
GESTIÓN DE CALIDAD

COMUNICACIONES ORALES

7 NOVIEMBRE 2006
10.30 – 12.00

SALA LA MANCHA
O-059 – O-067

O-059

¿SON ÚTILES LAS ESCALAS DE RIESGO QUIRÚRGICO?: VALIDACIÓN Y APLICACIÓN DEL SISTEMA POSSUM EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

Á. Campillo Soto, B. Flores Pastor, P. Del Pozo, J.G. Martín Lorenzo
y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Validar y aplicar la escala ajustada a riesgo que se adapte a las necesidades de nuestra práctica clínica, para permitir auditorías quirúrgicas evitando los problemas derivados del uso de tasas brutas.

Pacientes y métodos: Hemos comparado las principales escalas de riesgo existentes y, tras validar la escala POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity), ha sido aplicada prospectivamente a los pacientes intervenidos por laparotomía programada en nuestro departamento de cirugía general (hospital nivel II) durante un período de 1 año. Han sido incluidos 210 casos. Posteriormente se han comparado, utilizando el test exacto de Fisher, los resultados predichos por la escala con los observados en la realidad.

Resultados: La validación fue satisfactoria, y en su posterior aplicación, obtuvimos: puntuación fisiológica media: 24,5 puntos (rango: 12-42 puntos); y quirúrgica: 12,1 puntos (rango: 6-24 puntos). Fallecieron 5 pacientes y 81 presentaron morbilidad. Comparando los resultados observados con los predichos por el sistema POSSUM; no se hallaron diferencias significativas en el análisis por grupos de riesgo en cuanto a mortalidad ni morbilidad, excepto en el grupo de riesgo < 20%, en el que el POSSUM sobreestimó la mortalidad.

Conclusión: Se recomienda la validación y aplicación de escalas ajustadas a riesgo quirúrgico, con el fin de posibilitar la comparación de resultados entre hospitales y unidades quirúrgicas.

O-060

DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD APLICANDO EL ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE) AL PROCEDIMIENTO COLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR NEOPLASIA

F. Alba Mesa, M. Reig Pérez, J. Díaz Roldan, J.J. Torres Recio,
J.M. Romero Fernández, S. Kaddouri, J.A. Robles de la Rosa
y A. Amaya Cortijo

Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, Bormujos.

Objetivo: El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) es una metodología que se aplica a la producción industrial. Posteriormente se ha apli-

cado a procesos clínicos con la finalidad de detectar aquellos “fallos evitables” y establecer “barreras” para evitarlos, nuestro objetivo ha sido aplicar la metodología AMFE al procedimiento quirúrgico “colectomía laparoscópica por cáncer” con la finalidad de elaborar “barreras” a los llamados “fallos evitables”.

Material y métodos: Se constituyó un grupo de trabajo que estaba formado por: 3 cirujanos, 2 enfermeras, 1 anestésista y un coordinador experto en metodología de seguridad. Se identificaron 15 pasos del procedimiento quirúrgico, a partir de estos pasos se elaboró una matriz de posibles fallos (un total de 24), con la realización de diagramas de Ishikawa se consensuó la matriz de posibles causas para los diferentes modos de fallo; por último se elaboró la matriz de posibles efectos adversos. A cada uno de los efectos adversos se le calculó el Índice de Prioridad de Riesgos (IPR) dado por: Índice de gravedad, Índice de aparición e Índice de detección.

Resultados: Los fallos valorados con un IPR mayor y por tanto considerados como críticos fueron: 1) N° de adenopatías inadecuado IPR de 567. 2) Perforación inadvertida de asa no resecada. IPR de 441. 3) Sección proximal de la pieza a distancia inadecuada. IPR de 245. A nivel de producción industrial los fallos con IPR mayor de 300 se consideran inadmisibles. Las barreras diseñadas fueron: 1) Conversión en caso de imposibilidad técnica de ligadura de arteria principal en su raíz. 2) Contabilizar n° de adenopatías tras extirpación de la pieza quirúrgica en quirófano. 3) Introducción de pinzas siempre bajo visión directa. 4) No utilizar pinzas para separación de asas con cierre fijo. Conversión en caso de superar tiempos estándares de cada paso del proceso. 5) Cuantificación de márgenes tras la extirpación de la pieza.

Conclusiones: No creemos que los resultados obtenidos evidencien nada que desconociéramos, lo que sí es cierto es que esta metodología objetiva de forma clara y precisa aquellos fallos que pudieran evitarse en la implantación de un nuevo procedimiento quirúrgico, ayudando a la estandarización de la técnica y por tanto haciéndola más segura sea quien sea el que la aplique.

O-061

EL ICCQ (INDICE DE CLASIFICACIÓN DE COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA) COMO SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS EN CIRUGÍA. UN SUSTITUTO POTENCIAL DE LOS GRD QUIRÚRGICOS

M. Planells Roig, A. Sanahuja Santafé, R. García Espinosa,
R. Marto Obiol, J. Bueno Lledo y M. Oviedo Bravo

ICAD. Clínica Quirón Valencia, Valencia.

Objetivo: Elaboración, desarrollo e implementación de un sistema de clasificación quirúrgico que permita estimar preoperatoriamente la complejidad técnica en conjunción con la comorbilidad del paciente preexistente a fin de adecuar diferentes variables dentro del proceso quirúrgico.

Ambiente: ICAD Clínica Quirón de Valencia.

Pacientes: Pacientes en lista de espera para cirugía programada por las siguientes patologías todas ellas practicadas rutinariamente de for-

ma ambulatoria incluyendo: hernia inguinal, procedimientos proctológicos (hemorroidectomía, fistula perianal, esfinterotomía lateral interna), hernia ventral y colecistectomía laparoscópica.

Método: Se obtuvieron factores de riesgo quirúrgicos para cada procedimiento, incluyendo medidas antropométricas y factores inherentes a cada proceso junto a una modificación del Índice de Charlson para estimación de la comorbilidad. Se añadió la edad como factor de peso independiente.

Medidas de resultados: Se analizaron los siguientes indicadores: 1) Cambio de programación del paciente. 2) Cambio del equipo quirúrgico. 3) Correlación ICCQ y tiempo quirúrgico. 4) Correlación ICCQ e índice de ambulatorización.

Resultados: El ICCQ obtuvo para cada procedimiento una alta correlación con tiempo quirúrgico así como con el índice de ambulatorización siendo la correlación del 65 y 85 por cien respectivamente. Los diferentes valores de corte utilizados para cada procedimiento permitieron cambiar la composición del equipo quirúrgico a priori y se correlacionaron estos casos con mayor dificultad quirúrgica y tiempos quirúrgicos más prolongados. Los cambios de programación de los pacientes con índices de ICCQ elevados se correlacionaron de igual forma con casos y procedimientos de mayor complejidad así como con una clara dificultad en la ambulatorización de los pacientes.

Conclusiones: El ICCQ se muestra como un buen sistema de clasificación de complejidad técnica y del grado de repercusión sobre la comorbilidad del paciente (grado de descompensación), permitiendo una gestión de riesgos eficaz sobre los principales GRDs quirúrgicos. Es así mismo de gran utilidad como valor de corte a la hora de estimar la probabilidad de ambulatorización y permite una programación quirúrgica más adecuada, tanto en cantidad, como en el tipo de cirujanos participantes en el procedimiento.

O-062

INICIATIVA PARA LA MEJORA CONTINUADA DE LA CALIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE RECTO EN UN HOSPITAL DE VOLUMEN MEDIO

D. Huerga Álvarez, A. Ruiz Casado, A. Serantes Gómez, P. Artuñedo Pe, V.M. Castellano Mejías, T. Martín Fernández-Gallardo, M.P. Hernández Juara, E. Tobaruela de Blas, J. Álvarez Sánchez, A. Antequera Pérez y F. Pereira Pérez
Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

Introducción: El tratamiento del cáncer de recto (CR) requiere un abordaje multidisciplinar. Los hospitales de volumen medio que carezcan de servicios de radioterapia podrían tener dificultades para conseguir dar una atención global de calidad a estos pacientes (p). La identificación de procesos asistenciales e indicadores de calidad puede mejorar los resultados. Desde el inicio de la actividad asistencial en junio de 04 se ha constituido un comité multidisciplinario (Oncología, Anatomía Patológica, Radiodiagnóstico, Gastroenterología y Cirugía Digestiva) para la toma de decisiones y el seguimiento de los pacientes, conforme a protocolos, que se reúne 1 día por semana. Se han definido y medido indicadores de calidad de acuerdo con la literatura médica.

Objetivos: 1. Valorar la calidad del tratamiento del CR en un hospital de 400 camas. 2. Valorar la cumplimentación de datos en la historia clínica informática. 3. Evitar retrasos inaceptables entre el diagnóstico (Dx) y el tratamiento neoadyuvante (NTx). 4. Identificar acciones de mejora.

Resultados: Se han diagnosticado y tratado 30 CR en los 18 primeros meses de actividad. De ellas, han sido operados 28, de las que 24 lo han sido con intención inicial curativa. Se hace referencia al número de datos con la información cumplimentada con la letra C. Volumen/año: 18,6. Casos por cirujano/año: media 1,33. Intervalo Dx-NTx: 4,5 semanas. Estadiaje anatomopatológico: C = 100%; por estadio: 0: 2, I: 8; II: 5, III: 8, IV: 5. Grado histológico: C = 100% R0 (de cx. con intención curativa): C = 100%; R0: 25, R1: 1, R2: 2. Margen radial: C = 60%, 1 afecto. Margen lateral: C = 100%; todos libres. Resección mesorectal: C = 70%; 14 completos, 4 casi completos y 1 incompleto. Ganglios aislados: C = 100%; media 15,1 mínimo 5, máximo 37. Cirugía conservadora de esfínteres: 18/28 = 64%. Tratamiento adyuvante (de cualquier tipo): 18 p. Neoadyuvancia (QT-RT preoperatoria): 12 p. Intervalo entre NTx y cirugía: media 44,3 días, máx 34, min 75. Incluidos en ensayos clínicos: 0. > de 70 años que han recibido NTx: 0. Mortalidad postoperatoria antes

de los 30 días: 0. Recurrencias locales: 2/28 = 8,3%. Libres de enfermedad: 19/24 resecciones = 79%. Supervivencia global actual 23/28 = 82%. Estos 3 últimos indicadores no pueden ser evaluados dado actualmente el tiempo máximo de seguimiento es de 23.

Conclusiones: 1) Las cifras obtenidas para los diferentes procesos se ajustan a lo publicado. 2) La cumplimentación de la historia clínica permite evaluar los procesos. 3) Los tiempos de demora son aceptables. 4) La atención a ancianos y la participación en ensayos clínicos son áreas de mejora. Es pronto para evaluar el impacto sobre los resultados finales.

O-063

EVALUACIÓN Y MONITORIZACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DE LA TIROIDECTOMÍA

V. Soria Aledo¹, B. Flores Pastor¹, M.F. Candel Arenas¹, J. Miguel Perelló¹, A. Campillo Soto¹, M.P. Fernández Marín¹, A. Carrillo Jara¹, B. Andrés García¹, P. Del Pozo¹, M. Carrasco Prats² y J.L. Aguayo Albasini¹

¹Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia. ²Hospital General Santa María del Rosell, Cartagena.

Introducción: Las vías clínicas son herramientas que facilitan la atención sistemática y multidisciplinar del paciente. Son especialmente útiles en procesos frecuentes con una elevada variabilidad en su asistencia y con un curso clínico predecible. El objetivo de este trabajo es presentar la evaluación de la vía clínica de la tiroidectomía tras un año de implantación y la monitorización durante los tres años siguientes.

Pacientes y método: Entre Enero de 2002 y Diciembre de 2005 se han intervenido 295 pacientes por patología tiroidea (211 tiroidectomías totales y 84 hemitiroidectomías). Hemos comparado los resultados del primer año de implantación (65 tiroidectomías totales y 23 hemitiroidectomías) con una serie consecutiva de 73 pacientes operados previamente a la elaboración de la vía clínica y se han monitorizado la estancia y los costes durante los años 2003 a 2005. La vía contempla una estancia postoperatoria en la hemitiroidectomía de 1 día y para la tiroidectomía total de 2 días. Se establecen como indicadores, la estancia hospitalaria, los efectos adversos, los resultados de la encuesta de satisfacción a los pacientes y como indicador de eficiencia el coste medio por proceso.

Resultados: Los pacientes con hemitiroidectomía tuvieron una estancia media de 3,64 días antes de la implantación de la vía clínica y de 2,68 días tras la implantación de la vía. Los pacientes con tiroidectomía total tuvieron una estancia media de 5,76 días antes de la vía clínica y de 3,94 días tras la misma, con diferencias estadísticamente significativas en ambos procesos. En los años 2003, 2004 y 2005 la estancia media de los pacientes con hemitiroidectomía fue de 3, 2,55 y 3,13 días respectivamente y de la tiroidectomía total fue de 4,08, 4,10 y 4,20 días. No hubo diferencias en cuanto a efectos adversos antes o después de la implantación de la vía clínica. El coste medio de la tiroidectomía parcial antes de la vía clínica fue de 2020 euros y después de la vía clínica de 1.736 euros. El coste medio de la tiroidectomía total antes de la vía clínica fue de 2.537 euros y después de la vía clínica de 2.178 euros.

Conclusiones: La implantación de la vía clínica de la tiroidectomía ha conseguido disminuir la variabilidad clínica y con ello acortar la estancia hospitalaria, resultados que se han mantenido en los años siguientes a su implantación.

O-064

EPIDEMIOLOGÍA DEL ERROR EN CIRUGÍA. ESTUDIO PROSPECTIVO LONGITUDINAL

P. Rebasá¹, H. Vallverdú², L. Mora¹, A. Luna¹, S. Montmany¹ y S. Navarro¹

¹Corporació Sanitària Parc Tauli, Sabadell. ²Hospital Sant Boi, Sant Boi de Llobregat.

Introducción: Hace más de 15 años desde la publicación del estudio clásico de Brennan sobre los efectos adversos en Medicina. Aunque se ha avanzado bastante en la definición y detección de los efectos adversos en medicina, las especialidades quirúrgicas, siendo por sus caracte-

terísticas las que más los suelen presentar, todavía no han publicado trabajos sobre los efectos adversos en el trabajo diario. Trabajar sobre los errores aún es un tema delicado y que se trata con extrema cautela, o no se trata.

Hipótesis: Los errores durante el manejo hospitalario de los pacientes son mucho más frecuentes de lo que pensamos.

Objetivos: Establecer la prevalencia de errores en el manejo hospitalario de un paciente que ingresa en el Servicio de Cirugía de un Hospital docente con 600 camas. Definir las secuelas de dichos errores en el momento del alta. Sentar las bases para las estrategias de minimización de errores y aumentar la seguridad del paciente.

Material y métodos: Recogida prospectiva longitudinal de todos los pacientes que ingresan en el Servicio de Cirugía a lo largo de un período de 15 meses. Se introducen en una base de datos con formato de entrada protegido y siguiendo criterios de protección de datos personales. Se revisan todos los efectos adversos detectados y se evalúan mediante revisión por pares recogiendo las secuelas al alta, y la presencia de error en el manejo hospitalario. Se consideran efectos adversos los que en la evaluación conjunta de dos revisores se puntúan por encima de 3 puntos (de 6 posibles; 0 = no efecto adverso). Se consideran error si uno de los dos revisores puntúa 1 de una escala de 0 a 3 (0 = ausencia de error). Discrepancias mayores de 1 punto se solucionaban por consenso o por la consulta a tercer revisor.

Resultados: Entre enero de 2005 y abril de 2006 se han ingresado 2.397 pacientes en cirugía general. Se han descartado los pacientes de cirugía ambulatoria mayor y menor y los visitados en urgencias que no precisaron ingreso. Se detectaron 1.287 efectos adversos en estos pacientes. Se consideraron efectos adversos debidos a error 217 de éstos (0,9% de los ingresos; 16,9% de los efectos adversos). Las alteraciones hidroelectrolíticas (14 casos), el defecto durante el procedimiento quirúrgico (13 casos) el edema agudo de pulmón por sobrecarga líquida (11 casos) y el neumotórax (11 casos) son los 4 errores más frecuentes. Las secuelas son mínimas en la mayoría de los pacientes, aunque se ha detectado secuelas muy graves.

Conclusión: Se trata del primer intento prospectivo en Europa de determinar la prevalencia del error en Cirugía. Un 0,9% de nuestros pacientes sufrirán un error durante su ingreso hospitalario. La mortalidad atribuible al error en el manejo del paciente es prevalente.

O-065

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL SISTEMA "POSSUM" Y OTROS INDICADORES PRONÓSTICOS EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD POSTOPERATORIA EN MAYORES DE 80 AÑOS

S. González Martínez, S. Mompert García, M. Ruiz Gómez, J. Lluís Moll, M.A. Morales García, I. Martí Sauri, N. Olona, N. Borrell, V. Vega Ocaña y J.M. Pueyo Zurdo

Hospital Dos de Maig, Barcelona.

Introducción: La edad avanzada, asociada a fragilidad física y/o alteración del estatus mental y malnutrición, aumentan el riesgo quirúrgico. La determinación preoperatoria de marcadores pronósticos pueden ayudar en la predicción de morbimortalidad tras cirugía en ancianos.

Objetivos: 1) Determinar si los valores preop. de IL-6, PCR, Proteínas Totales (PT), Albúmina (AL), Prealbúmina (PAL), Transferrina (TF), Índice SF-12, Test "Mini Nutritional Assessment" (MNA), Test Mental de Pfeifer (SPMSP), Test de Comorbilidad de Charlson y POSSUM son indicadores pronósticos de mortalidad postop. en mayores de 80 años sometidos a cirugía general. 2) Comparar la capacidad de predicción de mortalidad de los diferentes índices.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 142 pacientes mayores de 80 años sometidos a cirugía general. Edad media de 83 años con 72 (51%) varones. Se practicó cirugía electiva en 115 (81%) y urgente en 27 (19%). Se obtuvieron preop. muestras sanguíneas de IL-6, PCR, PT, AL, PAL y TF. Se recopilaron preop. los valores del Índice SF-12 (puntuación física y mental), Test MNA, SPMSP, POSSUM (puntuación fisiológica y quirúrgica) e Índice de Comorbilidad de Charlson. Se recogió la incidencia de mortalidad postquirúrgica. Se obtuvo el valor con capacidad predictiva óptima (sensibilidad y especificidad) para las variables que mostraron diferencias con significación estadística con respecto a la mortalidad.

Resultados: La mortalidad postoperatoria fue del 9/142 (6,3%), 7/115

(6%) tras cirugía programada y 2/27 (7,4%) tras cirugía urgente. Variables con significación estadística ($p < 0,05$) con respecto a la mortalidad:

Variable	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
IL-6 (pg/ml)	39	43%	81%
PCR (mg/l)	48	63%	75%
PT (gr/l)	54	63%	91%
AL (gr/l)	36	88%	73%
PAL (gr/l)	14	85%	75%
SF-12 Físico	35	72%	76%
Charlson	5	44%	90%
POSSUM FISIOL	32	45%	90%
POSSUM QUIR	14	89%	82%

Conclusiones: 1) Los valores preoperatorios de IL-6, PCR y la existencia de comorbilidades asociadas, pueden predecir de la evolución quirúrgica en ancianos sometidos a cirugía general. 2) El estado nutricional previo en los mayores de 80 años sometidos a cirugía es de vital importancia para su correcta evolución. 3) El POSSUM (valor quirúrgico) es, de los comparados, el mejor índice de predicción de mortalidad quirúrgica en mayores de 80 años.

O-066

VARIABILIDAD EN LAS UNIDADES DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID. ANÁLISIS DE UNA ENCUESTA

C. Sánchez-Cabezudo, M.T. Alonso García, M.J. Castillo Fe, O. Bonachía Naranjo y J.L. Porrero Carro

Hospital Santa Cristina, Madrid.

Objetivo: Documentar la variabilidad que existe en la práctica médica en las diferentes unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

Material y métodos: Se envió una encuesta a las diferentes unidades de CMA de los hospitales de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. La encuesta planteaba una serie de preguntas sobre aspectos relacionados con la organización y la práctica clínica. Respondieron un total de 14 hospitales.

Resultados: El 57,1% de los hospitales tiene la unidad integrada en el resto del servicio y el 42,9%, no. El coordinador de la unidad era en un 64,3% un anestésista, en un 21,4% un cirujano y un 14,3% no existía. En cuanto al número de quirófanos, varía entre 0-13 con una media de 2,7. El tiempo que funciona la Unidad era de 5 días a la semana en el 71,4%, 6 días en el 7,1% y no lo saben en el 21,5%. Y las horas que permanece abierta eran: de 8:00-21:00h el 28,6%, de 7:30-22:00 el 28,6%, de 8:00-20:00 el 14,3%, de 8:00-15:00 el 7,1%, de 8:00-17:00 el 7,1%, de 8:00-18:00 el 7,1% y no lo saben, el 7,1%. En cuanto a las especialidades quirúrgicas que usaban la CMA eran: Cirugía General el 100%, Traumatología el 98,25%, Oftalmología el 78,6%, ORL el 78,6%, Ginecología el 51,1%, C. Vascolar el 50%, C. Plástica el 35,7%, Urología el 21,4%, C. Maxilofacial el 7,1%, C. Pediátrica el 7,1% y otras el 28,6%. En el 42,9% de los encuestados, todos los cirujanos del Servicio, colaboraban en la CMA y en un 57,1% no. El tipo de pacientes que eran admitidos para operar como cirugía sin ingreso eran hasta ASA III en el 64,3%, ASA I y II en el 21,4% y hasta ASA IV en el 14,3%. Existe así también, una variabilidad marcada en cuanto al tipo de procedimientos que se realizan en régimen de CMA y el tipo de anestesia utilizada para cada procedimiento. Los criterios de alta se seguían según la escala de Aldrete en el 71,4% de las unidades, la de Chung en el 7,1%, y en el 21,4% no se seguía ninguna escala. Se observa también variabilidad en cuanto a quién es el responsable del alta, seguimiento postoperatorio e indicadores de calidad.

Conclusiones: La encuesta pone de manifiesta las gran variabilidad que existe entre las diferentes unidades de CMA en nuestra Comunidad Autónoma. En el 71% de las unidades no todos los procesos subsidiarios de CMA se realizan como tal. En el 57% de las unidades no todos los cirujanos del Servicio colaboran. El 28% no tiene indicadores de calidad y el no conoce el porcentaje de reingresos.

O-067

ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

M. Serradilla Martín, K. Muffak Granero, L. Álvarez Morán, I. Belda González, A. Fernández Sierra, J.M. Villar del Moral y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: Existe un creciente interés en el ámbito sanitario en relación a la seguridad del paciente y los efectos adversos (EA) de la asistencia sanitaria, definidos como toda lesión o complicación acaecida en el paciente y causada por ésta. Para su análisis se han desarrollado diferentes instrumentos. El estudio IDEA (Identificación de Efectos Adversos), ha analizado su incidencia e impacto en varios hospitales españoles, aplicando un cuestionario modular, validado en estudios previos. Presentamos los resultados obtenidos en nuestro servicio, participante en dicho estudio, con esta metodología.

Material y métodos: Se han analizado las historias de los pacientes hospitalizados en un Servicio de Cirugía General y Digestiva de un Hospital Regional en el período comprendido entre Marzo de 2004 y Febrero de 2005. Se han excluido los enfermos con estancia menor de 24 horas, y todos los tratados en una Unidad de CMA satélite del centro. Hemos analizado la incidencia de EA, las características del paciente y las de la asistencia que se asocian al EA, y el impacto de éstos, distinguiendo los evitables de los que no lo son. Para el estudio estadístico, se ha utilizado el paquete SPSS versión 12.0, analizando las variables cuantitativas mediante el test de Kruskal-Wallis. Para las variables cualitativas se ha aplicado el test de χ^2 .

Resultados: Se han incluido 2.103 pacientes, con una edad media de 54,3 años, perteneciendo un 55% al sexo masculino. En el 91,4% de los casos se consideró que la información aportada por la historia clínica era adecuada. En un 13% de los ingresos, se detectó al menos un EA. Su incidencia se vio favorecida en pacientes con factores de riesgo intrínsecos (20% vs 8,7%, $p < 0,001$) y extrínsecos (27,9% vs. 4,6%, $p < 0,001$), respecto a los que no los presentaron. En el 76% de los casos el EA se consideró evitable. El 82% de los EA estuvo relacionado con un procedimiento invasivo (quirúrgico, percutáneo, endoscópico o diferentes maniobras de cateterización o sondaje). Un 43% de los pacientes que desarrollaron EA sufrieron una incapacidad grave, y un 8% fueron éxitus (los EA causaron o estuvieron relacionados con 7 de cada 10 éxitus). La estancia media ascendió a 6,1 días: 4,3 en los que no desarrollaron EA y 17,1 en los que sí ($p < 0,001$). En un 9,6% de episodios, el EA no aumentó la estancia, en un 70,5% sí, y en un 20% causó un reingreso. Los EA causaron un total de 2.942 estancias hospitalarias (un 23,8% del global), y 319 estancias en UCI (1,13 días por paciente).

Conclusiones: La información aportada por la historia clínica ha sido en general adecuada para la evaluación de los EA. Éstos han sido más frecuentes en pacientes con factores de riesgo. Tres de cada cuatro lesiones o complicaciones sufridas han sido EA, y tres de cada cuatro EA fueron evitables. Cinco de cada seis EA han estado relacionados con un procedimiento. En la mitad de los casos generaron una grave incapacidad (transitoria o permanente) o la muerte. Su incidencia prolongó significativamente la estancia hospitalaria.

7 NOVIEMBRE 2006

12.00 – 13.30

SALA LA MANCHA

O-068 – O-076

O-068

VENTAJAS DEL PASE DE VISITA SISTEMÁTICO LOS FINES DE SEMANA

A. Campillo Soto, V. Soria Aledo, B. Flores Pastor, P. Del Pozo, E. Pellicer Franco, J.G. Martín Lorenzo, A. Moreno Egea y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Uno de los fines de la gestión clínica es la reducción de las estancias inadecuadas, con el fin de reducir los costes hospitalarios e incrementar la calidad percibida por el usuario. El Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) es uno de los sistemas más conocidos y utiliza-

dos para este fin. El objetivo de este trabajo es presentar un estudio, basado en el AEP, que muestre la importancia de realizar el pase de visita diario, en nuestro servicio de cirugía general, comparado con el resto de servicios del hospital.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo, transversal y comparativo, revisando la adecuación, o no, de estancia de 127 pacientes ingresados en nuestro servicio, frente a 90 pacientes seleccionados, por muestreo aleatorio simple en el resto del hospital. Hemos aplicado el AEP, además de recoger otros datos de interés hallados durante el pase de visita. Empleamos la prueba de aproximación de la normal, y la prueba exacta de Fisher para el estudio estadístico. Por último, se analizan los costes económicos.

Resultados: De los 127 pacientes ingresados en nuestro servicio, 4,7% estaban ingresados inadecuadamente, frente al 41,1% en el otro grupo. En estos días, se dieron un 15% del total de altas del mes, detectamos un 7,1% de problemas clínicos. Se ahorró al hospital 4.946,4 euros, en estancias en nuestro servicio.

Conclusión: Medidas sencillas, reduce significativamente los costes de hospitalización, y aumenta la calidad percibida por el paciente, contribuyendo a reducir estancias hospitalarias, y controlar mejor al paciente.

O-069

ESTUDIO DEL DOLOR POSTOPERATORIO PRECOZ EN NIÑOS INTERVENIDOS AMBULATORIAMENTE DE HERNIA

C. Martínez Almoyna Rullán, P. Mosteiro Díaz, R. Baldonado Cernuda, V. Álvarez Muñoz y P. Suárez García

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Conocer la incidencia de dolor postoperatorio inmediato y su control durante la hospitalización ambulatoria en niños intervenidos de hernia mediante cirugía ambulatoria y relacionar la presencia de dicho dolor con variables epidemiológicas, quirúrgicas y anestésicas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 148 pacientes pediátricos intervenidos electivamente de hernia de la pared abdominal con ingreso en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, desde enero del 2001 hasta diciembre de 2002. Los datos fueron obtenidos a partir de una hoja de recogida de datos de dicha unidad, previamente consensuada y protocolizada (edad, sexo, tipo de hernia, duración de la intervención, tipo de analgesia intraoperatoria, analgesia postoperatoria y tipo de pauta analgésica, presencia de dolor durante la hospitalización). Las variables fueron estudiadas informáticamente (SPSS 8.0).

Resultados: 97 (65,5%) eran niños y 51 (34,5%) eran niñas. La edad media global fue de 4,47 años (rango: 0,11-14 años). La localización herniaria más frecuente fue inguino-crural derecha en 87 casos (58,8%). El tiempo medio de duración de la intervención fue de 19,31 minutos (rango: 5-105 minutos) y la analgesia intraoperatoria más utilizada fue la caudal en 69 (46,6%) niños. La analgesia postoperatoria más utilizada fue paracetamol por vía rectal en 79 (53,3%) casos. La presencia de dolor postoperatorio a lo largo de los primeros 120 minutos se presenta en la tabla I. Al comparar las distintas variables respecto a la presencia/ausencia de dolor se encontró relación estadísticamente significativa en la variable sexo ($p < 0,05$), con una mayor incidencia de dolor en niñas respecto a los niños y en la variable analgesia intraoperatoria ($p < 0,02$), con una mayor efectividad para el control del dolor de la analgesia caudal (10,1% de dolor) y un pobre control del dolor (50%) cuando no consta ningún analgésico.

Conclusiones: La incidencia de dolor postoperatorio global fue elevada (20,9%), con más dolor durante las primeras 30 minutos y un buen control analgésico a las dos horas. El sexo y el tipo de analgesia intraoperatoria se relacionan con el dolor postoperatorio. Se concluye con la recomendación de una analgesia intraoperatoria suficiente, preferentemente la caudal, con apoyo ulterior (rectal o intravenosa).

Tabla I

Presencia de dolor	No	(%)	Si	(%)
De forma Global	117	-79,10%	31	-20,90%
A lo llegada a la Unidad	129	-87,20%	19	-12,80%
A los 10 minutos	132	-89,20%	16	-10,80%
A los 30 minutos	139	-93,90%	9	-6,10%
A los 60 minutos	144	-97,30%	4	-2,70%
A los 120 minutos	148	-100%	0	0%

O-070

EL OR-LOGBOOK. REGISTRO DE LA ACTIVIDAD DE UN QUIRÓFANO

E. Laporte¹, J. Vilà Burgos², B. Sales López², J. Pérez Castaneda¹ y J. Planell Piqueras¹

¹Hospital de Sabadell, Sabadell. ²Fundació Parc Taulí, Sabadell.

Se estima que cada año ocurren unos 850.000 incidentes adversos y errores según el Servicio Nacional de Salud (NHS) Británico, que afecta a uno de cada 10 pacientes y cuesta al NHS más de 2.500 millones de euros sólo por estancias adicionales en el hospital. El registro de los aspectos puntuales de una intervención quirúrgica, un parto o cualquier otro procedimiento terapéutico invasivo tendría, pues, el objeto de mejorar los estándares de seguridad en el entorno sanitario, tanto para los usuarios como para los profesionales.

The OR-logbook is programa informático específico para el registro de la actividad de quirófono. El producto final es un visualizador en pantalla que permite interpretar fácilmente los datos de monitorización del paciente y de la actividad de los aparatos del quirófono, como en un *Cuaderno de Bitácora* de un barco. El manejo es rápido e intuitivo, y los datos se relacionan en el tiempo con las imágenes de la operación y del entorno del paciente en el quirófono.

Desde un punto de vista tecnológico, el programa es un aplicativo de la plataforma tecnológica Monsurin. A grandes rasgos el sistema se compone de tres subsistemas básicos: 1) *Captura de datos*: constantes vitales de dispositivos de monitorización, estado de funcionamiento de aparatos de laparoscopia, video multicanal y audio multicanal. 2) *Proceso de datos*: UMDD (Universal Monitoring Device Driver), compresión video (H.264) y audio en tiempo real, integración video, audio, señales monitorización, metadatos y otros parámetros relacionados con la intervención en un visualizador, de modo sincronizado, integración con los sistemas de información del hospital via HL7, acceso seguro. 3) *Almacenamiento y transmisión de datos*: arquitectura cliente-servidor con un cliente en cada quirófono. El servidor está interconectado mediante HL7 i DICOM 3 a los sistemas de información del hospital.

En definitiva, las aportaciones científicas de esta plataforma se centran en el procesado de señales e imágenes, integración sensorial, e interpretación de la información, así como en la disponibilidad de un sistema de registro unificado, integral.

O-071

DISEÑO DE UN REGISTRO INFORMATIZADO DE COMPLICACIONES COMO ACCIÓN DE MEJORA EN EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA ISO 9000/2001

R. Cabezali Sánchez, M.T. Jiménez Buñuales, J. Ube Pérez, V. Hernando García, J. Sánchez Beorlegui, P. Soriano Gil-Albarellos, E. Monsalve Laguna, N. Moreno De Marcos y C. Emparan García de Salazar

Fundación Hospital Calahorra, Logroño.

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos al año de la implantación del proceso para la gestión de la calidad en una planta de hospitalización quirúrgica polivalente ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer un registro obligatorio de las complicaciones, dentro de la historia clínica informatizada para poder tener datos más ajustados a la realidad y poder valorar adecuadamente la asistencia y la seguridad del paciente.

Material y métodos: Hospital de ámbito comarcal de 85 camas con planta de hospitalización quirúrgica polivalente de 39 camas y alto

grado de actividad ambulatoria global (70%). Se presentan los resultados del indicador que refleja las complicaciones médicas/no conformidades (tasa global de complicaciones) así como los diferentes grados de complicación que hemos establecido: grado 1 (complicaciones menores que retrasan el alta de forma moderada), grado 2 (infecciones de herida), grado 3 (complicaciones mayores sin reintervención), grado 4 (complicaciones mayores con reintervención o reingreso en UCI) y grado 5 (éxitus). Éstos últimos tienen un análisis aparte en el indicador de mortalidad. Además, se distingue entre aquellas producidas durante el ingreso, tras el alta o son motivo de ingreso desde CMA. Así mismo se dentro de cada grado se subclasifican por tipo de complicación (p. ej., seroma, hematoma, etc.). No se incluyen las pacientes obstétricas.

Resultados: Durante el año 2005 han sido ingresados en la planta de hospitalización quirúrgica un total de 1.671 pacientes, de los cuales 793 (47,4%) pertenecen a cirugía general. El total de pacientes intervenidos es de 1.566, por lo que solo el 6,28% del total no fueron intervenidos quirúrgicamente. Tasa global de complicaciones del 7,77% (correspondientes a 130 registros), quedando distribuidas de la siguiente manera: grado 1 con 63 registros (48,46%), grado 2 con 21 registros (16,15%), grado 3 con 36 registros (27,69%), y grado 4 con 10 registros (7,69%). Del total de complicaciones registradas, 107 (82,3%) se produjeron durante el ingreso, 37 (28,46%) fueron detectadas tras el alta (consultas externas o urgencias) y solo 4 (3,07%) fueron motivo de ingreso desde la CMA. Como acción de mejora se presenta el registro de complicaciones de obligado cumplimiento, consensuado con el equipo del proceso, con el gestor del proceso de hospitalización médica y validado por la Comisión de Calidad.

Conclusiones: La implantación de un registro obligatorio de complicaciones, tanto en pacientes quirúrgicos como de especialidades médicas, permitirá disponer de datos más fidedignos de este indicador y su posterior análisis cuantitativo y cualitativo. Todo ello redundará en la seguridad del paciente, en una mejor gestión de los parámetros asistenciales del proceso (indicadores de proceso) y en los parámetros de gestión (facturación en función de los GRD's con o sin complicaciones).

O-072

LA DISMINUCIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL TRAS LA CREACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

E. Monsalve Laguna, J. Sánchez Beorlegui, N. Moreno de Marcos, R. Cabezali Sánchez, P. Soriano Gil-Albarellos, M. Vallejo García y S. Mazo Casaus

Hospital Fundación de Calahorra, Logroño.

Objetivos: Valorar la influencia del Servicio de Atención Domiciliaria en la disminución de estancias hospitalarias de la Unidad de Cirugía General del Hospital Fundación de Calahorra al año de su creación.

Material y métodos: Se han incluido en el estudio todos los pacientes derivados desde la unidad de hospitalización del servicio de Cirugía General; se han estratificado según la patología de base que motiva el traslado, encuadrándolos en: postoperatorios, complicaciones postoperatorias, pie diabético y miscelánea. Número de días ingresado y edad del paciente. Por otra parte el servicio de atención domiciliaria ha asumido la preparación preoperatorio de la cirugía coló rectal, gástrica y tiroidea.

Resultados: En el período comprendido entre febrero del 2005 a febrero del 2006 han sido trasladados 74 pacientes desde nuestro servicio a la unidad de Atención Domiciliaria. La estancia media fue de 10,14 días (1-28). La edad media de los pacientes es de 63,06 (4-93). La suma total de los días de ingreso ahorrados fue de 751. Así mismo 35 pacientes han realizado la preparación preoperatoria en su domicilio no precisando ingresar hasta el día de la intervención.

Conclusiones: La creación de la Unidad de Atención Domiciliaria, nos ha permitido obtener una disminución importante de las estancias intrahospitalarias en pacientes que se han beneficiado de un tratamiento en su domicilio. Por otra parte la preparación preoperatoria de la patología colorrectal, gástrica y tiroidea en esta unidad

nos ha otorgado unos niveles óptimos en el cumplimiento de los mismos.

O-073

PRESCRIPCIÓN MÉDICA. IMPLICACIONES EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

H. Vallverdú Cartié², C. García², A. Capella², P. Rebasá¹, J.L. López-Negre², P. Gris², X. Lorente² y J. Urgelles²

1 Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell. *2* Hospital de Sant Boi, Sant Boi.

Introducción: La prescripción de fármacos es un acto médico que realizamos a diario, a veces de manera automática y que tiene gran repercusión en la evolución del paciente. Los errores en la medicación y efectos adversos relacionados con la medicación son uno de los principales problemas de la seguridad del paciente. Estudios demuestran que el 56% de los errores de medicación se producen durante la prescripción médica. El error más común de prescripción es la dosis de manera incompleta y la inadecuada identificación del paciente. ¿Somos conscientes de ello?

Objetivos: Evaluar parámetros de seguridad de la prescripción médica de un servicio de cirugía de un hospital comarcal. Desarrollar planes de mejora adecuados a los resultados.

Materiales y métodos: En un hospital comarcal se realiza un estudio transversal analítico de 1 semana de duración. Se evalúa la calidad de la prescripción médica en 4 parámetros: datos generales, identificación del paciente, identificación del médico, prescripción médica. Se analiza la copia que llega al servicio de farmacia de 48 órdenes médicas pautadas en doble hoja con sistema autocopiado.

Resultados: en los Datos generales, consta la fecha de prescripción en el 85% de los casos, la hora sólo consta en el 8,3%. El diagnóstico en el 50%. La identificación del paciente correcta (nombre y número de historia clínica) sólo en el 79,2% de los casos. Firmamos el 91,7% de las órdenes médicas, pero la identificación del médico sólo es correcta (nombre y número de colegiado) en el 25% de los casos. En la prescripción médica la vía de administración consta de manera correcta en el 70,8% y la posología es adecuada en el 54,2%.

Conclusiones: Hay que mejorar todos los parámetros de prescripción médica. Se propone: 1) Implicación del profesional en la cultura de la seguridad del paciente. 2) La informatización de la prescripción médica es mandatoria para disminuir los errores. 3) El uso de sistemas de actualización de guías terapéuticas electrónicas es recomendable. 4) Se propone la creación de una guía de prescripción segura de medicamentos.

O-074

VALORACIÓN DE PACIENTES OBESOS OPERADOS EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

T. Galeote Quecedo, E. Rojo Conejo, E. Ferrero Celemin, A. Guerrero Vaquero y R. Fernández Sánchez

Hospital Carlos III, Madrid.

Objetivos: El uso de la Cirugía Mayor Ambulatoria para determinadas patologías se ha incrementado en los últimos años. Los criterios de exclusión de pacientes candidatos a este tipo de cirugía se basan en factores sociales, médicos y quirúrgicos. Generalmente, los pacientes con BMI (índice de masa corporal) mayor de 35 son excluidos por el riesgo de morbilidad asociada que presentan. En este estudio presentamos una revisión de 88 pacientes con obesidad grave operados en nuestro servicio.

Materiales y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de todos los pacientes tratados en nuestra Unidad desde enero de 2005 hasta marzo de 2006. De los 1.778 pacientes revisados, 88 pacientes presentaban un BMI > 35 (4,95%). Se analizaron parámetros como enfermedades asociadas, tipo de patología, tipo de anestesia aplicada, complicaciones intraoperatorias, inmediatas y precoces, basándonos en los datos descritos en las historias clínicas de todos los pacientes con BMI > 35, y comparando los resultados con los datos obtenidos tras analizar las historias clínicas de una muestra aleatoria de 218 pacientes con BMI < 35. Se aplicó un estudio estadístico usando el

SPSS versión 12.0.

Resultados: Nuestro estudio demuestra diferencias significativas en la aparición de seroma y de complicaciones postoperatorias (dificultad de intubación) entre los pacientes con BMI > 35 y los pacientes con BMI < 35. En relación al tipo de anestesia utilizada, ingresos no programados, dolor e infección postoperatorias no existen diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión: El índice de masa corporal asocia mayor riesgo para ciertas complicaciones, pero no constituye por sí solo un criterio para excluir a estos pacientes del programa de Cirugía Mayor Ambulatoria.

O-075

IMPACTO DE UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

J. Pérez Martí, J. Torne Cachot, J. Encinas Mendez, P. Puig de Loshuertos, J.M. Baucells Azcona y J. Verge Schulte

Fundació Hospital Sant Camil, Sant Pere de Ribes.

Objetivo: Las unidades de diagnóstico rápido (UDR) constituyen en la actualidad una alternativa a la hospitalización y un nuevo método para el diagnóstico rápido de enfermedades potencialmente graves. En el presente trabajo se evalúa la eficacia y el impacto de dicha unidad en un servicio de cirugía general.

Materiales y métodos: La UDR de nuestro Centro, puesta en marcha en diciembre de 2005, es una unidad funcional ambulatoria, coordina con los distintos servicios asistenciales y servicios centrales. Mediante un protocolo previamente diseñado recibe pacientes desde atención primaria, urgencias y consultas externas del hospital. Una vez diagnosticado el paciente se gestiona desde la UDR su derivación para tratamiento y/o seguimiento.

Resultados: Desde el mes de diciembre de 2005 hasta abril de 2006 se registraron en la UDR 127 pacientes. De éstos, 39 pacientes (30,7%) presentaron patologías tributarias de evaluación por el Servicio de Cirugía. La adecuación de la solicitud de visita fue del 94,8%. El 56,4% fueron hombres. La edad media fue de 63,35 años (24-86). La demora para la primera visita fue de 2,69 días y el intervalo diagnóstico de 5,9 días. Se diagnosticaron neoplasias en 15 pacientes (38,4%). Los procesos más frecuentes fueron: neoplasias colorrectales en 10 casos (25,6%), hemorragia digestiva baja de causa benigna en 5 casos (12,8%), enfermedad diverticular y enfermedades intestinales inflamatorias crónicas en 4 casos respectivamente. En 9 pacientes (23%) se programó cirugía (ocho neoplasias colorrectales 8 y una pancreática) y 5 (12,8%) fueron derivados a la Unidad de Cuidados Paliativos. En el proceso diagnóstico se evitó el ingreso hospitalario de 28 pacientes (871,7%).

Conclusiones: 1) La accesibilidad a la unidad ha sido notable, circunstancia que atribuimos a la elevada adecuación de los pacientes remitidos en base al seguimiento de las directrices establecidas en la selección de las patologías seleccionadas. 2) El principal grupo diagnóstico han sido las enfermedades neoplásicas (38,4%). 3) El intervalo diagnóstico ha sido corto (5,9 días). 4) Se han ahorrado estancias medias e ingresos.

O-076

¿PODEMOS MEJORAR NUESTROS RESULTADOS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)? ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL ALCORCÓN

P. Hernández Granados, J.A. Rueda Orgaz, C. Fiuza Marcos, F. Ochando Cerdán, D. Vega Menéndez, M. Álvarez Antolínez, C. Loinaz Segurota y A. Quintáns Rodríguez

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos en CMA en nuestro centro y establecer puntos de mejora.

Materiales y métodos: La CMA funciona como actividad integrada, con programación quirúrgica compartida y participación de todos los anestesiólogos y cirujanos. Se diseñó un Registro de CMA de Cirugía General desde su inicio en 1998 hasta diciembre de 2005. Se incluyen datos demográficos, diagnóstico, tipo de anestesia, cancelaciones y causas, ingresos no previstos y causas, índices de sustitución por patologías.

Resultados: Se han intervenido 6.248 pacientes (47% de la cirugía programada). Evolución anual: 1998 = 42%, 1999 = 49%, 2000 = 47%, 2001 = 47%, 2002 = 47%, 2003 = 47%, 2004 = 44%, 2005 = 47%. Las patologías más comunes fueron 1760 hernias inguinales, 1.514 fistulas arteriovenosas (FAV) para hemodiálisis, 1.121 sinus pilonidales, 360 patología anal. Se empleó anestesia local en 59% de casos, regional en 30% y 11% general. La incidencia global de cancelación fue 7,6% y la evolución anual ha sido: 1998 = 7,1%, 1999 = 9,2%, 2000 = 7,8%, 2001 = 8,7%, 2002 = 8,3%, 2003 = 6,7%, 2004 = 7,3%, 2005 = 5,3%. Las causas más frecuentes han sido la incomparecencia (44%), enfermedad intercurrente (15%) y prolongación de quirófano (14%). En 2005 el descenso de las cancelaciones se ha debido a la instauración de la tercera llamada 24 horas antes del ingreso. La incidencia global de ingresos no previstos ha sido de 6,5%, con la siguiente evolución anual: 1998 = 6,1%, 1999 = 8,6%, 2000 = 7,7%, 2001 = 6,1%, 2002 = 5,3%, 2003 = 2,7%, 2004 = 8,8%, 2005 = 5,9%. La elevación de la cifra en 2004 se debió al comienzo de programas de cirugía de tarde. En 2005, se cambió el tipo de cirugía a realizar en las jornadas de tarde, con lo cual disminuyó de nuevo la incidencia de ingresos. Desde 2004, se eliminó la necesidad de ascensor en los criterios de inclusión para CMA. Con esto los índices de sustitución para la hernia inguinal se han elevado (1998-2003 = 58%, 2004 = 60%, 2005 = 65%). Los índices de sustitución en 2005 para sinus pilonidal fueron 97%, y para FAV 88%.

Conclusiones: Los porcentajes de CMA se mantienen estables desde el inicio. Las cancelaciones se han reducido con la introducción de la tercera llamada. La incidencia de ingresos no previstos han disminuido con una mejor programación en la cirugía de tarde que favorezca la cirugía con ingreso y las cirugías con anestesia local.

PÓSTERS

7 NOVIEMBRE 2006

PATIO COMENDADOR/
SALA ESCUDO
P-079 – P-089

P-079

LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA Y LOS RESULTADOS ASISTENCIALES DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

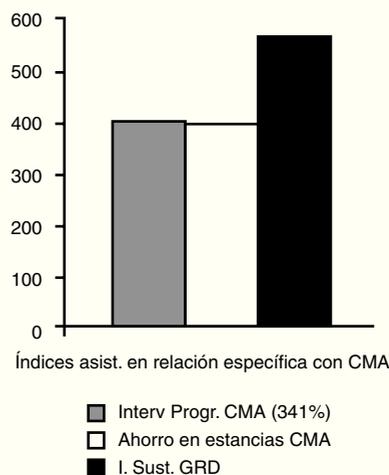
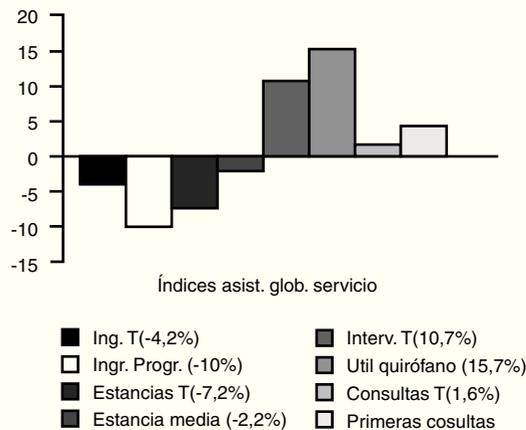
A. Resola García, E. Olea Cano, J. Díaz Oller, J.M. Ortega Beviá, R. Flores Arcas, J.A. Asanza Llorente, L. Vázquez Medina, J.M. Moreno Montesinos y G. Jurado Herrero
Hospital San Agustín, Linares.

Objetivos: Comunicar los resultados asistenciales mediante el modelo de las Unidades de Gestión Clínica (UGC), en un Servicio de Cirugía General de un Hospital Comarcal.

Material y método: El material son los 16.636 y 17.137 pacientes asistidos por los siete cirujanos del Servicio de Cirugía/UGC del Hospital San Agustín, en Linares (Jaén), durante los bienios 2000-2001 y 2002-2003, sin y con UGC respectivamente. Método, se ha realizado un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, de unidades muestrales, de coste-efectividad, de todos los pacientes citados, mediante variables asistenciales.

Resultados: Han disminuido los ingresos totales en un 4,2% a expensas de los programados (-10,3%), así como las estancias totales (-7,8%), produciéndose un ahorro en estancias por la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), del 331,1%. Ha aumentado el total de intervenciones en un 10,7%, debido fundamentalmente a la CMA (341%). La estancia media ha disminuido un 2,24%. El índice de sustitución del GRD ha aumentado un 562,04%. El índice de utilización de quirófanos ha aumentado un 15,8%, el total de consultas un 1,63%, y la primeras consultas el 4,35%.

Conclusiones: Desde la constitución de la UGC hemos mejorado la totalidad de los parámetros asistenciales del Servicio.



P-080

LA CALIDAD EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

E. Olea Cano, A. Resola García, J. Díaz Oller, J.M. Ortega Beviá, J.M. Moreno Montesinos, J. Martos Torres, R. Flores Arcas, J.A. Asanza Llorente y J.M. García Ortiz
Hospital San Agustín, Linares.

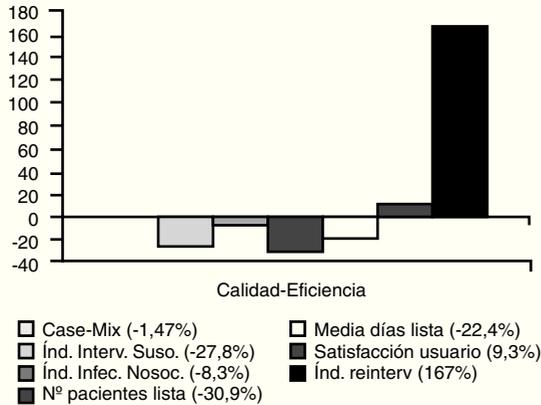
Objetivos: Describir los resultados en cuanto a calidad / eficiencia mediante el modelo de las Unidades de Gestión Clínica (UGC), en un Servicio de Cirugía General de un Hospital Comarcal.

Material y método: El material son los 16.636 y 17.137 pacientes asistidos por los siete cirujanos del Servicio de Cirugía/UGC del Hospital San Agustín, en Linares (Jaén), durante los bienios 2000-2001 y 2002-2003, sin y con UGC respectivamente. Método, se ha realizado un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, de unidades muestrales, de coste-efectividad, de todos los pacientes citados, mediante variables de calidad/eficiencia.

Resultados: El case-Mix descendió levemente (-1,47%). El porcentaje de reingresos aumentó del 0,49 al 1,31% (167,3%). El índice de intervenciones suspendidas descendió (-27,8%), así como el de infecciones nosocomiales (-8,3%). También descendió el número de pacientes en lista de espera (-30,9%), y la media de días de lista espera (-22,4%). El total de altas codificadas se mantuvo invariable en

el 100%. La satisfacción global del usuario experimentó un aumento del 9,3%.

Conclusiones: Desde la constitución de la UGC hemos mejorado casi todos los parámetros de calidad / eficiencia del Servicio.



P-081

PROYECTO DONANTE EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA. CREACIÓN DE UN REGISTRO DE DONANTES COMO TÉCNICA DE APOYO AL COORDINADOR DE TRASPLANTES

M.M. Rodríguez³, A. Ríos¹, C. Conesa¹, M. Agüera³, M. Brotons³, P. Rivas³, D. Lucas², P. Ramírez³ y P. Parrilla¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ²Hospital General Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Consejería de Sanidad, Murcia.

Introducción: El carnet de donante de órganos es sólo un testimonio en vida de la voluntad de un ciudadano con respecto a la finalidad que tengan sus órganos una vez fallecido. El conocimiento de este dato es de vital ayuda para el coordinador de trasplantes a la hora de la solicitud de la donación, ya que algunas negativas familiares alegan desconocer la voluntad del fallecido. El objetivo es diseñar y poner en marcha un registro de donantes integrado dentro del sistema sanitario y de fácil acceso para el coordinador de trasplantes de cada uno de los hospitales extractores.

Material y método: Durante el año 2004 se diseñó un registro con las siguientes características: 1) Debía estar integrado dentro del registro de datos del Servicio Murciano de Salud (Antiguo Insalud en nuestra Comunidad); 2) Registro accesible vía on-line; 3) Medidas de seguridad para garantizar la confidencialidad de los datos; y 4) Fácil acceso, aunque restringido, para los coordinadores de trasplantes y personas autorizadas. Esta base de datos se debe encuadrar en los Sistemas de Información de Salud Pública de la Consejería de Sanidad. Todos los hospitales, asociaciones de enfermos y la Organización Nacional de Trasplantes se comprometieron a remitir los datos de los ciudadanos de nuestra comunidad que habían rellenado el carnet de donante.

Resultados: Desde junio del 2005 se dispone de dicho registro, donde se han incluido la mayoría de los ciudadanos que han rellenado el carnet de donante, aproximadamente el 80% (pendiente de los datos de dos hospitales y una asociación de enfermos). Desde dicha fecha todos los coordinadores pueden acceder a dicha base, ante un potencial donante, para conocer si había manifestado en un carnet de donante su intención de donar sus órganos. El principal obstáculo encontrado fueron los déficits informáticos en varios que los hospitales, que impedía o dificultaba el acceso a dicha base. Actualmente están solucionados tras la adquisición de material informático actualizado en la mayoría de los centros.

Conclusiones: El registro de donantes de nuestra comunidad ha conseguido unificar en una sola base las múltiples bases existentes sobre donantes de órganos, y permite a los Coordinadores de Trasplantes conocer si el potencial donante había manifestado su inten-

ción de donar, dato especialmente importante en nuestra Comunidad donde el número de carnets de donante ha aumentado de forma exponencial en los últimos años según datos de las asociaciones de enfermos y registros hospitalarios. Además, indirectamente ha conseguido informatizar las Coordinaciones Hospitalarias de Trasplantes.

P-082

LOS HOSPITALES COMARCALES ANTE LA DONACIÓN DE ORGANOS DE CADÁVER. ESTUDIO DE OPINIÓN EN UN CENTRO DEL SUDESTE ESPAÑOL

M.J. Montoya², A. Ríos³, C. Conesa¹, L. Martínez-Alarcón³, C. Navarro², J. Alcaraz³, S. Nicolás², P. Ramírez³ y P. Parrilla³

¹Gerencia de Atención Primaria, Murcia. ²Hospital Rafael Méndez, Murcia. ³Hospital Virgen de la Arrixaca.

Introducción: En los últimos años el aumento en la obtención de donantes en España ha venido determinada por la potenciación de la donación de cadáver en pequeños hospitales comarcales. El objetivo de este estudio es analizar la actitud de los profesionales de un hospital comarcal generador de donantes en muerte encefálica y determinar los factores que condicionan dicha actitud.

Material y método: Muestra aleatoria y estratificada (n = 260) por servicio y categoría laboral, entre los servicios de un hospital comarcal generador de donantes en muerte encefálica. Se valora la actitud hacia la donación a través de un cuestionario validado de aspectos psicosociales. La encuesta fue anónima y autoadministrada. Todo el proceso fue coordinado por un Responsable de la Coordinación Autonómica de Trasplante, que fue el encargado en cada servicio de contactar con el personal y del reparto y recogida de los cuestionarios.

Resultados: El 74% (n = 193) de los encuestados están a favor de la donación, frente a un 2% (n = 5) en contra y un 25% (n = 62) de indecisos. Al analizar las variables que determinan dicha actitud se objetivan las siguientes asociaciones: 1) la edad. Así, los que están a favor son más jóvenes (39 versus 43 años; p = 0,049); 2) la categoría laboral, de tal forma que la actitud es más favorable entre el personal médico y de enfermería, y más negativa entre los auxiliares de enfermería y el personal no sanitario (84% y 82% versus 59% y 70%; p = 0,045); 3) el haber hablado a nivel familiar sobre donación y trasplante de órganos (82% versus 49%; p = 0,000); 4) el conocer el concepto de muerte encefálica (81% versus 60%; p = 0,010); 5) la actitud hacia la manipulación del cadáver, de tal forma que los que no están en contra tienen una mejor actitud (76% versus 53%; p = 0,000); y 9) la opinión de la pareja hacia la donación de órganos, de tal forma que los que tienen una pareja a favor su actitud es más favorable que los que tienen una pareja en contra (82% versus 44%; p = 0,000).

Conclusiones: En los hospitales comarcales generadores de donantes la actitud hacia la donación de órganos es bastante favorable entre el personal médico y de enfermería. Sin embargo, dicha actitud disminuye significativamente, incluso por debajo de la actitud poblacional, en el resto de categorías laborales, por lo que deberían realizarse actividades de promoción en estos subgrupos hospitalarios.

P-083

EVALUACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO POR LOS PACIENTES

E. Jiménez García y A. de Lamo

Hospital General de la Palma, Tenerife.

Objetivo: Hoy es comúnmente aceptado que el consentimiento informado es un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual el paciente acepta o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después que el médico le haya informado. El formulario escrito representa el soporte documental que verifica que el paciente ha recibido y entendido la información facilitada por el médico. Hemos querido evaluar el nivel de información recibida por los pacientes para otorgar su Consentimiento Informado, en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de la Palma.

Material y método: Se elaboro un cuestionario .La encuesta, fue realizada a 198 pacientes que iban a ser incluidos en las listas de espera quirúrgica, para conocer el grado de interés por conocer su contenido. Para ello los Consentimientos Informados que se les proporciono fueron los indicados por la Sociedad Española de Cirugía. El diseño del cuestionario se realizó de forma que les llevara poco tiempo el responderlo, con respuestas afirmativas o negativas, siendo estos de forma anónima, con la finalidad de que su respuesta fuese mas fehaciente y llevándose a cabo bien en presencia del médico o en la sala de espera. Las preguntas fueron quien le ha dado el consentimiento, Ha entendido usted el consentimiento, Se le ha explicado correctamente, Lo ha firmado sin leerlo, Le han quedado dudas sobre su proceso y no lo ha preguntado. Ha comprendido los posibles riesgos de la intervención. Conoce las posibles complicaciones postoperatorias Ha necesitado consultar con familiares para la firma del consentimiento.

Resultados: De los 198 pacientes, sólo dos no rellenaron el cuestionario. A 181 le había dado el médico el cuestionario y 9 la enfermera. El consentimiento lo habían entendido 186 pacientes 162, lo habían leído delante del cirujano. Se lo habían explicado correctamente 173. Lo habían firmado sin leerlo 150 un 75% de los encuestados. A 19 le habían quedado dudas y no las habían preguntado. Comprendieron los riesgos un 80%.

Conclusiones: Continúa existiendo una información asimétrica. Es significativo que un 75% no lo lea. Habría que preguntarse el porque no conoce las complicaciones, puede perder su función protectora en el ámbito medico-legal.

P-084

INFLUENCIA DE LA CALIDAD EN LA INDICACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL SOBRE LA MORTALIDAD EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS

F.M. González Valverde, M.J. Gómez Ramos, M. Méndez Martínez, P. Parra Baños, J. Benavides, C. Escamilla, M.F. Candel Arenas, M. Madrigal de Torres, F.J. Rodenas Moncada y A. Albarracín Marín-Blázquez
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivo: Valorar la influencia del cumplimiento de criterios de calidad relacionados con la indicación de la nutrición parenteral sobre la mortalidad durante la terapia.

Material y método: El estudio se realizó durante 2 años consecutivos en pacientes ingresados en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Se incluyeron todas las nutriciones parenterales solicitadas por los servicios del Centro con actividad quirúrgica en el periodo de estudio. Se seleccionaron 6 criterios de calidad relacionados con la correcta indicación de la NTP (Criterio 1: Obtención de parámetros antropométricos; Criterio 2: Indicación de la terapia según la ASPEN; Criterio 3: Tiempo de ayuno intrahospitalario < 7 días; Criterio 4: Duración de la terapia > 7 días; Criterio 5: Concordancia calórica entre las necesidades del paciente y la composición de la dieta y Criterio 6: Inicio de la NTP dentro de las 24 horas de su indicación). Los resultados de estos criterios, expresados en tanto por ciento de cumplimiento con un intervalo de confianza del 95%, se contrastaron con la mortalidad para valorar su grado de influencia. El análisis de influencia se ha realizado mediante el modelo de regresión logística en el que el cumplimiento del criterio es la variable dependiente y el factor en estudio las independientes. Para interpretar la fuerza de la asociación se calcula la Odds Ratio (OR) con intervalo del 95% para cada uno de los factores en estudio.

Resultados: El cumplimiento de los criterios analizados no muestra influencia estadísticamente significativa sobre la mortalidad en nuestro estudio. Sin embargo el criterio *tiempo de ayuno intrahospitalario* se encuentra en el límite de la significación por lo que la desnutrición del paciente se apunta como causa indirecta de mortalidad, como ya se ha reflejado en multitud de trabajos previos.

Conclusiones: En este estudio la correcta indicación de la NTP no está relacionada de forma estadísticamente significativa con la mortalidad.

P-085

CÍRCULO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN COMPLICACIONES DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA

F.M. González Valverde, M.J. Gómez Ramos, P. Parra Baños, J. Benavides, M. Méndez Martínez, P. Marín, M.F. Candel Arenas, C. Escamilla, F.J. Rodenas Moncada y A. Albarracín Marín-Blázquez
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivo: Aplicar un círculo de mejora de la calidad respecto a la ausencia de complicaciones de la NTP.

Material y método: El estudio se realizó durante 2 años consecutivos, en pacientes ingresados en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Se incluyeron las 72 nutriciones parenterales solicitadas por todos los servicios quirúrgicos del Centro en el periodo estudiado. En el primer periodo de 12 meses de duración se solicitaron 50 NTP. Tras el análisis de calidad se aplicaron medidas correctoras durante 6 meses y se reevaluaron los mismos criterios tras otros 6 meses. En este segundo periodo se analizaron 22 NTP. Se seleccionaron 5 criterios de calidad de la NTP respecto a la ausencia de complicaciones. Criterio 1: Ausencia de complicaciones mecánicas; Criterio 2: Ausencia de complicaciones sépticas; Criterio 3: Ausencia de Insuficiencia Cardíaca, Criterio 4: Ausencia de complicaciones hepatobiliares; Criterio 5: Ausencia de complicaciones metabólicas. Los resultados de estos criterios se expresan en tanto por ciento de cumplimiento con un intervalo de confianza del 95%. Los datos se compararon con los estándares mediante el valor de Z para proporciones ($p < 0,05$) en ambos periodos y entre periodos.

Resultados: En la primera evaluación se objetivo que el cumplimiento de los criterios 1, 2 y 3 se encontraba por encima del estándar aunque sólo el criterio 3 de forma significativa. El criterio 4 se encontraba por debajo del estándar pero sin diferencia significativa y el Criterio 5 estaba significativamente por debajo del estándar.

La aparición de complicaciones metabólicas en pacientes quirúrgicos tiene etiología diversa y compleja que no se puede atribuir en un 100% a la NTP. Sin embargo un estricto control del aporte de macro y micronutrientes junto con un control regular de los iones y del equilibrio acidobase en sangre pueden ayudar a mejorar dicha situación clínica. Por ello se estableció un formato para la petición de analítica sanguínea básica cada 48 horas y general cada 7 días, además de adjuntar en la hoja de solicitud de la nutrición la composición exacta de cada tipo de NTP para facilitar el ajuste a las características de cada paciente. Así en la evaluación del segundo periodo no encontramos diferencias respecto al cumplimiento de los criterios del 1 al 4 pero si una mejoría en el cumplimiento del 5 que aún no siendo significativa y no logrando el estándar para dicho criterio nos anima a continuar el control analítico y nutricional exhaustivo del paciente.

Conclusiones: Los criterios estudiados son medidores de la seguridad de la terapia, por tanto podemos considerar que en nuestro Centro la NTP se utiliza con un buen nivel de seguridad. En el caso de las complicaciones metabólicas es necesario establecer nuevas medidas correctoras y tal vez también encontrar fórmulas para evaluar qué porcentaje de responsabilidad tiene la NTP en esas complicaciones.

P-086

RELACIÓN ENTRE LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES EN LA NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL Y LA MORTALIDAD EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS

F.M. González Valverde, M.J. Gómez Ramos, M.F. Candel Arenas, P. Parra Baños, J. Benavides, M. Méndez Martínez, A. Ballester Moreno, J.M. Pérez Montesinos, E. Romero Mas, F.J. Rodenas Moncada y A. Albarracín Marín-Blázquez
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivo: Valorar la influencia del cumplimiento de criterios de calidad relacionados con la aparición de complicaciones durante la nutrición parenteral sobre la mortalidad.

Material y metodo: El estudio se realizó durante 2 años consecutivos en pacientes ingresados en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Se incluyeron las 72 nutriciones parenterales solicitadas por los Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo, Urología,

COT, ORL, CMF y Ginecología en el período de estudio. Se seleccionaron 5 criterios de calidad relacionados con la ausencia de complicaciones de la NTP (Criterio 1: Ausencia de complicaciones mecánicas; Criterio 2: Ausencia de complicaciones sépticas; Criterio 3: Ausencia de Insuficiencia Cardíaca, Criterio 4: Ausencia de complicaciones hepatobiliares; Criterio 5: Ausencia de complicaciones metabólicas). Los resultados de estos criterios, expresados en tanto por ciento de cumplimiento con un intervalo de confianza del 95%, se contrastaron con la mortalidad para valorar su grado de influencia. El análisis de influencia se realizó mediante el modelo de regresión logística en el que el cumplimiento del criterio es la variable dependiente y los factores en estudio las independientes. Para interpretar la fuerza de la asociación se calculó la Odds Ratio con intervalo del 95% para cada uno de los factores en estudio.

Resultados: Se observó que el cumplimiento de los criterios relacionados con la aparición de complicaciones en la NTP no se encontraba relacionado con la mortalidad.

Conclusiones: En este trabajo no se demuestra relación estadísticamente significativa entre la aparición de complicaciones durante el tratamiento con NTP y la mortalidad.

P-087

CICLO DE MEJORA EN LA INDICACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS

F.M. González Valverde, M.J. Gómez Ramos, J. Benavides, P. Parra Baños, P. Marín, M.F. Candel Arenas, C. Escamilla, M. Méndez Martínez, F.J. Rodenas Moncada y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivo: Aplicar un círculo de mejora respecto a la indicación ajustada de la NTP.

Material y método: El estudio se realizó durante 2 años consecutivos, en pacientes ingresados en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Se incluyeron las 72 nutriciones parenterales solicitadas por los servicios de Cirugía General, Urología, ORL, Ginecología, Cirugía Maxilo-facial y COT en el período de estudio. En el primer período de 12 meses de duración se solicitaron 50 NTP. Tras el análisis de calidad se aplicaron las medidas correctoras durante 6 meses y se evaluaron los criterios a los 6 meses nuevamente. En este segundo período se analizaron 22 NTP. Se seleccionaron 5 criterios relacionados con la calidad de la NTP respecto a su correcta indicación. Criterio 1: Obtención de parámetros antropométricos; Criterio 2: Indicación de la terapia según la ASPEN; Criterio 3: Tiempo de ayuno intrahospitalario < 7 días; Criterio 4: Duración de la terapia > 7 días; Criterio 5: Concordancia calórica entre las necesidades del paciente y la composición de la dieta y Criterio 6: Inicio de la NTP dentro de las 24 horas de su indicación. Los resultados de estos criterios se expresan en tanto por ciento de cumplimiento con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Los datos se compararon con los estándares mediante el valor de Z para proporciones ($p < 0,05$) en ambos períodos y entre períodos.

Resultados: En la primera evaluación se observó que todos los criterios se encontraban por debajo del estándar de forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Basándonos en los análisis efectuados sobre los factores asociados al incumplimiento de los criterios y la priorización resultante del diagrama de Pareto, el plan de intervención diseñado se dividió en dos partes: Actividad docente y Modificaciones organizativas y estructurales. Así en la segunda evaluación encontramos que los criterios 3, 4 y 6 no presentaban diferencias significativas con el estándar. Los criterios 1, 2 y 5 continuaban significativamente por debajo del estándar. Respecto a la comparación con la primera evaluación encontramos que se mejora en todos los criterios excepto en el nº 2 y que esta es significativa en los criterios 3, 4 y 5.

Conclusiones: Los criterios estudiados se consideran los medidores de la correcta indicación de la terapia. En el primer período se demostró una mala indicación de la NTP con todos los criterios significativamente por debajo del estándar. Tras la introducción de medidas correctoras, sobre todo docentes, se observó una mejora en el 83% (5 de 6) de los criterios siendo ésta significativa en 3 de ellos y alcanzando el estándar en el 50% (Criterios 3, 4 y 6).

P-088

LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN LA MEDICINA PRIVADA. ESTUDIO DE OPINIÓN EN UN HOSPITAL PRIVADO DEL LEVANTE ESPAÑOL

J. Alcaraz¹, A. Ríos¹, C. Conesa¹, L. Martínez Alarcón¹, M. Montoya³, J.E. Hernández², P. Ramírez¹ y P. Parrilla¹

¹Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia.

²USP Hospital San Carlos, Murcia. ³Hospital Rafael Méndez, Lorca.

Introducción: El modelo español de la donación y el trasplante de órganos ha conseguido tasas de donación de órganos de cadáver inigualables a nivel mundial. Sin embargo este desarrollo se ha realizado en el sistema sanitario público, siendo excepcional, la participación de centros privados. El objetivo es analizar los factores psicosociales que influyen en la donación de órganos en los trabajadores de un hospital privado con UCI en el sudeste español.

Material y método: Se realizó un muestreo aleatorio entre los distintos servicios de un hospital privado con 140 camas y 10 camas de UCI. Se utilizó un cuestionario validado sobre donación de órganos que analiza distintas variables psico-sociales, relacionadas con ella. La cumplimentación fue anónima y autoadministrada. Estadística: el test de la T-Student y la χ^2 .

Resultados: De los 219 encuestados el 61% está a favor de la donación ($n = 134$), mientras el 8% está en contra ($n = 16$) y el 31% restante duda. Se han observado diferencias por categoría laboral, de modo que el personal médico está más a favor (97%), seguido del colectivo de enfermería (92%), los auxiliares de enfermería (65%) y por último el personal no sanitario (28%; $p < 0,000$). Al analizar el resto de variables observamos que tienen una actitud más favorable los trabajadores de: 1) más edad ($p = 0,000$); 2) de servicios potencialmente generadores de donantes ($p = 0,000$); 3) con plaza en propiedad ($p = 0,000$); 4) que tienen experiencia previa en donación de órganos ($p < 0,000$); 5) los que han comentado el tema con familiares y/o amigos ($p < 0,000$); 6) los que conocen el concepto de muerte cerebral ($p < 0,000$); 7) la opinión favorable de la pareja ($p < 0,000$); y 8) una actitud positiva hacia la donación de vivo tanto renal como hepático ($p < 0,000$).

Conclusión: La actitud hacia la donación entre el personal de los centros privados es similar a la descrita en nuestra población, si bien, está muy determinada por la categoría laboral. Así, el personal médico y de enfermería tiene una actitud muy favorable, mientras que el personal auxiliar y sobre todo el no sanitario tiene una actitud muy negativa. Por ello, previo a la implantación de un programa de generación de donante de cadáver, sería preciso realizar actividades de promoción de la donación, sobre todo en el personal no sanitario.

P-089

LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA Y SU TRADUCCIÓN EN LOS COSTES DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

A. Resola García¹, E. Olea Cano¹, J. Díaz Oller¹, J.M. Ortega Beviá², Á. Arcos Navarro¹, M.T. Medina Domínguez¹, L. Vázquez Medina¹, M.C. Quesada Peinado¹ y M.I. Torres Martín¹

¹Hospital San Agustín, Linares. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

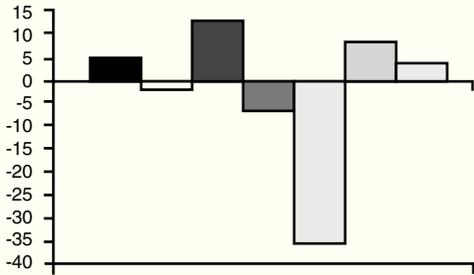
Objetivos: Manifiestar los resultados económicos obtenidos mediante el modelo de las Unidades de Gestión Clínica (UGC), en un Servicio de Cirugía General de un Hospital Comarcal.

Material y método: El *material* son los 16.636 y 17.137 pacientes asistidos por los siete cirujanos del Servicio de Cirugía/UGC del Hospital San Agustín, en Linares (Jaén), durante los bienios 2000-2001 y 2002-2003, sin y con UGC respectivamente. *Método*, se ha realizado un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, de unidades muestrales, de coste-efectividad, de todos los pacientes citados, mediante variables económicas.

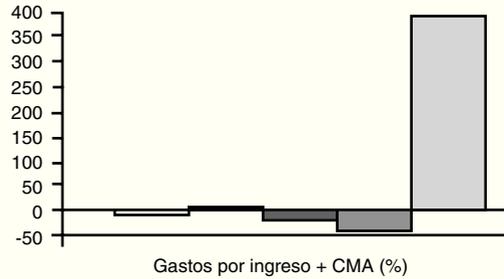
Resultados: El gasto total ha aumentado un 4,2%, especialmente por el capítulo I (5,7%) y capítulo II en farmacia (13%), disminuyendo en capítulo II fungibles (-6,4%) y prótesis (-35,9%), con un ahorro del gasto global en capítulo II (-1,47%). Disminuyó el gasto global por ingreso +

Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) (-7,04%), y considerando el gasto en farmacia por ingreso + CMA solo aumentó el 0,81. El gasto en fungibles por ingreso + CMA disminuyó (-16,56%), así como el gasto en prótesis por ingreso + CMA (-42,81%), consiguiéndose un ahorro en gasto por CMA del 387,5%.

Conclusiones: Desde la constitución de la UGC hemos mejorado la casi totalidad de los parámetros económicos del Servicio.



- Gasto Cap. I (5,7%)
- Gasto Cap. II (-1,47%)
- Gasto Cap. III Fram. (13,06%)
- Gasto Cap. II Fung. (-6,43%)
- Gasto Cap. II Prót. (-35,86%)
- Otros gastos (8,28)
- Gasto Total (4,25%)



- Gasto global x ingreso + CMA (-7%)
- Gasto Farm. x ingreso + CMA (0,8%)
- Gasto Fung. x ingreso + CMA (-16,5%)
- Gasto Prót. x ingreso + CMA (-42,8%)
- Ahorro en g asto x CMA (387,5%)