

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

---

# MESA 6

### Comunicaciones de tipo ORAL

Moderador/a:

**Florencio Jesús García Latorre**

*Director de Continuidad Asistencial de SALUD*

### SALÓN DE ACTOS

**10 de JUNIO 11:30 horas**

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **308**

### TÍTULO. LA ORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS HACIA LA GESTIÓN Y MEJORA DE LOS PROCESOS

*Autores: VELA MARQUINA ML, GARCIA MATA JR, BELKEBIR S, VILLA GAZULLA MT, GOTOR LAZARO MA, DE PAZ LASHERAS MP, LAHUERTA LORENTE L, MARTA MORENO J*

*VELA MARQUINA MARIA LUISA . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL (mvelam@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** General: Impulsar la gestión por procesos en el sector de forma armónica, priorizando aquellos procesos con mayor repercusión en el paciente por su patología o frecuencia. Integrar los procesos implantados en la organización del sector al más alto nivel. Apoyar a la Dirección para la elaboración y seguimiento del contrato de gestión anual del proceso. Específicos: 1) Identificar los procesos que se desarrollan en el Sector. 2) Sistematizar las actividades de los procesos, aplicando la metodología de la práctica basada en la evidencia a las actividades científico técnicas. 2) Adecuar los servicios que se prestan a las necesidades / expectativas de los clientes. 3) Medir su efectividad y eficiencia 4) Aplicar la mejora continua a todas las actividades del Sector.

**MÉTODO.** El Sector II cuenta con un Reglamento propio de gestión por procesos publicado en la Intranet y con una documentación uniforme para su diseño. Etapas: A) Junto con la dirección/subdirección correspondiente, se valoran aquellos procesos susceptibles de trabajar y en los que implantar la gestión por procesos. B) Se acuerda quien va a ser el gestor del proceso y una primera aproximación del equipo de proceso. C) Planificación, junto con Formación Continuada de cursos de Formación Continuada dedicados a los equipos de los 3 ó 4 procesos que se van a implantar. El curso está programado con una parte teórica sobre metodología de la gestión por procesos y una parte práctica de diseño de cada proceso. D) Mediante reuniones pautadas y registradas, se apoya al grupo del proceso hasta su total diseño, implantación y evaluación. E) Aprobación por la Comisión de Dirección y publicación en la Intranet del Sector. F) Preparación del contrato de gestión anual y firma entre el gestor del proceso y el Gerente de Sector. G) Evaluación anual.

**RESULTADOS.** El sector II cuenta con:

- 10 procesos implantados , 5 de ellos con contrato de gestión
- 3 procesos diseñados y pendientes de aprobación y publicación
- 3 procesos en fase de diseño
- 4 que iniciaran la formación en el año 2010

**CONCLUSIONES.** El liderazgo directivo, el apoyo e implicación de la UCA del Sector, junto con un adecuado plan de formación facilita el diseño, implementación y evaluación de los procesos. La Gestión por procesos ha supuesto una importante mejora en la calidad asistencial, posibilitando la medición y evaluación de sus principales indicadores y ha conseguido coordinar los servicios con un objetivo común, y ha integrado los procesos en la gestión del hospital, a través de los contratos de gestión

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **280**

### TÍTULO. ¿TENEMOS EL CARRO DE PARADAS Y EL MALETÍN DE URGENCIAS COMO DEBERÍAMOS TENERLO?

*Autores: LABARTA MANCHO C, BARCO P, NAUDIN JA, FRAJ M, LOSTAL I, ARRUGA C, GRACIA MJ, PEREZ-CABALLERO C*

*LABARTA MANCHO CARMEN . DIRECCION DE ATENCION PRIMARIA . SERVICIO DE FARMACIA DE AP (clabarta@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** 1. Disponer de un listado de medicación y material para el carro de parada (CP) y el maletín de urgencias (MU) del equipo, consensado para todos los centros de salud del sector Zaragoza I.  
2. Establecer un mecanismo para garantizar que los medicamentos y material se encuentran en condiciones adecuadas en el momento en que se necesiten

**MÉTODO.** 1. Evaluación de la situación inicial del carro de parada y del maletín de urgencias en los centros del sector, mediante un cuestionario específico.  
2. Definir las situaciones clínicas que debe cubrir el carro de parada y el maletín de urgencias.  
3. Consensuar un listado de medicación y material del carro de paradas y del maletín de urgencias.  
4. Consensuar un stock mínimo de medicamentos y material.  
5. Consensuar un sistema para la revisión del carro de parada y del maletín de urgencias.  
6. Editar y difundir las recomendaciones en todos los centros de salud del sector, mediante una sesión formativa para la actualización de conocimientos en el manejo del material disponible.  
7. Evaluación de la situación final del carro de parada y del maletín de urgencia en los centros del sector

**RESULTADOS.** 1. Se dispone de un "Protocolo de revisión y mantenimiento sistematizado del carro de parada y maletín de urgencia del centro de salud", con un listado de medicación y material para el CP y el MU, y un mecanismo de revisión consensuado, para todos los centros de salud del sector Zaragoza I.  
2. El porcentaje de centros de salud que tienen un sistema de revisión del carro de parada y maletines de urgencia ha pasado del 18,8% al 90,9%.  
3. El porcentaje de centros de salud que tienen medicamentos caducados en el CP y en el MU ha pasado del 9,1% al 0,0% en ambos casos.  
4. El porcentaje de centros de salud que tienen material sanitario en mal estado ha pasado del 9,1% al 0,0% en el CP y del 18,2% al 0,0% en el MU

**CONCLUSIONES.** 1. El trabajo coordinado desde la Comisión de Uso Racional del Medicamento ha permitido mejorar la situación del carro de parada y los maletines de urgencia de los centros de AP del sector, a través de un protocolo consensuado de revisión y mantenimiento del carro de parada y maletín de urgencias.  
2. La creación de un Grupo Responsable de Urgencias en cada centro de salud facilita la puesta en marcha del protocolo de revisión y mantenimiento.  
3. Durante el año 2010 se continuará con el seguimiento de la implementación del protocolo en los distintos centros de salud, promoviendo la formación continuada en la atención de urgencias

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **100**

### TÍTULO. SATISFACCIÓN DE LOS RESIDENTES ROTANTES EN MEDICINA INTENSIVA

*Autores: LAFUENTE MATEO M, BARRA-QUÍLEZ F, UTANDE-VÁZQUEZ A, TEJADA-ARTIGAS A*

*LAFUENTE MATEO MIRIAM . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS (miriamlafuente@hotmail.com)*

**OBJETIVOS.** La formación postgrado es una parte importante de la labor de los Servicios de Medicina Intensiva. Los MIR han pasado de ser sujetos con responsabilidad asistencial, a ser “clientes” de la formación. Si esto es cierto para los residentes de la propia especialidad, no lo es menos para los residentes “rotantes”. La formación MIR, siendo una labor esencial, tiene que estar sujeta, al igual que la asistencial, a una metodología en busca de su excelencia.

Valorar y considerar el elevado esfuerzo formativo realizado por el Servicio de Medicina Intensiva, el grado de satisfacción alcanzado por los residentes “externos”, la metodología formativa y el grado de cumplimiento de los objetivos docentes. Conocer las propuestas realizadas y elaborar ciclos de mejora a partir de ellas

**MÉTODO.** Encuesta a la entrega de la valoración de sus calificaciones. Escala de valoración de 1 al 10. Incluye variables relacionadas con el grado de satisfacción alcanzado y otras que incluyen aspectos a destacar, por positivos y a corregir, por negativos. Periodo: mayo 2008 - mayo 2009

**RESULTADOS.** De los 33 residentes que rotaron y a los que se les entregó encuesta, 20 contestaron (no todos cumplimentaron los datos de filiación): 16 contestadas totalmente: 48'48%, 4 contestadas parcialmente: 12'12%, 13 no entregadas: 39'39%.

Especialidades mayoritarias: 17 residentes, 51'52% (Anestesia: 5 residentes, 15'15%, Hematología: 4 residentes, 12'12%, C. general: 4 residentes, 12'12%, Medicina Intensiva de otros centros: 4 residentes, 12'12%).

Notas de las cuestiones: información a la llegada: 7'1, contenidos adecuados: 8'05, confianza en el personal: 8'8, conocimiento de la rotación: 6'5, expectativas cumplidas: 7'7, trato y formación personalizada: 8'6, buena disposición para ayudar: 8'65, trato cordial: 9'1, sesiones adecuadas: 8'5, unidad de rotación adecuada: 8'95, periodo de rotación adecuado: 8'2, momento de la rotación adecuado: 7'35 y satisfacción general: 8'45

**CONCLUSIONES.** Es fundamental el papel docente del SMI, no sólo en nuestra especialidad, sino en gran parte de las especialidades hospitalarias. Además, como hospital de nivel III, recibe residentes de otros hospitales menos dotados. Podemos decir con satisfacción que nuestros puntos fuertes son: equipo muy docente, buen trato y gran atención, resolutivos, eficaces y confiables. Y nos indican posibles acciones de mejora como: mayor coordinación con los servicios origen de los MIR y mayor conocimiento y comprensión de cuales son sus objetivos docentes en nuestro servicio

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **101**

### **TÍTULO. VALORACIÓN DE LAS PERCEPCIONES DEL PERSONAL MÉDICO ACERCA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA**

*Autores: LAFUENTE MATEO M, TEJADA-ARTIGAS A, BARRA-QUÍLEZ F, UTANDE-VÁZQUEZ A*

*LAFUENTE MATEO MIRIAM . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS (miriamlafuente@hotmail.com)*

**OBJETIVOS.** Los Servicios de Medicina Intensiva son servicios centrales, con clientes externos (pacientes) e internos (otros servicios, profesionales...). Es importante saber cómo nos ven y cómo valoran nuestra labor

**MÉTODO.** Estudio prospectivo y observacional basado en la entrega, cumplimentación y posterior análisis de una encuesta dada en mano al personal médico de distintos Servicios Médicos y Quirúrgicos del Hospital Universitario Miguel Servet. La primera parte eran aspectos de la persona: edad, formación, idea preconcebida que poseía sobre cómo debía de ser una UCI; en segundo lugar, serie de cuestiones relacionadas con el funcionamiento del servicio y, en tercer lugar, parte en que propusieran ideas de mejora

**RESULTADOS.** Encuestas obtenidas: 73. Completamente cumplimentadas: 44. No válidas: 13. Servicios médicos: 55 (44 staff, 7 MIR y 4 no valorables) y servicios quirúrgicos: 18 (14 staff, 2 MIR y 2 no valorables). La mayoría (71%) de encuestados estuvieron de acuerdo en lo que era una UCI (sala para el tratamiento de pacientes recuperables con una enfermedad que se encuentre en una fase crítica)

A un 92'4% se le ha denegado el ingreso de algún paciente y de ellos el 77'5% no estuvieron de acuerdo con los argumentos esgrimidos (falta de camas y reserva de cama para TRIAMAR o Neurocirugía). Es preocupante el elevado porcentaje de desacuerdo con las razones dadas para no ingresar, que aun siendo ciertas, no convencen. Y más sorprendente es el porcentaje de profesionales que, considerando el paciente de ingreso en UCI, se abstienen por razones preconcebidas.

Se desprende por otro lado que, además de defectos relacionados con la elevada actividad y del escaso número de camas, hay factores que sólo dependen de cómo trabajamos, importante elemento de mejora

**CONCLUSIONES.** Dejando aparte limitaciones y problemas metodológicos, el personal médico en general es conocedor de lo que es una UCI y cuál es su función. A pesar de ello, no acepta las razones para no ingresar. Queda por valorar si debemos explicarlas mejor o simplemente son razones que no deberían existir. Además, este estudio pone al descubierto la demanda general de un mayor número de camas para pacientes críticos y la necesidad de mejorar la organización del trabajo, para relacionarlo y orientarlo a la actividad de otras especialidades (clientes internos).

La valoración general de nuestra especialidad y de nuestro trabajo debe dejar de ser sinónimo de disponibilidad de camas y la labor del intensivista no debe centrarse exclusivamente en nuestras unidades

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **9**

### **TÍTULO. ATENCIÓN CONTINUADA, URGENCIAS-061 EN LOS 23 PUEBLOS DE LA ZONA CALAMOCHA EN TERUEL EN 6 AÑOS**

*Autores: MUR DE FRENNE L, NAVARRO, C, SEBASTIAN R, POLO MI L, BAQUERIZO I, TARTAJ JL, GIL ANDRESA, FUNES ANA PILAR*

*MUR DE FRENNE LILIANE . CS CALAMOCHA . MEDICO DE FAMILIA (lmur@salud.aragon.es)*

- OBJETIVOS.**
1. Mejora de la calidad en el servicio de atención continuada en el area de salud de Calamocha
  2. Mejorar la coordinación con el servicio UME del Jiloca
  3. Aumentar la monitorización de los pacientes por parte del personal del centro previamente a la llamada del 061.
  4. Conocer el grado de grado resolutivo de los profesionales sanitarios de nuestro centro de salud a través de la resolución de la consulta.
  5. Discriminar el motivo de consulta por el que se derivó al 061
  6. Resultado de pacientes derivados al hospital en estos 6 años
  7. Averiguar el indicador de pacientes bien derivados al hospital al revisar las historias clínicas.
  8. Conocer el grado de satisfacción de los usuarios del servicio

**MÉTODO.** -Anotar en el libro de urgencias la monitorización hecha en atención primaria

-Revisión del libro de urgencias de los 6 años

-Estudio de los derivados al 061

-Detallar en estudio las derivaciones hospitalarias

-Según el código CIAP-2 (Clasificación Internacional de atención primaria) de la WONCA española

**RESULTADOS. MONITORIZACION:** La monitorización en casos vitales ha aumentado en estos últimos 6 años, del 4% en el año 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 y al 74% en el año 2009.

**ATENCIÓN CONTINUADA:** Se ha realizado también un estudio de pacientes atendidos anualmente en atención continuada a lo largo de estos 6 últimos años: de 5899 pacientes en el año 2004, a 6086 en el 2005, a 7221 en el año 2006, a 7261 en 2007, a 7290 en el 2008 y hemos pasado a 8387 pacientes en el año de 2009

**RESOLUCION DE CASOS EN ATENCIÓN CONTINUADA:** No obstante la resolución de los casos en este Centro de Salud de Calamocha en Atención Continuada es del 93-94% a lo largo de los años, no ha variado la tasa resolutiva. En 2005: 5699 casos resueltos, 6782 en 2006, 6768 en el año 2007, 7381 en el año 2008 y 7722 en el año 2009.

**DERIVACION HOSPITALARIA:** La Derivación al Hospital ha pasado de 387 pacientes en el año 2005, a 439 en 2006, a 493 en 2007, a 602 en 2008 y a 555 pacientes en el año 2009, el porcentaje de derivación de pacientes atendidos en el centro de salud de Calamocha y derivados al hospital Obispo Polanco de Teruel, en estos 6 últimos años, no ha variado tampoco del 5,4%.

**CLASE DE ENFERMEDADES ATENDIDAS DERIVADAS POR 061:** Según el código CIAP-2, de la WONCA, versión española de la edición originaria en inglés de 1998 que se aplica en el OMI-AP con 17 capítulos de las distintas enfermedades, las derivaciones al 061 son en su mayoría de circulatorio y respiratorio, 24 y 14 casos respectivamente, mientras el resto son en orden decreciente: digestivo 5, intoxicaciones en capítulo psicológico 3, neurológico 3, locomotor 2, endocrino 1, urológica 1, embarazo 1. Con lo que sólo 9 tipos de los 17 capítulos son los más frecuentemente atendidos para derivarlos por 061, y el porcentaje de los pacientes derivados desde atención continuada del centro de salud de Calamocha al 061, no ha variado del 0,6% en estos 6 últimos años: Y oscilan al año de 53 a 62 pacientes derivados a 061 de los 6.000 a 8.300 pacientes que se ven al año en Atención Continuada

**CONCLUSIONES.**

1. Valoración de aportaciones individuales sentidas por los distintos miembros del equipo de mejora de calidad u otros miembros del equipo de salud, como en la reunión de equipo en la que se dan casos en que una misma urgencia se llama al 112, o al 061, que nos deriva de nuevo al paciente y la familia nos organizó una bronca tremenda porque era la tercera derivación del enfermo y aún nadie había visto al paciente.

2. La valoración global del servicio de atención primaria en las encuestas que llevamos a cabo desde el grupo de control de calidad de este Centro de Salud, es bueno para un 79,9% de los usuarios y creen que el tiempo que se usa en atender a los pacientes es considerado suficiente por nuestros usuarios para un 70% de los usuarios, comprenden nuestras explicaciones en un 77,4%, y les damos el tiempo necesario para explicar sus problemas con facilidad en un 80,5%.

3. Hemos aumentado el número de pacientes monitorizados en el Centro de Salud, del 4 al 70%.

Derivamos correctamente desde atención continuada a la UME, ya que sólo un 8% de los que mandamos por unidad de monitorización de emergencia son remitidos para citación programada en atención especializada

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **369**

### **TÍTULO. PROCESO: “CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN” HERRAMIENTA QUE GARANTIZA LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS PRESTADOS**

*Autores: NOYA CASTRO C, ANADON E, HOSPITAL ML, VAQUERO C, DEL CASTAÑO MJ, ARELLANO C, TABUENCA P, GALVEZ E*

*NOYA CASTRO CARMEN . HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET . SUBDIRECCION ENFERMERIA (cnoya@salud.aragon.es)*

**OBJETIVOS.** Diseñar e implantar el proceso “Cuidados de Enfermería en Hospitalización” como instrumento que garantice la calidad de los cuidados prestados.

**MÉTODO.** En el año 2008, el Equipo Directivo del Hospital Universitario Miguel Servet seleccionó el Proceso “Cuidados de Enfermería en Hospitalización” como un proceso clave de la organización y nombró un equipo de proceso, con un gestor al frente del mismo para su diseño e implementación. Para su desarrollo contamos con la colaboración de consultores especializados en gestión por procesos que nos aportaron la metodología de trabajo a seguir. Tras un periodo de formación en modelos de calidad y en gestión por procesos, el equipo diseñó y redactó el proceso en toda su amplitud.

**RESULTADOS.** Se ha definido y documentado, el proceso: “Cuidados de Enfermería en Hospitalización” con un equipo responsable del proceso y un gestor al frente del mismo. Dentro del proceso hemos incluido:

1. Justificación del proceso.
  2. Misión, Visión y Valores.
  3. Mapa del proceso.
  4. Descripción:
    - Definición funcional.
    - Límites del proceso: iniciales, finales y marginales.
    - Puertas de entrada y salida.
    - Subprocesos:
      - Acogida.
      - Valoración- Plan de cuidados.
      - Continuidad de cuidados.
    - . Destinatarios: Necesidades y expectativas
    - . Características de calidad de los servicios
    - . Actividades de los procesos, que aportan valor añadido
    - . Calidad de los documentos
    - . Evaluación del proceso. Indicadores de evaluación
- Tras redactar todo el proceso fué aprobado en Comisión de Dirección y se presentó a todos nuestros enfermeros gestores.
- Se firma un contrato de gestión, entre el equipo proceso y la Dirección del centro vinculado al pago de productividad variable.
- Se realiza una primera evaluación en tres unidades de enfermería, se detectan áreas de mejora y se establece un plan de acción.

**CONCLUSIONES.** Integrar la gestión por procesos en la práctica enfermera nos ha permitido identificar, comprender y controlar mejor y de manera más tangible las áreas de responsabilidad enfermera.

Al definir el proceso “Cuidados de enfermería en hospitalización” hemos:

1. Sistematizado todas las actividades enfermeras autónomas propias tras adecuarlas a las necesidades de nuestros pacientes
2. Mejorado los flujos de trabajo.
3. Gestionado las actividades suprimiendo aquellas que no aportan valor añadido ni al cliente ni a la organización
4. Incorporado la oportunidad de mejora continua en nuestros cuidados.

## VIII JORNADAS DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD

Zaragoza, 9 y 10 de Junio de 2010

Tipo de Comunicación: **ORAL**

Nº Reg. **114**

### **TÍTULO. PLAN DE MONITORIZACION DE HISTERECTOMIAS Y SUS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO**

*Autores: ROCA ARQUILLUE M, ROCA ARQUILLUE M, NOGUES TOMAS FJ, GARCIA LASHERAS AJ, ARRIBAS MARCO T, LOPEZ BONILLA A, AMOR LOSCERTALES A, ARAGON SANZ MA*

*ROCA ARQUILLUE MONTSERRAT . HOSPITAL DE BARBASTRO . OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (arquillue@hotmail.com)*

**OBJETIVOS.** Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo revisando las 108 histerectomías practicadas de enero a diciembre de 2009 en nuestro hospital. El 51 % de histerectomías fueron abdominales, 43.5 % vaginales, 4.6 % asistidas y 0.9% laparoscópicas. Por indicaciones la más frecuente corresponde al prolapso genital 43.5% y la 2ª indicación es la leiomiomatosis con 28.7%, continuando con patología endometrial 9.3%, ovárica benigna 7.4% y neoplásica 8.3%. EIP y endometriosis suponen 1.9 y 0.9% respectivamente. Nuestro objetivo era conocer que índice de complicaciones postoperatorias existían nunca revisado en nuestro servicio

**MÉTODO.** Sesión clínica para presentación del plan de mejora.

Revisión de la vía clínica del servicio e incidir en seguimiento estricto de la misma.

Reevaluación de las indicaciones quirúrgicas en cada caso en sesiones clínicas prequirúrgicas mensuales.

Cumplimiento de los criterios de alta, reflejados en la vía clínica.

Revisión trimestral de las histerectomías realizadas y monitorización de las complicaciones

**RESULTADOS.** En las histerectomías asistidas, incluida la laparoscópica no hubo complicación alguna.

La estancia media son 5.8 días: son 5.2 en histerectomías vaginales y asistidas y 6.3 días en las abdominales.

En histerectomías abdominales: hubo 1.8% de complicaciones intestinales, 3.6% de urológicas, se transfundieron un 9% y 21.8% tuvieron complicaciones de herida quirúrgica, fundamentalmente hematoma de pared.

En histerectomías vaginales: hubo 2.1% de complicaciones intestinales, ninguna urológica, se transfundieron y tuvieron complicaciones de herida un 4.3%

**CONCLUSIONES.** Las histerectomías asistidas, a pesar de lo novedoso de la técnica, no han tenido ninguna complicación postoperatoria. Quizás tendríamos que aumentar este tipo de abordaje quirúrgico que además tiene una estancia media menor que la histerectomía abdominal. Plantea la necesidad de formación.

Tenemos que disminuir las complicaciones de herida quirúrgica, siendo más cuidadosos en la cirugía y hemostasia en histerectomías abdominales sobre todo