

# **ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS**

**Sección de Gestión de Calidad**



**PROYECTO DE GESTIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES.**

**HERNIA INGUINAL (AÑOS 2002-2003).**

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>II. METODOLOGÍA .....</b>	<b>5</b>
<b>III. RESULTADOS.....</b>	<b>7</b>
1.- Servicios Participantes.....	7
2.- Características Generales del paciente.....	7
3.- Estudio Preoperatorio.....	9
4.- Intervención Quirúrgica.....	10
5.- Complicaciones Postoperatorias.....	10
6.- Tiempos.....	10
7.- Consumo de Recursos.....	12
8.- Hernia Recidivada.....	12
9.- Encuesta de Satisfacción.....	13
<b>IV. ANEXO. Listado de participantes.....</b>	<b>14</b>

## I. INTRODUCCIÓN

La evolución de los sistemas sanitarios camina hacia la satisfacción del paciente y el vertiginoso aumento de los gastos sanitarios ha promovido la necesidad de implantar técnicas de evaluación y de mejora de la calidad, estas técnicas persiguen proporcionar servicios sanitarios de alta calidad al menor coste posible.

La Asociación Española de Cirujanos desea facilitar la labor de los profesionales y para ello quiere ofrecer herramientas que ayuden al conocimiento de los procesos clínicos que desarrollan con vistas a las innovaciones que se están produciendo y que están llevando a una progresiva autogestión en todas las áreas de la sanidad española.

La política actual de pactar objetivos anuales con la administración de nuestros hospitales ha creado la necesidad de que los servicios quirúrgicos dispongan de una cartera de servicios con información real sobre los procesos clínicos que se llevan a cabo. Además, los cirujanos siempre se han preocupado por sus resultados clínicos, existiendo en la actualidad un creciente interés por el conocimiento de las diferentes etapas que conforman dichos procesos.

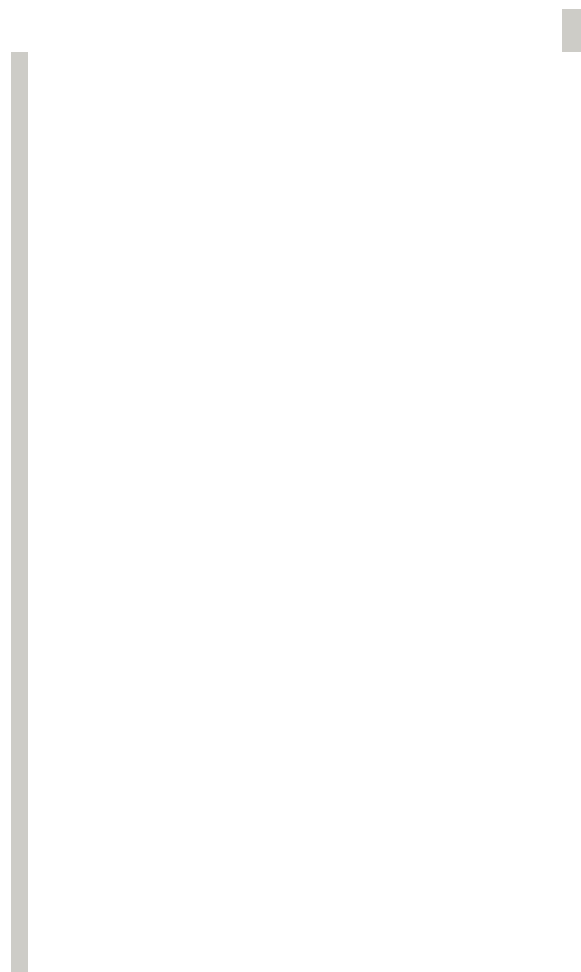
La importancia de la hernia inguinal deriva de su elevada tasa de prevalencia y , aunque los datos no son precisos, esta patología es una de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes. Según datos del Ministerio de Sanidad ocupa el séptimo lugar, con 15.476 altas hospitalarias, entre los GRD más frecuentes del año 2000, excluyendo aquellas comunidades autónomas con transferencias en sanidad. En estudios epidemiológicos de poblaciones definidas, se han publicado entre un 12% y un 18% de intervenciones por hernia inguinal recidivada. Siendo la hernia recurrente un problema de gran importancia y que requiere mejorar nuestros conocimientos sobre la calidad global de la asistencia prestada.

El primer paso para poder aplicar mejoras sobre un proceso es conocer cómo se está llevando a cabo y analizar la forma en la que se realiza. Para ello es fundamental conseguir información fidedigna y representativa.

Toda la información obtenida servirá como instrumento para medir el nivel de calidad que ofrece cada grupo quirúrgico en los diferentes procesos

tomando como referencia los estándares nacionales con el fin de poder mejorar dichos procesos en determinadas partes concretas.

Una vez conocido todo el proceso de la hernia inguinal, estaremos en condiciones de poder elaborar la Vía Clínica optimizada y unos indicadores clínicos y estándares que permitan establecer la metodología de la mejora continua de la calidad en esta patología.



## II. METODOLOGÍA

A finales del año 2001, se planteó realizar un estudio descriptivo, transversal y prospectivo desde el diagnóstico de la hernia inguinal hasta 30 días después de la intervención quirúrgica de pacientes operados de forma consecutiva en los Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo de hospitales correspondientes a todas las comunidades del Estado Español, en función del número de habitantes y la incidencia de este proceso en cada autonomía.

### 1.- Tamaño Muestral

El tamaño muestral se ha calculado en función de la población proporcional de cada territorio (Comunidades Autónomas, Ceuta y Melilla), considerando una precisión del 95% y una probabilidad del 50%.

La muestra calculada ha sido de 384 casos. Esta muestra se ha incrementado en un 50% para cubrir posibles pérdidas y fichas no válidas, siendo el número mínimo solicitado por Servicio de 4 casos.

El reparto de los casos que han correspondido a cada autonomía ha sido:

<u>COMUNIDAD AUTÓNOMA</u>	<u>NUMERO DE CASOS</u>
ANDALUCIA	100
ARAGÓN	18
ASTURIAS	17
BALEARES	12
CANARIAS	22
CANTABRIA	8
CASTILLA-LEÓN	38
CASTILLA-LA MANCHA	23
CATALUÑA	86
COMUNIDAD VALENCIANA	56
EXTREMADURA	18
GALICIA	47
COMUNIDAD DE MADRID	71
MURCIA	18
NAVARRA	8
PAIS VASCO	30
LA RIOJA	4
CEUTA Y MELILLA	4

## 2.- Criterios de Inclusión

- Hernia inguinal unilateral o bilateral, recidivada o no.

## 3.- Criterios de Exclusión

- Cirugía de urgencia.
- Procedimientos quirúrgicos asociados diferentes al de la hernia inguinal.

## 4.- Variables Objeto de Estudio

Se han definido variables sobre los siguientes aspectos:

- Características clínicas de los pacientes.
- Calidad científico-técnica del proceso.
- Efectividad clínica.
- Consumo de recursos.
- Tiempos consumidos en el proceso.
- Satisfacción de los pacientes.
- Régimen de hospitalización, nivel del hospital, tipo de anestesia.

A los profesionales que aceptaron participar en el proyecto se les facilitó la siguiente documentación y herramientas:

- Texto del proyecto
- Fichas con todas las variables a registrar
- Base de datos informatizada con dichas variables y dirección de Internet para su remisión.
- Cuestionarios de satisfacción del paciente ( modelo Servqhos<sup>®</sup>).

Las condiciones indicadas a todos los colaboradores fueron:

- 1.- Comenzar puntualmente la recogida de casos a partir de la fecha de recepción.
- 2.- Recoger todos los casos asignados de forma consecutiva, sin dejar de incluir ningún caso excepto los que cumplan los criterios de exclusión.
- 3.- Cumplimentar los datos con toda veracidad.

Se aseguró, en todo momento, la confidencialidad de la información respecto al nombre del servicio y del hospital, así como no se recogió ningún dato identificativo del paciente. Las encuestas de satisfacción fueron, también, anónimas.

### III. RESULTADOS

#### 1.- Servicios Participantes

El número total de hospitales que han participado en el proyecto ha sido de 46, correspondiendo a centros de 16 Comunidades Autónomas.



Figura 1: Distribución de hospitales por Comunidades Autónomas.

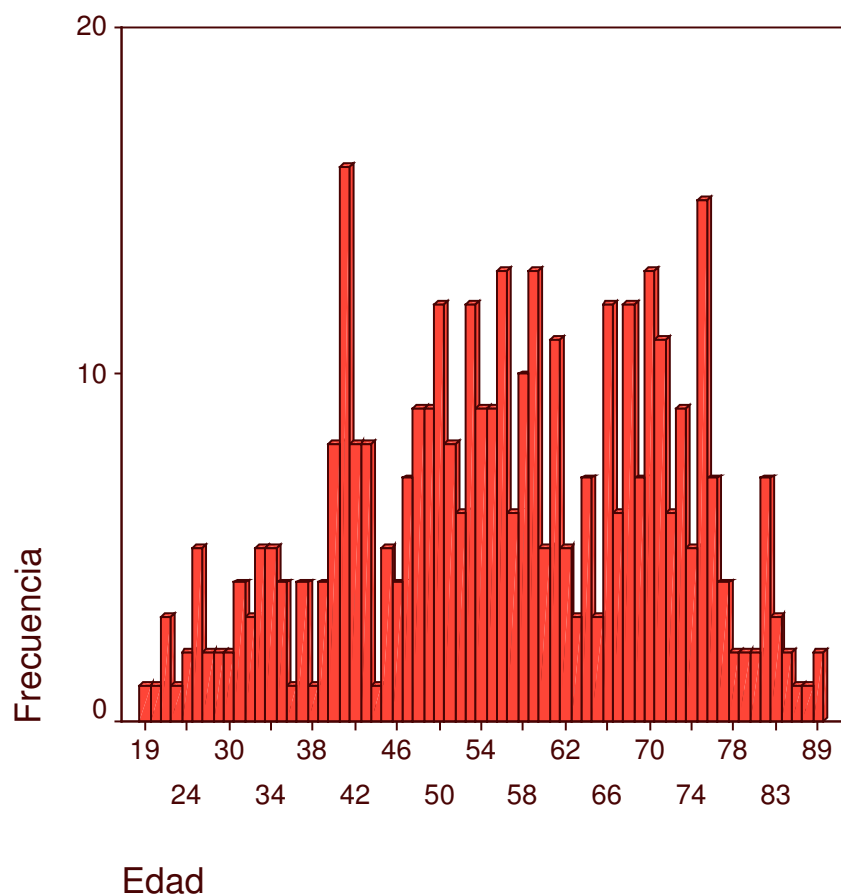
#### 2.- Características Generales del Paciente

Se han recibido 386 casos con una distribución por niveles de hospitales que se describe en la tabla 1:

<b>Nivel hospital</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>A (&lt;300 camas)</b>	94	24,4	24,4
<b>A (&lt;300 camas)</b>	94	24,4	24,4
<b>B (300-800 camas)</b>	153	39,6	64
<b>B (300-800 camas)</b>	153	39,6	64
<b>C (&gt; 800 camas)</b>	139	36	100,0
<b>C (&gt; 800 camas)</b>	139	36	100,0
<b>Total</b>	386	100,0	
<b>Total</b>	386	100,0	

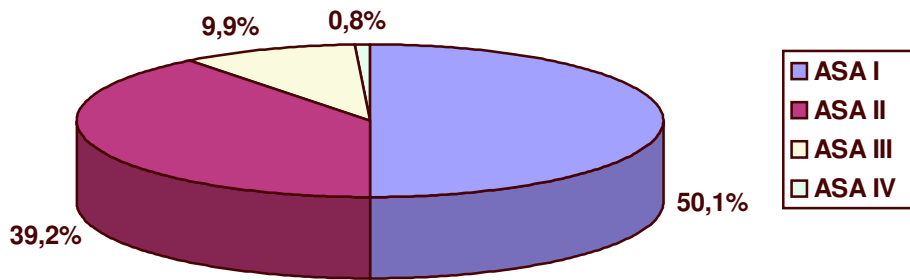
**Tabla 1:** Niveles Hospitalarios.

La distribución según el sexo ha demostrado un claro predominio del sexo masculino con un 88,3% de los casos. La edad media ha sido de 56,33 años con un rango de 19 a 89, una Desviación Típica =15,14, Mediana=56 y Moda=41.



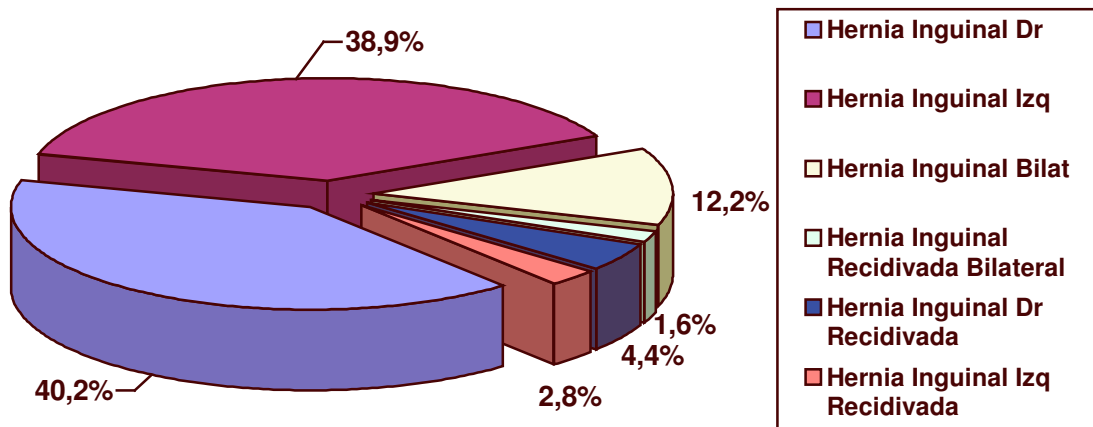
**Gráfico 1:** Distribución según Edades.

La clasificación A.S.A. de los pacientes que han sido valorados por el Servicio de Anestesia se muestra en el gráfico 2:



**Gráfico 2:** Distribución según la Clasificación A. S.A.

La localización derecha ha sido la más frecuentemente encontrada con el 40,2% de los casos, seguida de la localización izquierda con un 38,9%. En el siguiente gráfico se muestran todas las localizaciones solicitadas.



**Gráfico 3:** Localizaciones Herniarias.

### 3. ESTUDIO PREOPERATORIO.

Las pruebas básicas para completar el estudio preoperatorio han reportado el siguiente resultado:

<b>Prueba Solicitada.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Hemograma</b>	98,4
<b>E. de coagulación</b>	97,9
<b>Bioquímica</b>	95,1
<b>Rx. de tórax</b>	92,2
<b>ECG</b>	94

**Tabla 2:** Estudio Preoperatorio

La consulta al Servicio de Anestesia se realizó en el 91,9% de los casos, distribuyéndose sus frecuencias entre pacientes ingresados y ambulantes como se indica en la tabla 3:

<b>Consulta de Anestesia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>AMBULANTE</b>	322	83,4
<b>INGRESADO</b>	33	8,5
<b>NO SE REALIZA</b>	28	7,3
<b>NO CONTESTA</b>	3	0,8
<b>Total</b>	<b>386</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 3:** Consulta Preanestésica

El consentimiento informado para la cirugía se aplicó en el 95,6% de los pacientes.

#### 4. INTERVENCIÓN QUIRURGICA.

La tabla siguiente muestra los datos relativos a los tipos de intervención efectuados en los pacientes encuestados

<b>Tipo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Operación de Bassini	8	2,1
Operación de Gilbert	28	7,3
Cirugía Laparoscópica Extraperitoneal	10	2,6
Cirugía Laparoscópica Intraperitoneal	10	2,6
Técnica de Lichtenstein	193	50
Técnica de McVay	2	0,5
Operación de Shouldice	33	8,5
Técnica de Rutkow-Robbins	66	17,1
Técnica de Stoppa	7	1,8
Otras	28	7,3
No Contesta	1	0,3
<b>Total</b>	<b>386</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 4:** Técnicas Quirúrgicas efectuadas.

El material más frecuentemente utilizado en las técnicas en la que se colocó una prótesis fue el polipropileno, siendo utilizado en el 72,8% de los casos.

#### 5. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Las complicaciones postoperatorias mas frecuentes han sido la aparición de un hematoma y la infección de la herida quirúrgica que han ocurrido en el 10,6% (41 casos) y el 1,3 % (5 casos) respectivamente. La totalidad de las complicaciones se resumen en la tabla 5:

<b>COMPLICACION</b>	<b>%</b>	<b>Nº de casos</b>
<b>Dolor Intenso al Mes de la Operación</b>	0,3	1
<b>Orquitis</b>	0,3	1

<b>Atrofia Testicular</b>	0,35	1
<b>Infección herida quirúrgica</b>	1,3	5
<b>Hematoma</b>	10,6	41
<b>Infección de Prótesis</b>	0,5	2
<b>Retención Urinaria</b>	0,8	3
<b>Cefalea</b>	1,3	5
<b>Seroma</b>	0,5	2

**Tabla 5:** Complicaciones Postoperatorias.

Las complicaciones halladas en los casos tratados mediante colocación de prótesis han sido de 24 (7,1%), mientras que en los pacientes en los que no se puso una prótesis aparecieron complicaciones en el 16,2% (6 casos).

## 6. TIEMPOS

La permanencia en lista de espera ha sido de más de 90 días para el 45,1 % de los encuestados.

<b>Tiempo de Espera</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>NO CONTESTA</b>	7	1,8
<b>&lt; 30 DIAS</b>	94	24,4
<b>&gt; 90 DIAS</b>	174	45,1
<b>30-90 DIAS</b>	111	28,8
<b>Total</b>	386	100,0

**Tabla 6:** Tiempo de permanencia en Lista de Espera.

La duración media de la intervención fue de 47,29 minutos con una Mediana= 24 minutos y una Desviación Típica=110,2 minutos.

La estancia preoperatoria media ha sido de 7,65 horas con una Desviación Típica de 11,12 horas y Mediana= 4 horas. La estancia postoperatoria media ha sido de 25,92 horas, Desviación Típica=28,64 horas y Mediana =19.

La estancia global media ha sido de 33,63 horas, con una Mediana=24 horas y Desviación Típica= 33,21 horas.

Los pacientes intervenidos en régimen de CMA han tenido una estancia media total de 11,67 horas, las estancias preoperatoria y postoperatoria han sido, respectivamente, de 2,55 horas y de 8,77 horas. Estos datos son significativamente mejores que los obtenidos en régimen de hospitalización. En la tabla siguiente se describen de forma completa todos los datos.

		<b>MEDIA (Horas)</b>	<b>DESVIACIÓN TIP.</b>	
<b>ESTANCIA</b>	<b>CMA</b>	<b>2,55</b>	<b>4,01</b>	<b>Diferencia</b>
<b>PREOPERATORIA</b>	<b>HOSPITALIZACION</b>	<b>10,18</b>	<b>12,58</b>	<b>Estadísticamente significativa</b>
<b>ESTANCIA</b>	<b>CMA</b>	<b>8,77</b>	<b>13,52</b>	<b>Diferencia</b>
<b>POSTOPERATORIA</b>	<b>HOSPITALIZACION</b>	<b>35,26</b>	<b>30,33</b>	<b>Estadísticamente significativa</b>
<b>ESTANCIA</b>	<b>CMA</b>	<b>11,67</b>	<b>14,40</b>	<b>Diferencia</b>
<b>TOTAL</b>	<b>HOSPITALIZACION</b>	<b>45,36</b>	<b>34,46</b>	<b>Estadísticamente significativa</b>

**Tabla 7:** Régimen de ingreso y estancias hospitalarias

El número de complicaciones que han aparecido en los pacientes intervenidos en régimen de CMA ha sido del 6,2% (8 casos). Mientras que en los enfermos ingresados de forma convencional, el número de complicaciones han sido de 24 (9,4%), no siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Los resultados de relacionar el tipo de ingreso con las complicaciones aparecidas y el nivel A.S.A. de los pacientes se exponen en la tabla 8.

	<b><u>Complicaciones:SI</u></b>		<b><u>Complicaciones:NO</u></b>	
	<u>Tipo de ingreso</u>		<u>Tipo de ingreso</u>	
	<u>CMA</u>	<u>HOSPIT.</u>	<u>CMA</u>	<u>HOSPIT.</u>
ASA I	6 (75%)	8 (33,3%)	65 (56%)	108 (47,6%)
ASA II	2 (25%)	6(25%)	49 (42,2%)	91(40,1%)
ASA III		9 (37,5%)	2 (1,7%)	26 (11,5%)
ASA IV		1(4,2%)		2 (0,9%)

**Tabla 8:** Relacion entre nivel ASA, Tipo de ingreso y Complicaciones.

### 7.- CONSUMO DE RECURSOS

La aplicación de profilaxis antibiótica (75,4% de los casos) ha sido elevada , no siendo por el contrario, la utilización de la profilaxis antitrombótica ya que se efectuó en el 43,5% de los pacientes.

En la tabla siguiente se describen los antibióticos utilizados.

No Contesta	92	23,8
AMOXI-CLAVULANICO	118	30,6
CEFALOSPORINA 1 GENERACION	98	25,4
CEFALOSPORINA 2 GENERACION	62	16,1
CEFALOSPORINA 3 GENERACION	7	1,8
OTROS	9	2,3
Total	386	100,0

**Tabla 9:** Tipos de Antibióticos utilizados.

El antibiótico se ha utilizado como profilaxis (una única dosis) en el 66,8% de los enfermos. De los pacientes tratados con colocación de una prótesis se utilizó la profilaxis antibiótica en el 83,4% de los casos.

El tipo de prótesis utilizadas según las diferentes técnicas quirúrgicas se muestran en la tabla 10.

<b>TIPO DE PROTESIS</b>				
<b><u>TÉCNICA QUIRÚRGICA</u></b>	<b><i>Polipropileno Plana</i></b>	<b><i>Poliglactin</i></b>	<b><i>PTFE</i></b>	<b><i>Otras</i></b>
<b>STOPPA</b>	<b>100%</b>			
<b>GILBERT</b>	<b>100%</b>			
<b>LAPAROSCÓPICA EXTRAPERITONEAL</b>	<b>90%</b>			
<b>LAPAROSCÓPICA INTRAPERITONEAL</b>	<b>100%</b>			
<b>LICHTENSTEIN</b>	<b>95,3%</b>	<b>0,5%</b>	<b>3,1%</b>	
<b>RUTKOW-ROBBINS</b>	<b>33,3%</b>			<b>60,1%</b>

**Tabla 10:** Tipos de Prótesis según Técnica Quirúrgica.

#### 8.- HERNIA RECIDIVADA

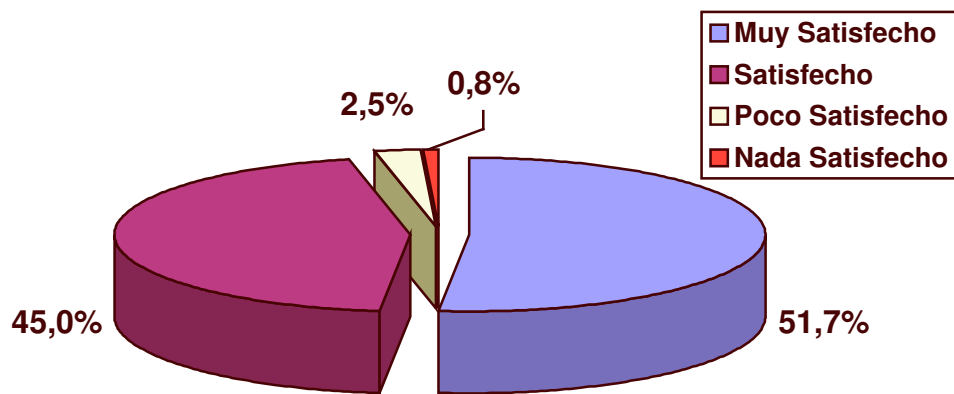
El número de pacientes que han presentado una recidiva herniaria ha sido de 34, lo que supone una tasa de recidiva del 8,8%. La técnica quirúrgica que más casos de recidiva ha presentado ha sido la técnica de Bassini con un 3,4% (13 pacientes). Las técnicas que emplean mallas presentaron una recidiva en el 1,8% de los enfermos (7 casos).

El 58,8% de los enfermos que presentaron una recidiva herniaria lo hicieron pasados más de cinco años desde la primera intervención. Ocho de los 34 pacientes se reintervinieron en el mismo centro hospitalario y tan solo un cirujano volvió a operar a su paciente.

#### 9.- ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

El número total de cuestionarios válidos remitidos ha sido de 241, lo que representa el 62,43% del total de casos recibidos.

La satisfacción global con los cuidados sanitarios recibidos por los pacientes durante su estancia en el hospital ha sido la siguiente:



**Grafico 4:**  
Grados de Satisfacción

ción

La amabilidad del personal en su trato con la gente ha sido el aspecto mejor valorado por los pacientes con una puntuación media de 4,03 (Mínimo=1; Máximo=5; DS=0,87). Otros aspectos valorados positivamente se muestran en la siguiente tabla:

ASPECTOS MEJOR VALORADOS	MEDIA DE PUNTUACIÓN (Mínimo=1, Máximo=5)
AMABILIDAD DEL PERSONAL	4,03
TRATO PERSONALIZADO	3,91
CONFIANZA TRANSMITIDA POR EL PERSONAL	3,89
INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LOS MEDICOS	3,86
PREPARACIÓN DEL PERSONAL	3,82

**Tabla 11:** Aspectos mejor valorados

Por el contrario los aspectos peor valorados por los pacientes han sido los que se exponen a continuación:

ASPECTOS PEOR VALORADOS	MEDIA DE PUNTUACIÓN (Mínimo=1, Máximo=5)
FACILIDAD PARA LLEGAR AL HOSPITAL	3,49
PUNTUALIDAD DE LAS CONSULTAS MEDICAS	3,51
LAS INDICACIONES PARA ORIENTARSE EN EL HOSPITAL	3,52
TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO POR UN MEDICO	3,53
CAPACIDAD DEL PERSONAL PARA COMPRENDER LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES	3,63

**Tabla 12:** Aspectos peor valorados

El 80,9% de los pacientes conocían el nombre del médico que les trataba, mientras que el 67,2% desconocían el nombre de la enfermera que les cuidaba.

El 92,5% de los pacientes consideran que han recibido información suficiente en relación con su proceso. La gran mayoría (92,1%) recomendarían el hospital sin dudarlo.

El 80% de los enfermos han considerado justo el tiempo de ingreso, aunque en el 1,2% de los casos se han realizado pruebas o intervenciones sin información previa.

#### IV. ANEXO. Listado de participantes.

Nombre y Apellidos	Centro	Localidad
Acea Nebril B	Complejo Hospitalario Juan Canalejo-Maritimo de Oza	A Coruña
Aguayo Albasini J L	Hospital General Universitario J. M.Morales Meseguer	Murcia

Alvarez Caperochipi F J	Hospital Donostia	San Sebastian
Alvarez Cienfuegos J	Clinica Universitaria de Navarra	Pamplona
Baltasar Torrejón A	Hoapital Virgen de los Lirios	Alcoy (Alicante)
Bengochea Cantos J M	Hospital Campo Arañuelo	Navalmoral de la Mata
Cabezali Sanchez R	Fundación Hospital Calahorra	Calahorra
Carranza Albarran G	Area hospitalaria Juan Ramón Jimenez	Huelva
Casal Nuñez J E	Hospital Meixoeiro	Vigo
Castro Lorenzo J	Hospital Universitario "Del Rio Ortega"	Valladolid
Celdran Uriarte A	Fundación Jimenez Diaz	Madrid
Dávila Dorta D	Hospital General Universitario	Valencia
Docobo Durantez F	Hospitales Universitarios Virgen del Rocio	Sevilla
Elorza Orue J L	Policlínica Gipuzkoa	San Sebastian
Feliu Pala X	Fundación Sanitaria de Igualada	Barcelona
Fernandez Lobato R	Hospital Universitario de Getafe	Madrid
Fernandez Sanchez R	Hospital Carlos III	Madrid
Fernandez-Llamazares J	H. Universitario Germans Trias y Pujol	Badalona
Ferrón Orihuela J A	Hospital Universitario Virgen de las Nieves	Granada
Flor Civera B	Hospital Clinico Universitario de Valencia	Valencia
Garcia Cuyas F	H. Universitario Germans Trias y Pujol	Badalona
García Sabrido J L	Hospital General Universitario G. Marañón	Madrid
Gómez Fleitas M	Hospital Universitario Marques de Valdecilla	Santander
Gonzalez Uriarte J	Clínica Santa María de la Asunción	Tolosa
Granell Vincent F J	Hospital Universitario Principe de Asturias	Alcalá de Henares (Madrid)
Guerrero Vaquero A	Hospital Carlos III	Madrid
Guevara Enciso F	Hospital Esperanza	Vitoria
Hernandez Granados P	Fundación Hospital Alcorcón	Madrid
Hernando Tavira R	Hospital de Sabadell	Sabadell
Hidalgo Pascual M	Clinica Nuestra Señora del Rosario	Madrid
Jaurieta Mas E	Ciudad Sanitaria De Bellvitge-P. De España	Hospitalet de Llobregat
Laporte Roselló E	Hospital de Sabadell	Sabadell
Limones Esteban M	Hospital Universitario de Getafe	Madrid
Lujan Mompean J A	Hospital Virgen de la Arrixaca	Murcia
Lledó Matoses S	Hospital Clinico Universitario de Valencia	Valencia
Martin Duce A	Hospital Universitario Principe de Asturias	Alcalá de Henares (Madrid)
Martinez Rodriguez E	Hospital Central de Asturias	Oviedo
Noguerales Fraguas F	Hospital Universitario Principe de Asturias	Alcalá de Henares (Madrid)
Olea Martinez J M	Clinica Universitaria de Navarra	Pamplona
Ortiz Hurtado H	Hospital Virgen del Camino	Pamplona
Palma Carazo F	Hospital Costa del Sol	Marbella
Pampin Medela L	Hospital Meixoeiro	Vigo
Perez Ortega A	Complejo hospitalario San Millán y San Pedro	Logroño
Porrero Carro J L	Clínica Nuestra Señora de América	Madrid
Revuelta Alvarez S	Hospital Sierrallana	Torrelavega (Santander)
Rodriguez Garcia J I	Hospital Comarcal de Jarrío	Coaña
Rodriguez Prieto I	Complejo Hospitalario de Toledo	Toledo
Sanchez Estella R	Hospital Virgen de la Torre	Madrid
Sanchez Lozano J A	Complejo Hospitalario Nuestra Señora de la Candela	Santa Cruz de Tenerife
Sanchez-Bustos Cobaleda F	Hospital Universitario 12 de Octubre	Madrid
Segura Movellan J	Fundación Privada Hospital de Mollet	Mollet del Vallés
Seoane Gonzalez J B	Complejo hospitalario La Mancha-Centro	Alcazar de San Juan
Tamames Gómez S	Clínica La Milagrosa	Madrid
Targarona Soler E	Fund. Gest. San. Hosp. Sta Creu i St. Pau	Barcelona
Troya J	H. Universitario Germans Trias y Pujol	Badalona
Truyente Peris R	Hospital General Universitario	Valencia
Utrera Gonzalez A	Area Hospitalaria Juan Ramón Jimenez	Huelva
Val Gil J M	Hospital General de Teruel Obispo Polanco	Teruel
Villela Plaza R	Hospital Universitario Principe de Asturias	Alcalá de Henares (Madrid)

