



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-105 - EVALUACIÓN DINÁMICA DE LA CALIDAD QUIRÚRGICA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL EN UN HOSPITAL CON RENOVACIÓN FRECUENTE DE CIRUJANOS

Toledano Trincado, Miguel¹; Sánchez González, Javier²; Martín Esteban, María Luz¹; Montenegro Martín, María Antonia¹; Concejo Cutoli, Pilar¹; Colao García, Laura¹; Cuevas González, Jorge¹; Martín del Olmo, Juan Carlos¹

¹Hospital Comarcal de Medina del Campo, Medina del Campo. ²Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La renovación de profesionales en un Hospital Comarcal es frecuente con la incorporación de nuevos profesionales y el traslado de cirujanos experimentados a hospitales terciarios. La calidad asistencial puede mermarse en estos hospitales si no se controla la incorporación de estos facultativos a procedimientos complejos. Presentamos nuestro método de autoevaluación anual y los resultados en la Cirugía Colorrectal laparoscópica.

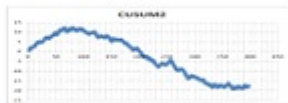
Métodos: Desde enero 2004 hasta diciembre 2014, realizamos recogida de datos de toda la cirugía colorrectal en base de datos Access[®] y analizamos los resultados de forma prospectiva anualmente con SPSS[®]. Comparamos resultados cuantitativos y cualitativos, entre los grupos colon derecho, colon izquierdo, recto y amputaciones abdomino perineales y analizamos la variabilidad de los resultados en el tiempo según las gráficas de CUSUM y Moving Average.

Resultados: Realizamos 387 cirugías colorrectales laparoscópicas. 102 colon derecho, 147 colon izquierdo, 90 resecciones anteriores de recto y 48 amputaciones abdomino perineales. El sexo más frecuente fue varón, el diagnóstico más frecuente fue de adenocarcinoma en todos los grupos, no hubo diferencias en cirugía abdominal previa, ASA, sexo, cirugías de carácter urgente, cirugías paliativas ni estadios anatomopatológicos entre los 4 grupos. Las complicaciones mayores fueron más frecuentes en la resección anterior de recto (20,7%), la complicación más frecuente fue la infección de herida (19% en las AAP), la localización con mayor número de fístulas la resección anterior de recto (13%), pero todas ellas sin significación estadística. El número de reintervenciones fue significativamente mayor en el recto y las amputaciones. La conversión media fue del 11,1% en toda la serie. Definimos nuestra variable Calidad como: ausencia de complicaciones quirúrgicas, no conversión y número de ganglios por encima de 12 en la pieza quirúrgica (pieza satisfactoria). Correlacionando esta variable con los años de experiencia, observamos una tendencia negativa (ascendente en la gráfica) en el último año. Nuestro equipo quirúrgico, invariable durante 7 años se ha renovado en el 50% el último año, con la sustitución de 3 cirujanos expertos por noveles. A pesar de seleccionar la patología rectal para los cirujanos experimentados, en nuestra curva de calidad hay un repunte negativo global, en el último año, causado por mayor conversión y menor número de piezas satisfactorias ($p < 0,05$). Este repunte es más acusado en el colon izquierdo, debido solo a un menor número de piezas satisfactorias ($p < 0,05$). Estos resultados nos obligan a cambiar la distribución de patología y a un continuo aprendizaje en nuestro servicio.

CALIDAD Derecho



Variable CALIDAD GLOBAL.



CALIDAD Izquierdo



CALIDAD Res.Ant



CALIDAD AAP.



Conclusiones: El análisis continuo mediante curvas de calidad quirúrgica (CUSUM), es una herramienta muy eficaz para el control y detección, en tiempo real, de variaciones en nuestros resultados y para la monitorización de la calidad asistencial, sobre todo en las unidades donde el recambio de profesionales es continuo, como en los hospitales comarcales.