



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-200 - DETERMINACIÓN DE PUNTOS FUNDAMENTALES DE LAS CAUSAS DE LA BAJA DE PACIENTES EN LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Vallverdú Cartié, Helena; Camprubí Batet, Anna; Quer Vall, Xavier; Saladich Cubero, María; de Cózar Duch, Jordi; Sala Cascante, Francesc; de Castro Gutiérrez, Javier; Vila Ribas, Esther

Consorci Hospitalari de Vic, Vic.

Resumen

Introducción: La lista de espera quirúrgica (LEQ) incluye pacientes que están pendientes de intervención quirúrgica (IQ). La gestión de la LEQ es un punto clave en la gestión hospitalaria porque consume una parte importante del presupuesto. La LEQ debe ser lo más real posible para hacer una buena distribución de recursos. Siempre se producen bajas de LEQ por motivos diferentes al de la cirugía prevista que hay que tener en cuenta a la hora de distribuir quirófanos y es lo que pretendemos analizar.

Objetivos: Conocer los motivos de baja de la LEQ del servicio de Cirugía general y Aparato Digestivo.

Métodos: Se accedió a la base de datos protegida hospitalaria de LEQ de los años 2016 y 2017. Se siguió la normativa LOPD. Se analizaron los datos correspondientes a las entradas en LEQ y a las causas de baja de LEQ. Se obtuvieron los datos de la entrada en LEQ. Las bajas de LEQ se registraron y clasificaron por el servicio de programación quirúrgica. Las bajas se clasificaron como: voluntaria del paciente, baja técnica, contraindicación médica, IQ en otro centro, cambio de cobertura y exitus. Posteriormente, se realizó una reagrupación a partir de las respuestas dadas por los pacientes y los datos hospitalarios.

Resultados: Entraron en LEQ 2.892 pacientes y causaron baja 556 pacientes (19,2%). La principal causa de baja fue la voluntaria del paciente (41%), seguido por bajas técnicas (31%), contraindicación médica (11%), paciente no localizable (8%), IQ en otro centro (7%), exitus por otras causas (2%). Con la reagrupación, se observó que la principal causa siguió siendo la voluntaria del paciente (36%), seguida por IQ ya realizada en el 25% (urgencias, otro centro público o privado) y baja técnica (18%). Las IQ ya realizadas fueron: colecistectomía (27,8%), hernias (31,4%) y proctología (15%). Los motivos de baja voluntaria fueron muy variados y sin agrupación significativa, pero destacamos: algunos pacientes no habían querido operarse nunca, nunca les había dolido, eran demasiado mayores para la IQ o habían mejorado.

Conclusiones: Nuestras bajas de LEQ representan el 19,2% esto implica la planificación de muchas horas de quirófano. Del análisis realizado, observamos que la principal causa es la voluntaria del paciente, lo que nos hace pensar en la necesidad de hacer una buena indicación quirúrgica y

preguntar al paciente si quiere realizar la IQ. No todos los pacientes han de entrar en LEQ. Los pacientes ya intervenidos suponen un 25% de las bajas. Las hernias se justifican por el mayor número de pacientes en LEQ, pero en la colecistectomía y la patología proctológica hace pensar en la necesidad optimizar la priorización de estas patologías. Las bajas de pacientes en LEQ afectan un elevado número de pacientes. Se van a aplicar cambios de consenso en la entrada y priorización de pacientes en LEQ. Hay que adecuar la entrada de pacientes en LEQ a las necesidades del paciente. Hay que mejorar la priorización de la patología biliar y proctológica.