormos Tronqual, R. Saborit, R. Penalba Palmí, T. Pérez Pérez, S. Deusa, M. Garay, V. Viciano y J. Aguiló Lucia

Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva.

**Introducción:** La formación de adherencias o bridas es la principal causa de oclusión intestinal en pacientes con antecedentes de cirugía abdominal previa, precisando con frecuencia una reintervención urgente por ser la oclusión completa y, en ocasiones, con una complicación isquémica intestinal añadida. La administración de contraste hidrosoluble oral, por sus cualidades diagnósticas terapéuticas, puede facilitar en casos seleccionados la decisión de intervención.

**Objetivos:** Valorar la utilidad de la implantación de un protocolo en el manejo de pacientes con sospecha de suboclusión intestinal por adherencias mediante la administración de contraste hidrosoluble oral.

**Material y métodos:** Se desarrolló un protocolo consistente en la administración de contraste hidrosoluble oral (Gastrografin®) en pacientes con antecedentes de cirugía abdominal previa y clínica sugestiva de suboclusión intestinal por adherencias con menos de 48 horas de evolución, sin

signos de sepsis y con radiología sugestiva (dilatación intestino delgado y/o niveles). Se evaluó la resolución radiológica por la progresión de contraste a colon entre las 4-12h siguientes, así como la resolución clínica del episodio suboclusivo. Se presenta una serie prospectiva de 24 pacientes que acudieron a nuestro centro entre marzo de 2011 y enero de 2012. Se analizaron variables relacionadas con el tipo de cirugía previa, la resolución del cuadro clínico-radiológico o la necesidad de cirugía urgente. Se utilizó para el análisis de los datos el programa SPSS versión 19.

**Resultados:** Se incluyen 26 episodios, en un total de 24 pacientes, de edad media de 65 años (29-88), 14 mujeres y 10 hombres. Los antecedentes quirúrgicos más frecuentemente referidos fueron la cirugía sobre el intestino delgado (36%), el apéndice ileo-cecal (36%), y la cirugía ginecológica (31%), siendo la laparotomía media la vía de abordaje más utilizada (81%). Tras la administración del contraste hidrosoluble oral se objetivó la resolución del cuadro suboclusivo en 16 casos (65%). Los restantes 10 casos fueron intervenidos en las primeras 24 horas presentando 9 pacientes una oclusión completa (6 por bridas, una hernia interna, un bezoar y una enteritis actínica). Se realizó lisis de bridas en 6 casos, resección intestinal en 4 casos y otras técnicas en uno de los casos. Hubo un paciente que no presentó oclusión mecánica en la laparotomía (falso positivo). La estancia media hospitalaria de los casos en los que se observó paso de contraste fue de 2,4 días (1-6), objetivando una recurrencia del cuadro suboclusivo en el 19% de los casos. Los casos con cirugía previa de intestino delgado se resolvieron con tratamiento conservador en un mayor porcentaje, requiriendo cirugía solo en un caso. Cuatro de los casos que precisaron intervención quirúrgica, referían cirugía gástrica previa. Finalmente, los 3 pacientes que presentaron recurrencia del cuadro suboclusivo referían antecedentes de cirugía cólica.

**Conclusiones:** La implantación de un protocolo para el manejo de los pacientes con sospecha de suboclusión por adherencias con la administración de contraste hidrosoluble oral, agiliza la toma de decisiones en la urgencia hospitalaria.

### P-087. RESULTADOS PRELIMINARES TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA GERIÁTRICA

J. Fernández-Llamazares, J.M. Balibrea del Castillo, I. Pascual, M.A. Pacha, M. Botey, M. Gómez-Pallarés, S. Altimir, I. Jiménez y J.F. Julián

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

**Introducción:** Las transformaciones en la esperanza de vida generan modificaciones en la composición por edades de la población, ya que progresivamente es mayor el peso demográfico de las personas de edades avanzadas. Si bien el abordaje quirúrgico de los pacientes sanos de edad avanzada y frágil puede ser básicamente el mismo que la atención normal quirúrgica, el objetivo último de este tipo de tratamiento puede ser muy diferente. Numerosos estudios clínicos han demostrado que la morbi-morbilidad postoperatoria está más relacionada con las enfermedades asociadas que únicamente con la edad de los pacientes. Aunque la implementación de unidades funcionales con dedicación al paciente anciano ha mostrado excelentes resultados en otras especialidades quirúrgicas como la Traumatología, su utilidad en Cirugía General todavía no es conocida.

**Material y métodos:** A partir de un registro prospectivo se analizan de manera univariante y comparan los resultados anuales relacionados con parámetros básicos de hospitalización y seguridad del paciente (especialmente la morbilidad y mortalidad durante el ingreso y durante los 30 días siguientes) en todos los pacientes mayores de 80 años ingresados en nuestro servicio antes y después de la creación de la Unidad de Cirugía Geriátrica (UCG; 2010 vs 2011) en la que participan: Geriátrica, Med. Interna, Anestesia, Unidad Atención Usuario, Hospitalización Domiciliaria, Nutrición, Cirugía General y Digestiva. Se establece un nivel de significación  $p < 0,05$ .

**Resultados:** En el 2010 fueron ingresados en Cirugía General 1.691 pacientes. De estos 345 pacientes > 80 años (20%); edad media 84,6 (80-100); estancia media 11,4 días, y una mortalidad de 33 casos (9,5%). En 2011 fueron ingresados 1.457 pacientes. De estos 271 pacientes (18,5%) eran > 80 años con edad media de 84,2 (80-99); estancia media 11,7 días y mortalidad 13 casos (4,8%). Se apreciaron diferencias significativas en la mortalidad global y postoperatoria, así como en la morbilidad global. No hubo diferencias en cuanto a parámetros relacionados con complicaciones médicas o no atribuibles al tratamiento quirúrgico si lo hubo.

**Conclusiones:** Tras la aplicación de los protocolos de la UCG se aprecia una disminución significativa de parámetros relacionados con la seguridad del paciente quirúrgico mayor de 80 años. Nuestra experiencia inicial parece indicar que la creación de unidades funcionales especialmente dedicadas a la atención del paciente anciano puede ser útil de cara a mejorar la atención que estos enfermos reciben.