

COMITÉ CIENTÍFICO

Desde el Comité Científico quisiéramos agradecer a los ponentes de las comunicaciones recibidas, en un importante número y destacada calidad, su interés por participar en el éxito del Congreso.

También resaltar la tarea realizada por los evaluadores del Comité Científico en tiempo y forma para seleccionar las mejores comunicaciones de cada área para ser expuestas de forma oral.

Fernando Docobo Durántez
Presidente Comité Científico

RESÚMENES DE COMUNICACIONES ORALES

ANESTESIA

O-01 VALORACIÓN DEL DOLOR TRAS DACRIORRINOSTOMÍA EXTERNA EN RÉGIMEN AMBULATORIO. ESTUDIO OBSERVACIONAL

A. Lozano Reina, J. Serrano Pastor, I. Collado de la Guerra, M. D. Moreno Rey, M. Echevarría Moreno, C. Almeida González

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: Valorar el dolor tras la dacriorrinostomía externa al alta y al mes, y observar si existe relación entre el dolor y el tratamiento analgésico administrado durante el procedimiento.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyen 53 pacientes sometidos a dacriorrinostomía externa en régimen ambulatorio desde julio de 2022 a marzo de 2023 en el Hospital Virgen de Valme. Las variables registradas son: demográficas (sexo y edad), valoración del riesgo anestésico según clasificación ASA, el empleo de analgesia intraoperatoria según protocolo o no (nuestro protocolo de analgesia incluye metamizol 2 G i.v y dexketoprofeno

50 mg i.v). Se contacta telefónicamente y se obtiene consentimiento verbal, se les realiza una entrevista protocolizada a todos los pacientes sobre el dolor al alta y al mes de la intervención según la escala verbal numérica (EVN) clasificándose en dolor leve (EVN 1-3) y dolor moderado-severo (EVN 4-10). También se registra el grado de satisfacción del paciente respecto al procedimiento anestésico en régimen ambulatorio.

Conclusiones: Se analizaron 53 pacientes, edad media de 61,53 años de los cuales el 67,9 % eran mayores de 55 años, el 80 % fueron mujeres, el 13,2 % ASA I, el 62,2 % ASA II, 20,8 % ASA III y 3,8 % ASA IV.

Al valorar el EVN según la edad, dividiendo la muestra en pacientes mayores y menores de 55 años, observamos que el dolor al alta en los pacientes > 55 años, es leve (EVN 1-3) en un 70,6 %, y en un 77,8 % en aquellos pacientes < 55 años (p 0,73). Sin embargo, al mes los pacientes > 55 años presentaban un dolor moderado-severo (EVN 4-10) en un 8,8 % frente al grupo < 55 años en el cual todos presentaron un dolor leve (p 0,2).

Analizando el dolor según el sexo, las mujeres presentaron un dolor leve al alta (75 %) y al mes (92,9 %), al igual que en el grupo de los hombres (77,8 % al alta y 100 % al mes).

Con respecto al ASA, observamos como al alta, el dolor es leve en el 57,1 % de los pacientes ASA I, el 78,8 % de los ASA II y en el 76,9 % de los ASA III ($p < 0,55$), y el dolor es moderado-severo en el 42,9 % de los pacientes ASA I, 21,2 % ASA II y 18,2 % de ASA III, no siendo valorable el grupo de ASA IV por su bajo número de muestra. Al mes, el dolor fue leve en todos los pacientes ASA I y se observó dolor moderado-severo en el 3,2 % de los pacientes ASA II y en el 18,2 % de los pacientes ASA III ($p < 0,2$).

De los 53 pacientes, en el 73,5 % se aplicó el protocolo de analgesia intraoperatoria, en el 9,43 % se aplicó analgesia, pero no según protocolo, y en el resto no se utilizó analgesia intraoperatoria. De los pacientes con analgesia según protocolo, el 84,6 % describe el dolor al alta como leve, sin embargo, se observó un dolor moderado-severo al alta en un 40 % de los pacientes con analgesia fuera de protocolo y en un 55,6 % de aquellos pacientes a los que no se les administró analgesia ($p < 0,05$). Al mes se observó dolor leve en el 94,9 % de los pacientes del grupo de analgesia según protocolo, en el 100 % de los pacientes con analgesia fuera de protocolo y en el 85,7 % del grupo sin analgesia. El dolor moderado-severo permanecía al mes del alta en el 14,3 % de los pacientes a los que no se le administró tratamiento analgésico, convirtiéndose en dolor leve en todos los pacientes con tratamiento analgésico no protocolizado.

En cuanto al grado de satisfacción, del total de los pacientes el 62,3 % se encuentran muy satisfechos con la técnica anestésica realizada, el 28,3 % se encuentran satisfechos y el 9,4 % se encuentran insatisfechos.

Conclusiones: En aquellos pacientes sometidos a dacriorri-nostomía externa bajo anestesia locorregional, que siguen el protocolo analgésico intraoperatorio establecido en nuestro hospital, existe menor porcentaje de dolor moderado-severo que en los pacientes con analgesia fuera de protocolo o aquellos en los que no se ha aplicado analgesia ($p < 0,05$).

Palabras clave: Dacriorri-nostomía, anestesia, oftalmología, dolor, ambulatorio.

O-02 SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DE LOS PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS SOMETIDOS A AMIGDALECTOMÍA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EL 2022

A. Olmos Nieto, A. Fernández González, J. M. Arroyo Molina, J. L. López Romero
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Describir la aparición de complicaciones en el postoperatorio inmediato de pacientes sometidos a amigdalectomía en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria con una edad inferior o igual a 15 años en el Hospital Duques del Infantado en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2022.

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en pacientes iguales o menores de 15 años intervenidos de amigdalectomía en régimen de CMA en el Hospital Duques del Infantado entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre del mismo año.

La fuente de información primaria fue la historia clínica digitalizada de dichos pacientes a la que se accedió tras la obtención de su consentimiento.

Como criterios de inclusión, se seleccionaron a todos los pacientes sometidos a amigdalectomía en dicho hospital, en los meses descritos previamente y con una edad inferior o igual a 15 años.

Todos los procedimientos fueron realizados en régimen de CMA con una estancia mínima de 6 horas en la unidad y con un protocolo de alta estandarizado con el test modificado PADSS (pacientes con una puntuación superior a 8 se consideran idóneos para el alta a domicilio).

La prescripción analgésica se realizó con fármacos del primer escalón de la escala analgésica de la OMS. En algunos pacientes se utilizó perfusión a través de elastómero.

Se realizó el seguimiento postoperatorio de los pacientes mediante una llamada telefónica en las 24-48 horas posteriores a la intervención, en la que se recogían la aparición de complicaciones tras el alta hospitalaria como sangrado, náuseas y vómitos y dolor valorado este último a través de la escala EVA, así como la necesidad de analgésicos y el inicio de tolerancia.

Para las variables cualitativas calculamos los porcentajes absolutos y relativos. Para las variables cuantitativas se calculó la media y las desviaciones estándar en el caso de que la distribución fuera normal (según el test de Kolmogorov-Smirnov) y la mediana y el rango intercuartílico en caso contrario.

Conclusiones: Se incluyeron un total de 40 pacientes. La amigdalectomía fue realizada con éxito en el 100 % de los pacientes sin necesidad de reintervención.

De ellos, 16 fueron mujeres y 24 hombres. Comprendían edades de entre 3 y 15 años de acuerdo a los criterios de inclusión. La media de edad de los pacientes que se sometieron a cirugía fue de 7 ($p_{25-p_{75}} = 4-11$). No hubo diferencias estadísticas según el sexo y la mayoría de los pacientes tenía entre 3 y 10 años (75 %).

El dolor se midió de 0 a 10 siguiendo la escala de dolor de EVA a las 24-48 h, valorado por los familiares de los pacientes. Si comparamos el dolor entre ambos géneros, encontramos que la media de dolor según la escala EVA fue de 4,75 en niños y de 4,1875 en niñas. Todos los pacientes del estudio presentaron dolor, exceptuando aquellos a los que se administró analgesia a través de elastómero.

En cuanto al resto de complicaciones 3 de los niños experimentaron fiebre (7,5 %). 5 de ellos presentaron sangrado importante (12,5 %). 4 de los mismos presentaron náuseas junto con vómitos (10 %), sin diferencias significativas entre ambos géneros.

En general, la mayor parte de los pacientes presentaron un buen estado general tras 24-48 horas de la intervención (77,5 %), uno de ellos definió su estado como excelente (2,5 %) y los 8 restantes como regular (20 %).

La amigdalectomía fue combinada con adenoidectomía en 32 pacientes (80 %).

Conclusión: En nuestro medio, la amigdalectomía ambulatoria es un procedimiento muy seguro, con escasas complicaciones y de poca gravedad. Además la buena tolerancia oral de los pacientes en las primeras 24-48 horas y la escasa tasa de náuseas y vómitos postoperatorios en niños, favorecen la inclusión dentro de los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria, constituyendo uno de los pocos procedimientos realizados en niños incluidos en este régimen.

Sin embargo, se deben tener en cuenta las principales complicaciones como son la hemorragia precoz y el dolor.

En este sentido y para mejorar el control de las complicaciones postoperatorias debe protocolizarse el tratamiento analgésico, así como el seguimiento de otras recomendaciones por parte de los familiares.

Palabras clave: Amigdalectomía, complicaciones postoperatorias, hemorragia, dolor.

O-03 EXPERIENCIA DEL PRIMER AÑO EN PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

A. Sánchez Allueva, A. Cabrera Coma, F. Blasco Blasco, E. López Picazo, M. Castells Esteve, J. F. Suárez Novo, N. Picola Brau, F. Vigués Julià
Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona

Objetivos: Reportar nuestra experiencia inicial de prostatectomía radical robótica (PRR) en régimen ambulatorio.

Métodos: Análisis retrospectivo de los primeros pacientes intervenidos de PRR en régimen ambulatorio entre marzo de 2021 y febrero de 2022.

Previo al inicio del programa se elaboró un protocolo asistencial conjunto de los Servicios de Urología y Anestesiología, el cual fue aprobado por la dirección del centro hospitalario para incorporar este procedimiento al régimen de CMA. En la consulta de urología, los pacientes eran informados de la novedad en la ambulatorización de esta cirugía y aceptaban el proceso mediante firma de consentimiento informado.

Los criterios de inclusión para ambulatorización fueron:

- Características del paciente.
- Edad < 70 años.
- IMC ≤ 30.
- Paciente cooperador, que comprenda las instrucciones pre y postoperatorias.
- Participación voluntaria en el programa.
- Entorno social.
- Un adulto responsable debe hacerse cargo del paciente las primeras 24-48 horas.
- Teléfono accesible las 24 horas del día.
- Sin barreras arquitectónicas (disponibilidad de ascensor si vive en un piso alto).
- Vivienda a menos de 100 km del Hospital.
- El paciente y sus familiares se responsabilizarán de su propio traslado.
- Estado físico (A.S.A.).
- Se admiten los ASA I-II.
- Los ASA III estables, al menos tres meses antes de la cirugía, se incluirán una vez que el programa esté bien establecido.
- Los diabéticos tratados con ADO pueden incluirse si se intervienen a primera hora de la mañana.
- Cirugía.
- Programación de la IQ antes de las 10 AM (primera cirugía del parte quirúrgico).
- Tiempo quirúrgico menor de 150 minutos.
- PRR por CaP de bajo riesgo y riesgo intermedio (sin linfoadenectomía asociada).
- Próstatas anatómicamente normales y volumen prostático menor de 70 cc (medido por RMmp)-

Los criterios de exclusión fueron:

- ASA III inestable.
- Alergias a AINES y al látex.
- Obesidad (IMC > 30).

- Paciente EPOC.
- ADVP.
- Epilepsia.
- Tratamiento con IMAOS.
- Trastornos de la coagulación.
- Tratamiento con anticoagulantes.
- Antecedentes de trombosis venosa profunda y/o tromboembolismo pulmonar.
- Coronariopatías.
- ASA IV.
- Los pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.
- Pacientes que no aceptan la ambulatorización.

Se registraron datos referentes a las características del paciente como la edad, IMC, presencia de dolor crónico y toma de analgesia de manera habitual.

La cirugía consistía en prostatectomía radical transperitoneal con abordaje anterior mediante DaVinci X o Xi, en función de disponibilidad. Estas cirugías fueron llevadas a cabo por cirujanos con experiencia previa de más de 100 PRR.

El manejo intraoperatorio anestésico fue llevado a cabo con intubación endotraqueal, analgesia multimodal (infiltración anestesia local + analgesia endovenosa con paracetamol/metamizol/dexketoprofeno ± fármacos coadyuvantes como ketamina, sulfato de magnesio, lidocaína endovenosa, dexametasona o buscapina) y profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) con dexametasona y/o ondansetrón.

Una vez finalizada la cirugía, los pacientes salieron al área de reanimación postanestesia (URPA) donde se evaluó el dolor a la llegada y a la salida, se registró la medicación analgésica que precisaron y si presentaron náuseas o vómitos postoperatorios y su tratamiento si lo precisaron.

Una vez comprobada la estabilidad del paciente, con el dolor bien controlado y sin NVPO fueron trasladados a la planta de CMA donde fueron dados de alta en las siguientes 8 horas posteriores a la intervención tras valorar la estabilidad clínica, el buen control analgésico, la correcta tolerancia oral sin náuseas ni vómitos, la tolerancia a la deambulación y la ausencia de signos de sangrado. En esta fase se evaluó el dolor a su llegada y al alta, la medicación que precisaron, la correcta tolerancia a vía oral y a la deambulación y se registraron retrospectivamente si hubo alguna incidencia.

Los pacientes marchan de alta con un informe de alta con las indicaciones a seguir en domicilio, recetas médicas y una hoja de recomendaciones donde consta un teléfono de contacto con el hospital disponible 24horas.

A la mañana siguiente, la enfermera de la Unidad Funcional de Próstata contacta con los pacientes para reforzar la educación sanitaria y detectar signos de alarma. Interrogamos en esta llamada acerca del dolor, medicación analgésica, NVPO, tolerancia a la deambulación e incidencias.

La primera visita presencial se realiza a los 7 días postoperatorios con enfermería para retirada de sonda vesical y valoración de herida, al mes tienen la visita con el cirujano.

Conclusiones: 24 pacientes fueron intervenidos en régimen de CMA en el primer año, la edad media fue 61 años (48-71), un IMC 26,5 (22,4-33) y fueron clasificados como ASA I o II. De todos ellos, 4 pacientes (16,6 %) presentaban dolor previo a la cirugía por lo que tomaban analgesia crónica.

Intraoperatoriamente se detectó una única complicación que fue una apertura vesical que fue reparada en ese momento, este fue el único paciente al que se dejó un drenaje. El tiempo medio de cirugía fue de 145 min (110-180 min) y las presiones de pneumoperitoneo se mantuvieron entre 10-15 mmHg.

El manejo analgésico se realizó con analgesia multimodal con infiltración de ropivacaína 0,2 % previa a la inserción de los trócares, irrigación del saco de Douglas y de nuevo al finalizar la cirugía (dosis totales inferiores a 2mg/kg peso) más analgesia convencional endovenosa con paracetamol 1g (100 % de los pacientes), dexketoprofeno 50 mg (83,3 %) y/o metamizol 2 g (45,8 %). La dosis media de fentanilo fueron 268,75 µg (0-550 µg) y en algunos casos se administraron fármacos coadyuvantes como ketamina bolus lento de 10-20 mg al inicio (40 % de los pacientes), sulfato de magnesio 1,5 g (62,5 %), lidocaína bolus lento de 0,6-2 mg/kg (71 %) dexametasona 4-8 mg (100 %) y buscapina 20 mg (58,3 %). Todos los pacientes fueron relajados con rocuronio manteniendo una relajación neuromuscular profunda y revertidos con sugammadex al finalizar el procedimiento. Respecto a la profilaxis de NVPO, además de la dexametasona se administraron 4 mg de ondansetrón (100 % de los pacientes).

A su llegada a la URPA, el 87,5 % de los pacientes referían ausencia de dolor o un dolor leve (esto es un valor ≤ 3 según la escala verbal numérica [EVN]) y el 12,5 % un dolor moderado (máximo valor registrado, EVN de 6). Durante su estancia el 40 % recibió analgesia con un segundo AINE y el 35 % precisó rescate con tramadol o dosis bajas de morfina endovenosa. Además, el 30 % de los pacientes precisó buscapina 20 mg por molestias relacionadas con la sonda vesical. Al alta de la unidad, el 100 % de los pacientes presentaba un dolor leve o ausencia de dolor.

Respecto a NVPO el 25 % precisaron dosis extra de ondansetrón 4 mg o ranitidina 50 mg e.v.

A su llegada a planta de CMA, 2 pacientes (8,3 %) refirieron dolor moderado (EVN 4 y 6) que cedieron tras tratamiento. Al alta todos los pacientes referían buen control del dolor (EVN 0 o 1), ausencia de NVPO, correcta tolerancia oral y deambulaci3n.

Hubo un ingreso no esperado por ortostatismo, que fue dado de alta a la mañana siguiente.

En la llamada de control por enfermería a las 24 horas todos los pacientes referían ausencia de dolor o dolor leve en reposo (EVN \leq 3) pero era moderado en movimiento en el 33 % de los pacientes (EVN 4-6) con una pauta analgésica de paracetamol 1 g/6 h alterno con dexketoprofeno 25 mg/8 h y rescates con tramadol 50 mg/12 h que lo precisaron el 20 % de los pacientes. Ningún paciente refirió NVPO y no precisaron tratamiento.

Buscapina 20 mg fue requerida en 33 % de los pacientes por molestias relacionadas con la sonda vesical.

En la visita de control con enfermería a los 7 días, los pacientes seguían refiriendo ausencia de dolor o dolor leve en reposo (EVN \leq 2), al movimiento el 8 % referían dolor moderado. El 54 % de los pacientes continuaban una analgesia con paracetamol 1 g/8 h y dexketoprofeno 25 mg/8-12 h, 2 pacientes (8,3 %) no precisaban analgesia y el 37,5 % solo precisaban paracetamol 1 g/8-12 h. El 17 % de los pacientes precisaban rescate con tramadol 50 mg/12 h y el 29 % precisaban buscapina.

En esta visita se detectó como principal queja de los pacientes problemas relacionados con la sonda vesical (espasmos vesicales, pérdida perisonda) por lo que consideramos que es esencial educaci3n sanitaria pre-procedimiento a este respecto además de la prescripci3n de buscapina para el postoperatorio.

Respecto a las visitas a urgencias, dos pacientes (8 %) acudieron en las primeras 24 horas por problemas relacionados con la sonda vesical. Respecto a las visitas a urgencias tardías, un paciente acudió al cuarto día por una parafimosis, otro paciente consultó por hematuria y hubo un paciente que tuvo que ser reintervenido por una eventraci3n en el octavo día postoperatorio, por lo que consideramos esta complicaci3n directamente relacionada con la cirugía y no con el proceso de ambulatorizaci3n.

En la encuesta de satisfacci3n el 26 % de los pacientes se mostró muy satisfecho, el 48 % satisfecho, el 22 % ambivalente y un 4 % insatisfecho. El 33 % de los pacientes no

repetirían la experiencia argumentando en su mayoría que preferirían una noche en el hospital.

Conclusi3n: La PRR en régimen ambulatorio es posible en pacientes seleccionados y con un equipo quirúrgico experimentado. Para mejorar el grado de satisfacci3n del paciente es necesario incidir en una mayor educaci3n sanitaria desde el preoperatorio de todo el proceso de ambulatorizaci3n y en relaci3n con la sonda vesical y toma de medicaci3n.

Palabras clave: Prostatectomía, rob3tica, ambulatoria, PRR, dolor.

O-04 INTEGRACI3N DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACI3N A DOMICILIO EN EL CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN ARTROSCOPIA DE HOMBRO CMA

L. Bacariza Morillas, P. Peris Ramón, D. Pérez Martínez, X. Carré Rubio, V. Ureña Buch, S. Garate Azpiazu, A. Juan Matamoros, P. Sala Francino
Hospital Universitario Sant Joan de Reus

Introducci3n: Uno de los éxitos de la Cirugía Mayor Ambulatoria radica en que los pacientes puedan reincorporarse a su vida habitual con la menor repercusi3n posible, incluyendo un buen control del dolor.

Las artroscopias de hombro forman parte de la cartera de servicios que se ofrecen por vía CMA en nuestro hospital. Uno de los principales problemas y motivo de queja por parte de estos pacientes en la primera consulta postquirúrgica del traumatólogo era el dolor postoperatorio. Sin embargo, los datos registrados en la llamada de control a las 24 h, cuando todavía podía existir bloqueo nervioso residual, demostraban un buen control del dolor. Por ello, la Unidad de Anestesia y Reanimaci3n del Hospital Sant Joan de Reus llevó a cabo un estudio con el objetivo de analizar el dolor postoperatorio a las 48 h de la intervenci3n, con la finalidad de determinar las posibles causas del dolor y establecer un nuevo protocolo de tratamiento.

Objetivos: El objetivo de este protocolo es optimizar el control del dolor postoperatorio de los pacientes operados mediante artroscopia de hombro por vía CMA para ofrecer una mejor calidad analgésica y poder aumentar los procedimientos que se incluyen en régimen de CMA.

Métodos: En 2022 se realizó en nuestro centro un estudio retrospectivo sobre los pacientes intervenidos de patología de hombro por vía artroscópica entre septiembre de 2017 y julio de 2021.

Todos los pacientes se operaron bajo anestesia general balanceada, asociada a un bloqueo ecoguiado del plexo braquial realizado previamente a la incisión quirúrgica, y recibieron un AINE EV y 4mg de dexametasona EV en el intraoperatorio. La cirugía se llevó a cabo en decúbito supino semi-incorporado (silla de playa) con tracción del miembro superior intervenido. Para el postoperatorio inmediato contaron con rescates analgésicos de paracetamol, metamizol y tramadol en caso necesario, y, al alta a su domicilio, se recetó un AINE cada 8h alterno con paracetamol y rescates de metamizol durante una semana.

El estudio contó con una muestra de 216 pacientes, de los cuales un 16,2 % (35 pacientes) fueron intervenidos en régimen de CMA.

Resultados: Los resultados del estudio mostraron que un 80 % del total de los pacientes presentaron un EVA menor o igual a 2 en el postoperatorio inmediato. No obstante, el 83,3 % de los pacientes de CMA referían un EVA mayor de 2 pasadas las primeras 24 horas.

A partir de estos resultados, hemos realizado ciertas modificaciones en el protocolo de CMA de las artroscopias de hombro: desde marzo de 2023 hemos añadido una bomba elastomérica para infusión continua de analgesia endovenosa en el domicilio, de manera que se logre un control del dolor más eficaz y duradero tras el alta.

Este tipo de analgesia ha implicado la integración de la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD) en el circuito/protocolo de CMA. Después de seleccionar a aquellos pacientes candidatos a operarse en régimen de CMA, el anestesiólogo responsable de la consulta preoperatoria informa a la UHAD de la fecha de intervención. Previo a la intervención, durante los preparativos en la UCMA, al paciente se le canaliza una vía periférica de tipo minimedline para la administración posterior de la analgesia endovenosa, que se inicia en el Área de Reanimación tras haber finalizado la operación.

El paciente es dado de alta de Reanimación según los criterios de Aldrete, y, continuando el circuito, pasa al Área de Adaptación al Medio con: las recomendaciones postquirúrgicas específicas (locorregional, cabestrillo, y vía endovenosa UHAD), visita con el traumatólogo, y el formulario de analgesia. Además, al paciente se le proporciona el teléfono de contacto de la UCMA para cualquier consulta durante las primeras 24 horas post quirúrgicas, hasta la visita de la UHAD. La enfermera responsable de CMA confirma a la UHAD que el paciente ha realizado correctamente el circuito CMA para que pueda ser visitado en su domicilio.

Durante las 48 horas posteriores a la intervención la UHAD acude una vez al día al domicilio del paciente para valorar el control del dolor, y facilita su teléfono de atención por si fuera necesario. Asimismo, es la responsable del paso de analgesia a vía oral y de realizar las recetas pertinentes.

Conclusiones: El estudio que realizamos nos permitió valorar la posibilidad de que la llamada a las 24 h post quirúrgicas también fuera insuficiente para otros procedimientos, y por tanto, plantearnos ampliar dicho registro a las 48 h para observar resultados de control del dolor, y en un futuro, si fuese necesario, aumentar la integración de la UHAD en estas intervenciones.

Este protocolo se ha implementado en marzo de 2023, por lo que todavía no hay suficientes pacientes para poder llevar a cabo un análisis de los resultados, pero está previsto realizarlo para evaluar los cambios propuestos.

Palabras clave: Artroscopia de hombro, CMA, bomba elastomérica, analgesia, unidad de hospitalización a domicilio.

O-05 EFICACIA ANALGÉSICA DEL BLOQUEO AXILAR EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE MANO VÍA UCSI: DEXAMETASONA PERINEURAL VS. INTRAVENOSA

À.V. Lloret Carrión, N. Garrigós Satorres, A. Pastor González, M. T. Richart Aznar, A. Sánchez de Merás, C. Peris, J. V. Llau Pitarch

Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Objetivos: El dolor postoperatorio de una cirugía de mano puede ser intenso. La anestesia regional, en la forma de bloqueo axilar del plexo braquial, con frecuencia es empleada ya sea como coadyuvante de la anestesia general o como técnica anestésica única. Existe evidencia que sugiere que cuando se utiliza como un adyuvante del bloqueo nervioso periférico en la cirugía del miembro superior, tanto la dexametasona perineural como intravenosa pueden prolongar la duración del bloqueo sensitivo y son efectivas para aliviar la intensidad del dolor postoperatorio y el consumo de analgésicos.

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia analgésica proporcionada por la dexametasona como coadyuvante en el bloqueo axilar para cirugía de mano, comparando la administración perineural y la intravenosa de la misma.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, comparativo y randomizado, recogiendo 40 pacientes desde octubre del 2022 hasta febrero del 2023 en el hospital Doctor Peset de Valencia, que iban a ser sometidos a cirugía de mano vía UCSI. Se incluyeron pacientes entre 18 y 80 años, ASA I y ASA II, en los que se realizaría un bloqueo axilar ecoguiado para la realización de la cirugía y como analgesia postoperatoria. Los criterios de exclusión fueron: alergia a anestésicos locales, negativa del paciente a la realización del bloqueo anestésico, contraindicación para administración de corticoides intravenosos, historia de dolor crónico o tratamiento crónico con múltiples analgésicos y bloqueo incompleto que requiere de anestesia general para realización de la cirugía.

Los pacientes fueron asignados aleatoriamente en dos grupos: bloqueo axilar con levobupivacaína 0,375 % + mepivacaína 1 % 30 ml y administración de dexametasona 4 mg intravenosos (GRUPO 1: 20 pacientes), y bloqueo axilar con levobupivacaína 0,375 % + mepivacaína 1 % 30 ml + dexametasona 4 mg perineural (GRUPO 2: 20 pacientes).

Tras la realización de la cirugía y el alta a domicilio, se contactaba telefónicamente con el paciente a las 24 h para conocer el grado de satisfacción con la analgesia proporcionada por el bloqueo axilar (en una escala del 1 al 10), las horas de duración de la analgesia, la aparición de dolor disruptivo y si habían necesitado rescate analgésico (además de la analgesia oral pautada).

Resultados: Los resultados fueron los siguientes: del GRUPO 1 (dexametasona intravenosa) la media de duración de la analgesia por el bloqueo fue de 15,28 h, apareció dolor disruptivo en un 15 % de los casos con necesidad de rescate con analgesia oral y el grado de satisfacción medio fue de 7,57 sobre 10. En el GRUPO 2 (dexametasona perineural), la media de duración de la analgesia por el bloqueo fue de 22,5 h, apareció dolor disruptivo en un 5 % de los casos con necesidad de rescate oral y el grado medio de satisfacción fue de 9,25 sobre 10.

Se puede observar, al realizar el análisis descriptivo de este estudio, que la duración de la analgesia fue mayor en el grupo de la dexametasona perineural, así como el mayor grado de satisfacción percibido por los pacientes y la menor necesidad de rescate con analgesia oral.

Existen múltiples estudios que estudian la coadyuvancia de la administración de la dexametasona en los bloqueos regionales. Se realizó un metanálisis en los últimos años que reveló que los bloqueos del plexo braquial suplementados con 4 a 10 mg de dexametasona perineural duran aproximadamente 2 veces más que los bloqueos con anestesia local solos. En nuestro estudio iniciamos infiltración de dexame-

tasona perineural a dosis bajas (4 mg) para observar si existe mejoría de la analgesia con las mínimas dosis posibles.

Conclusiones: Varios estudios han concluido que la dexametasona intravenosa a dosis altas (8 a 10 mg) puede prolongar los bloqueos nerviosos periféricos con una eficacia similar a la dexametasona perineural. Sin embargo, un metanálisis reciente encontró que la administración de dexametasona perineural aumenta la duración del bloqueo en comparación con la administración intravenosa, con un efecto de ahorro de opioides pequeño pero significativo a las 24 horas.

A pesar de ello, actualmente no hay estudios suficientes para determinar la efectividad de la dexametasona como coadyuvante del bloqueo del nervio periférico en las cirugías de la extremidad inferior y tampoco hay estudios en los niños, lo que traduce la necesidad de seguir investigando en este campo.

Palabras clave: Bloqueo, dexametasona, perineural, axilar, coadyuvante.

O-06 ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO: CLOROPROCAÍNA INTRATECAL AL 1 % VERSUS PRILOCAÍNA HIPERBÁRICA AL 2 % EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE HERNIA INGUINAL

M. Fores Chiva¹, E. Lloria², I. Asensio¹

¹Hospital Arnau de Vilanova. Valencia, ²Hospital de Llíria, Valencia

Objetivos: Las técnicas de anestesia general y sedación con anestesia local han sido de elección en cirugía mayor ambulatoria (CMA) en comparación con las técnicas intratecales, que se utilizan cuando las complicaciones de la anestesia general pueden ser mayor como en caso de vía aérea difícil, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Actualmente el más usado en nuestro centro es la Prilocaína, aunque su gran variabilidad individual puede causar retrasos en el alta del paciente o admisiones inesperadas.

Debido a su perfil farmacocinético más predecible y corta duración de bloqueo motor la cloroprocaina intratecal al 1 % podría representar una herramienta útil en CAM.

Métodos: 103 pacientes de cirugía de hernia inguinal de cirugía mayor ambulatoria en programa de tarde fueron asignados aleatoriamente en dos grupos, en uno se admi-

nistró 50 mg de cloroprocaína intratecal al 1 % y el otro 50 mg de Prilocaína hiperbárica al 2 %.

La variable principal que se recogió fue el porcentaje de pacientes que pudo comenzar a caminar 2 horas después de la punción dural.

Las variables secundarias fueron: porcentaje de pacientes con deambulación a las 2,5 y 3 horas, duración total de la estadía en la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI), retraso en el alta, admisiones inesperadas, complicaciones en el postoperatorio, la intensidad del dolor al ingreso y al alta de la UCSI, y satisfacción con la técnica utilizada y el circuito ambulatorio ambulatoria.

Resultados: 5 pacientes de los 103 originales fueron excluidos del estudio por fallo de la técnica anestésica intrarraquídea, por lo que 98 pacientes fueron incluidos en el análisis estadístico (grupo Prilocaína n = 44, grupo cloroprocaína n = 54).

No hubo diferencias significativas en los datos antropométricos ni en tiempo de duración de la cirugía ($26,99 \pm 7,96$ min, media \pm DE).

El análisis estadístico mostró diferencias significativas entre los grupos con respecto al resultado primario: El 48,1 % de los pacientes del grupo de cloroprocaína deambulaban a las 2 horas en comparación al 4,5 % en el grupo de Prilocaína ($p < 0,0001$).

Además, se observaron diferencias significativas en el porcentaje de deambulación a las 2,5 horas (75,9 % vs. 13,6 %) y a las 3 horas (94,4 % vs. 31,8 %) a favor del grupo de la Cloroprocaína al 1 % ($p < 0,0001$).

No aparecieron complicaciones mayores en ninguno de los dos grupos. Y no hubo diferencias significativas en cuanto a dolor y satisfacción del paciente con la técnica y el circuito de UCSI.

A pesar de las diferencias obtenidas en cuanto a la deambulación, no se observaron diferencias en el tiempo total de estancia hospitalaria, por lo que se calculó una variable que denominamos retraso en el alta (tiempo que permanecían los pacientes en la UCSI una vez ya cumplían criterios de alta). Se observó un mayor retraso en el alta en el grupo de la cloroprocaína ($108,8 \pm 55,5$ min vs. $45,3 \pm 72,8$ min) ($p < 0,0001$), es decir, los pacientes en el grupo de cloroprocaína permanecieron en el hospital más tiempo después de cumplir criterios de alta.

No hubo diferencias significativas en cuanto a ingresos inesperados en ambos grupos (4 ingresos en cada grupo), pero si analizamos las causas, los ingresos debidos a una

recuperación incompleta del bloqueo tras la anestesia raquídea únicamente fueron registrados en el grupo de la Prilocaína, en la cloroprocaína fueron a petición de cirugía o por no cumplir criterios de UCSI (acompañamiento).

Conclusiones: Se encontró que un mayor porcentaje de paciente deambulaban antes con la anestesia espinal con cloroprocaína al 1 % en comparación con Prilocaína hiperbárica al 2 %.

No se encontraron diferencias en las estancias hospitalarias entre los dos grupos, pero se observó un retraso en el alta en los pacientes del grupo de la cloroprocaína al 1 %, atribuible a cuestiones de gestión y administrativas. Analizando dichas causas (hora de ingreso similar, pase de visita del cirujano para el alta al mismo tiempo), podemos intentar mejorar la eficiencia de nuestra UCSI.

Estos resultados pueden ser útiles en cirugía mayor ambulatoria especialmente en la programación de la cirugía de la tarde, debido a que la UCSI tiene un horario determinado, por lo que al superarlo se debe ingresar al paciente, que es lo que ocurrió en el caso de los ingresos inesperados del grupo de Prilocaína.

Además, al tratarse de anestesia locoregional ambos anestésicos locales ofrecen ventajas a los pacientes con EPOC, vía aérea difícil o en la menor manipulación de la vía aérea, como hemos descubierto en el periodo de pandemia COVID-19, durante el cual se realizó este estudio. Con lo cual la anestesia intrarraquídea con cloroprocaína puede ser una alternativa muy a tener en cuenta en estos casos.

Palabras clave: Anestesia raquídea, cloroprocaína, prilocaína, deambulación, UCSI.

O-07 IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL CÁNCER DE MAMA

A. García-Vilanova Comas, F. J. Tarrasa Peiro, M. Tome Jiménez, M. Ramón-Baviera Martínez, R. Santofimia Chorda, V. Gumbau Puchol, C. Castañer Puga, C. Zaragoza Fernández

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: La situación originada por la COVID-19 en el año 2020 alteró el proceso diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama.

Se pretende analizar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la Cirugía Mayor Ambulatoria del cáncer de mama.

Objetivo primario: Evaluar si los cambios en la organización sanitaria en la época COVID han modificado la actividad en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el tratamiento del cáncer de mama.

Objetivos secundarios: Estudiar en los periodos anterior (año 2019), durante (año 2020 y 2021) y posterior (2022) a la Pandemia:

1. Variación en el tipo de intervenciones en patología mamaria por su grado de complejidad y su efecto en la proporción de cirugía conservadora y mastectomías
2. Determinar si ha variado el porcentaje de neoplasias operadas en CMA en los años de más impacto en COVID, utilizando como indicadores el Índice de sustitución (IS) y la Tasa de ingreso (TI) para el proceso cáncer de mama.
3. Realizar un estudio comparativo por estadios tumorales (TNM).

Métodos: Se realiza análisis retrospectivo de los últimos 4 años de pacientes intervenidas de carcinoma mamario en régimen de CMA en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV). Se presentan las intervenciones realizadas separando las que se han realizado en régimen de CMA de las que precisaron ingreso.

Se ha realizado en CMA la cirugía conservadora con estudio de ganglio centinela mediante técnica de OSNA. Se ha ingresado a pacientes con reconstrucción inmediata postmastectomía o linfadenectomía axilar completa, como ingresos de corta estancia, de modo que en menos de 24 h tras la intervención las pacientes se han dado de alta.

Se realiza también estudio comparativo de los estadios de cáncer de mama en dicho periodo con el actual.

Resultados: Durante el año 2020 se intervino a 150 pacientes de neoplasia de mama, menos pacientes que las 219 del año anterior (2019) y menos también que en las de los dos años posteriores, 197 en 2021 y 187 en 2022.

En 2019 se planificó en régimen de ingreso a 51 neoplasias (23,28 %) y en régimen de cirugía mayor ambulatoria a 168 neoplasias sugestivas de tratamiento conservador (76,71 %) de las que 22 precisaron ingreso por vaciamiento axilar completo tras estudio intraoperatorio de BSGC (TI: 13,09 %). Finalmente se realizó cirugía sin ingreso a 146 pacientes (IS: 66,66 %) y a 73 pacientes (33,33 %) con ingreso.

En 2020 se planificó en régimen de ingreso a 47 neoplasias (31,33 %) y en régimen de cirugía mayor ambulatoria a 103 neoplasias sugestivas de tratamiento conservador (68,66 %)

de las que 11 precisaron ingreso por vaciamiento axilar completo tras estudio intraoperatorio de BSGC (TI: 10,67 %). Finalmente se realizó cirugía sin ingreso a 92 pacientes (IS: 61,33 %) y a 58 pacientes (38,66 %) con ingreso.

En 2021 se planificó en régimen de ingreso a 64 pacientes (32,48 %) y en régimen de cirugía mayor ambulatoria a 133 pacientes de tratamiento conservador (67,51 %) de los que 13 precisaron ingreso por vaciamiento axilar completo tras estudio intraoperatorio de BSGC (TI: 9,77 %). Finalmente se realizó cirugía sin ingreso a 120 pacientes (IS: 60,91 %) y a 77 pacientes (39,08 %) con ingreso.

En 2022 se planificó en régimen de ingreso a 70 pacientes (37,43 %) y en régimen de cirugía mayor ambulatoria a 117 pacientes de tratamiento conservador (62,56 %) de los que 14 precisaron ingreso por vaciamiento axilar completo tras estudio intraoperatorio de BSGC (TI: 11,96 %). Finalmente se realizó cirugía sin ingreso a 103 pacientes (IS: 55,08 %) y a 84 pacientes (44,91 %) con ingreso.

El estudio comparativo por estadios mostró que los estadios más avanzados del TNM (3 A, 3B y 3C fueron superiores en el año 2020 (15,9 %) frente a 2019 (9,5 %) y 2022 (12,9 %) mientras que los estadios más precoces (1A, 1B, 2A y 2B) fueron superiores en los años 2019 (89,5 %) y 2022 (85,7) frente a 2020 (82,6 %).

Conclusiones: En 2020 se operó un menor número de pacientes con patología maligna y fueron casos en estadios más avanzados, posiblemente por el cierre inicial de los centros de Screening y retraso diagnóstico. El Índice de sustitución y el número de reconstrucciones también disminuyeron en 2020. En 2022 todavía no se habían recuperado las estadísticas al nivel previo a la pandemia en nuestro caso, probablemente por la necesidad de derivación de algunas de las neoplasias en estadios más precoces a otros centros para intervención en plazos oncológicamente apropiados.

Palabras clave: Pandemia, COVID-19, cáncer de mama, estadios TNM, cirugía mayor ambulatoria.

O-08 ÍNDICE DE SUSTITUCIÓN EN LA REPARACIÓN DE LA HERNIA INGUINAL BILATERAL EN UNA UCMA SATELITE (TIPO III)

L. Berlanga Jiménez, A. Gallego Vela, I. Pérez Dionisio, J. P. Roldán Aviña, L. Gómez Bujedo
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: El índice de sustitución (IS) es uno de los indicadores recomendado para monitorizar la calidad de los programas de cirugía mayor ambulatoria. Definiéndose como la proporción de episodios o GRD correspondientes a intervenciones quirúrgicas mayores sin ingreso sobre el total de episodios o GRD quirúrgicos con ingreso programado potencialmente ambulatorio.

En los últimos años estamos asistiendo a un cambio en la cirugía mínimamente invasiva con la integración del abordaje laparoscópico de la hernia inguinal. En nuestra Unidad, la técnica total extraperitoneal (TEP), ha demostrado ser segura y factible para su realización en régimen CMA. Así mismo, la experiencia en dicha técnica y la progresión de los profesionales en su curva de aprendizaje, hacen que las reparaciones herniarias bilaterales sean posibles en estas unidades.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar, comparar y presentar la evolución en los últimos años del índice de sustitución de las reparaciones bilaterales de la hernia inguinal por cirugía abierta y por técnica TEP en la UCMA del Hospital del Tomillar (AGSSS).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se revisaron las historias de los pacientes sometidos a cirugía de hernia inguinal bilateral tanto por técnica abierta como por laparoscopia en nuestra UCMA desde enero del 2013 hasta diciembre del 2022. Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que tenían una hernia recidivada.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tipo de hernia (EHS), ASA, IMC, técnica, duración, alta en régimen de CMA y complicaciones.

Para el análisis se dividió la muestra según el tipo de abordaje: abierto o laparoscópico. A continuación, se calcularon los índices de sustitución respectivos, se compararon los resultados, para finalmente analizarlos e interpretarlos. Para el registro y análisis estadístico se utilizó una base de datos creada en el programa SPSS (versión 25).

Resultados: Se intervinieron un total de 286 pacientes, 265 hombres (92,65 %) y 21 mujeres (7,34 %). La edad media fue de 55,85 años (22-89), el IMC medio de 26,29 kg/m² (17,63-38,37). Predominaron las hernias laterales (157), seguido de las mediales (110) y mixtas (19). No hubo diferencias en cuanto a la edad, riesgo ASA, IMC, duración o complicaciones entre los pacientes sometidos a cirugía abierta o a reparación laparoscópica.

El IS global de la serie fue del 88,5 %. Agrupando a los pacientes en relación con técnica abierta o TEP, los IS fueron respectivamente del 88,63 % y 70,02 %. En el análisis

individual de los pacientes intervenidos mediante TEP se aprecia que los ingresos entre 2015-2017 (5 en total) fueron por protocolo. A partir del año 2018 la tendencia varía con un incremento notorio del número de pacientes intervenidos por TEP acompañado de un significativo aumento en la ambulatorización (IS 95,37 %). Esta tendencia ha continuado y mejorado a lo largo del tiempo de forma que en el año 2022 el IS fue del 100 % (en ambos abordajes).

Conclusiones: La ambulatorización de la reparación herniaria bilateral es una meta asumible, alcanzable y recomendable en las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, tanto con las técnicas de hernioplastia abierta sin tensión como por laparoscopia.

Dado que el abordaje laparoscópico presenta resultados iguales o incluso superiores al abordaje abierto, la adecuada selección de los pacientes será la clave para la realización de una u otra técnica.

Palabras clave: Hernia inguinal, TEP, IS.

O-09 REPARACIÓN DE LA HERNIA INGUINAL MEDIANTE TÉCNICA DE RIVES EN PACIENTES CON HERNIAS GRANDES. REPARACIÓN PREPERITONEAL TRANSINGUINAL (TIPP) EN CMA

E. Javier Grau Talens, D. Diestro Gallego, M. Vázquez Nuñez, C. Alejandro Villalobos, O. Aburedwan, Carlos A. Celis Pinilla, F. G. Onieva González
Hospital Don Benito-Villanueva. Badajoz

Objetivos: La técnica de elección para la reparación abierta de la hernia inguinal primaria es la técnica de Lichtenstein (4 % de recidivas y 12 % de dolor postoperatorio). Realizamos un estudio prospectivo de la técnica de Rives (inserción de una prótesis de polipropileno preperitoneal por vía transinguinal) para las hernias más grandes con el objetivo de estudiar las complicaciones postoperatorias de la herida, dolor crónico y recidivas.

Pacientes y método: Desde 2007 hasta 2022 hemos indicado la técnica de Rives en los pacientes con grandes hernias de la clasificación de Gilbert (modificación de Rutkow-Robbins) II, III, IV, VI y VII, con frecuente comorbilidad y obesidad. La anestesia local y sedación ha sido la técnica anestésica más empleada. La intervención ha sido realizada en régimen de CMA. Los pacientes han sido contactados al día siguiente mediante llamada telefónica y revisados clínicamente.

Resultados: Hemos realizado 1427 reparaciones. Los datos demográficos y operatorios se leen en la Tabla I.

Ocho pacientes requirieron ingreso hospitalario. En 761 reparaciones unilaterales, seguidas de manera clínica con más de un año de seguimiento, observamos que a las 24 horas el dolor leve a moderado se da en el 96 % de los pacientes (Tabla II). Las complicaciones postoperatorias precoces son inferiores al 2 % (Tabla III). El dolor crónico al año de la intervención se ha dado en 37 pacientes (4,3 %), pero solo moderado/severo en 8 paciente (1 %).

El número de recidivas ha sido de 5 (0,6 %)

Conclusiones: La técnica de Rives o reparación preperitoneal por vía anterior requiere un conocimiento profundo de la anatomía de la región inguinal. Es una técnica segura, con un bajo índice de complicaciones postoperatorias y a largo plazo, siendo una técnica excelente para grandes hernias, con un bajo índice de recidivas y de dolor crónico.

Palabras clave: Hernia inguinal grande, reparación preperitoneal, TIPP, técnica de Rives inguinal.

O-10 IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA AMBULATORIZACIÓN DE LA CIRUGÍA CONSERVADORA DEL CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

C. B. Pérez Izquierdo, B. Porrero Guerrero, P. Luen-go Pierrard, S. Corral Moreno, A. Mena Mateos, S. Rivas Fidalgo, L. J. Cabañas Montero, J. M. Fernández Cebrián

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha afectado prácticamente a todos los aspectos de la vida, produciendo a nivel sanitario un colapso temporal en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de numerosas patologías. Así mismo, debido a las restricciones imperantes y por motivos de seguridad de los pacientes, muchas intervenciones quirúrgicas fueron canceladas o retrasadas.

Las cirugías por motivos oncológicos fueron una de las excepciones debido a las consecuencias derivadas de un hipotético retraso. Sin embargo, en aras de ofrecer a los pacientes una mayor seguridad y una vuelta más rápida a la actividad habitual, la pandemia ha servido como estímulo para realizar cambios necesarios en cuanto al manejo

perioperatorio y los regímenes de ingreso, entre los cuales destacamos la cirugía mayor ambulatoria.

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) comprende aquellos procedimientos quirúrgicos realizados con cualquier modalidad de anestesia que requieren cuidados postoperatorios de corta duración y por tanto no precisan ingreso hospitalario. Según la clasificación de Davies se consideran subsidiarios aquellos procedimientos incluidos en el nivel II y algunos del nivel III:

- Tipo II: procedimientos con cualquier tipo de anestesia que no requieren cuidados postoperatorios intensivos o prolongados y en los que la analgesia puede ser oral.
- Tipo III: intervenciones que posteriormente requerirán cuidados prolongados del entorno hospitalario, pero no necesariamente en el propio centro.

El cáncer de mama ha sido una de las patologías oncológicas en las que más impacto ha tenido la pandemia, en todas sus etapas (programas de screening, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y atención integral a las pacientes). Para continuar con estrategias eficientes de calidad asistencial ha sido necesario realizar cambios estructurales en cuanto a su manejo además de protocolos de priorización basados en las distintas características de las pacientes y del tumor en cuestión.

A nivel mundial, el cáncer de mama constituye la neoplasia maligna más frecuente, con más de dos millones de casos anuales, además de la principal causa de muerte por cáncer en mujeres en todo el mundo. En España, el cáncer de mama supone el 29 % del total de cánceres en las mujeres y es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer y la primera causa de muerte en mujeres entre 40 y 55 años.

Las estrategias de detección precoz junto con las innovaciones en el tratamiento adyuvante y neoadyuvante han conseguido reducir progresivamente la tasa de mortalidad en los últimos 50 años. Una vez establecido el diagnóstico de cáncer de mama, es importante definir con precisión la extensión inicial de la enfermedad de cara a la elección del esquema terapéutico más apropiado en cada caso.

La cirugía conservadora del cáncer de mama comienza en la década de 1980 con el objetivo de evitar la pérdida del seno con un resultado estéticamente aceptable. Asociada a la radioterapia, ofrece resultados similares a la mastectomía en cuanto al control locorregional de la enfermedad y la supervivencia libre de enfermedad. La baja tasa de complicaciones postquirúrgicas así como no precisar cuidados postoperatorios prolongados motivaron que a partir del año 2015 en España se empezara a implementar su realización en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Con la llegada de la pandemia y con el objetivo de acortar el ingreso y reducir los riesgos de las pacientes pendientes de realizar dicha intervención oncológica, en nuestro centro se fue progresivamente aceptando la misma en régimen de cirugía mayor ambulatoria demostrándose su seguridad y sin observarse un aumento de complicaciones postoperatorias.

Hipótesis y objetivos: Debido a la pandemia por COVID-19 y las consecuentes medidas de restricción a la población general y a la asistencia sanitaria se ha aumentado la proporción de cirugías conservadoras de cáncer de mama realizadas en régimen ambulatorio.

Objetivo principal:

- Demostrar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el aumento de la proporción de cirugía mayor ambulatoria en la cirugía conservadora del cáncer de mama en los años 2019 y 2021 en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Objetivos secundarios:

- Comparar la tasa de complicaciones entre las intervenciones realizadas en régimen de hospitalización y en régimen ambulatorio.
- Comparar el tipo de anestesia y dispositivo de vía aérea empleado en ambos grupos.
- Estudiar los factores demográficos y los tipos de tumores tratados en el periodo a estudio.

Material y métodos: Para el estudio de los objetivos propuestos se ha diseñado un estudio observacional retrospectivo de cohortes, analizando las pacientes intervenidas de cáncer de mama mediante cirugía conservadora en los años 2019 (previo a la pandemia) y 2021 (posterior a la misma) con los criterios de exclusión que se describen a continuación.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años intervenidas de cáncer de mama mediante cirugía conservadora en los años 2019 y 2021, excluyendo la cirugía radical, las lesiones benignas y la asociación de linfadenectomía o cirugía radical contralateral puesto que suponen motivo de ingreso por sí mismas.

Se han recogido variables sociodemográficas, relacionadas con la modalidad del cáncer de mama, relacionadas con la intervención y relacionadas con las complicaciones postoperatorias.

Resultados: En el Hospital Universitario Ramón y Cajal durante los años 2019 y 2021 se realizaron respectivamente

42 y 75 cirugías conservadoras de cáncer de mama cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión expuestos. A continuación, procederemos a describir las variables a estudio.

Variables sociodemográficas: En el año 2019, el 100 % de las pacientes intervenidas fueron mujeres con una media de edad de 62 años. La categoría ASA predominante fue ASA II (78,6 %) y con respecto a sus comorbilidades se calcula una mediana de score de 4 en el Charlson Comorbidity System. El 9,5 % de las pacientes se encontraban anticoaguladas.

Por otro lado, en el año 2021, de nuevo el 100 % de las pacientes intervenidas fueron mujeres con una media de edad de 60 años. La categoría ASA predominante fue ASA II (64 %) y con respecto a sus comorbilidades se calcula una mediana de score de 3 en el Charlson Comorbidity System. El 6,7 % de las pacientes se encontraban anticoaguladas.

Variables relacionadas con el tipo de cáncer de mama: Las pacientes intervenidas en el año 2019 presentaron un tamaño tumoral medio de 1,7 cm (DS 1cm), siendo el 59,5 % izquierdos y el 40,5 % derechos. En el 14,3 % de los casos las pacientes habían recibido quimioterapia neoadyuvante.

Respecto a la anatomía patológica, se demostró un 76,2 % de carcinoma ductal infiltrante, un 11,9 % de carcinoma lobulillar infiltrante, un 4,2 % de carcinoma ductal in situ y un 4,8 % de otras histologías malignas. El 50 % de los tumores se clasificaron como Luminal A frente a un 26,2 % de Luminal B, 9,5 % de triples negativos y un 4,8 % de HER2+.

Se realizó marcaje con semilla del tumor en el 76,8 % de las pacientes, siendo la misma de I125 en todos los casos.

Por otro lado, las pacientes intervenidas en el año 2021 presentaron un tamaño tumoral medio de 1,23 cm (DS 0,9 cm), siendo el 5,3 % bilaterales, 50,7 % izquierdos y 44 % derechos. En el 13,3 % de los casos las pacientes habían recibido quimioterapia neoadyuvante.

Respecto a la anatomía patológica, se demostró un 73,4 % de carcinoma ductal infiltrante, un 12,7 % de carcinoma lobulillar infiltrante, un 8,9 % de carcinoma ductal in situ y un 5 % de otras histologías malignas. El 57 % de los tumores se clasificaron como Luminal A frente a un 19 % de Luminal B, 12,7 % de triples negativos y un 2,5 % de HER2+.

Se realizó marcaje con semilla del tumor en el 92 % de los casos, siendo la misma de I125 en el 92,6 % y ferromagnética en el 7,4 % de las pacientes.

Variables relacionadas con la intervención: En el año 2019 las pacientes sometidas a cirugía conservadora de cáncer de mama recibieron anestesia general en un 92,9 %, realizándose intubación orotraqueal (IOT) en el 84,6 % de los casos y mascarilla laríngea en el 15,4 %.

Se realizó BSGC en el 78,6 % de los casos y no se colocó drenaje en ninguno de ellos.

El 88 % de las pacientes fueron intervenidas en régimen de hospitalización con ingreso de al menos 24 horas, mientras que únicamente se utilizó régimen de CMA en el 12 %.

En el año 2021 las pacientes sometidas a cirugía conservadora de cáncer de mama recibieron anestesia general en un 98,7 %, realizándose IOT en el 39,2 % de los casos y mascarilla laríngea en el 60,8 %.

Se realizó BSGC en el 90,7 % de los casos y se colocó drenaje en el 4 %.

El 88 % de las pacientes fueron intervenidas en régimen de CMA, mientras que únicamente se utilizó régimen de hospitalización en el 12 %.

Variables relacionadas con las complicaciones: En el año 2019 se registraron un 16,7 % de complicaciones posquirúrgicas, siendo un 9,5 % seromas, un 4,8 % hematomas y un 2,4 % de infecciones de herida quirúrgica. Ninguna paciente precisó reintervención.

Por otra parte, en el año 2021 se registraron un 12 % de complicaciones, siendo un 6,7 % hematomas, un 2,7 % hematomas y un 2,7 % infecciones de herida quirúrgica. Se reintervinieron dos pacientes, una de ellas de forma urgente por un hematoma a tensión y en el otro caso a los 6 meses de la intervención por un oblitoma.

Discusión: Las pacientes intervenidas muestran a nivel global similares características sociodemográficas a las descritas en la literatura, con una edad media en torno a 60 años y una distribución de comorbilidades equiparable a otras muestras. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, considerándose ambas muestras homogéneas respecto a dichas características.

Respecto a la distribución de las histologías de los tumores resecaados, se observan frecuencias concordantes con las habitualmente descritas en la literatura. El tipo de tumor más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante, en torno a un 75 %, y el tipo inmunohistoquímico más prevalente fue el Luminal A con una frecuencia de entre el 50 y el 60 %.

En nuestro centro el marcaje de las tumoraciones no palpables se realiza con semillas de I125 o con semillas ferromagnéticas en su ausencia, habiéndose relegado técnicas previas como el marcaje con arpón o ROLL/SNOLL.

La evolución del régimen de estancia corta a un régimen de CMA, de acuerdo con lo acontecido en numerosos centros, queda patente al comparar los dos grupos. Se observó un incremento del 73,3 % en el número de intervenciones realizadas en régimen de CMA, pasando de un 12 % en 2019 a un 88 % en 2021 de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Queda por tanto demostrada la importante influencia de la pandemia en el cambio de paradigma respecto al papel de la cirugía mayor ambulatoria en la cirugía conservadora del cáncer de mama.

Por otro lado, en el año 2021 respecto al 2019 se observa además un incremento del 39,5 % en el uso de mascarilla laríngea como dispositivo de vía aérea en anestesia general respecto a la clásica IOT de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Este cambio refleja la intención de reducir las posibles complicaciones derivadas de la relajación muscular y de la intubación en pacientes intervenidas en régimen de CMA.

El uso de técnicas anestesia locorregional (epidural torácica, bloqueos paravertebrales o anestesia local con sedación) se encuentra en auge debido a un mejor manejo del dolor postoperatorio y recuperación precoz.

Las complicaciones más frecuentes según la literatura son las relacionadas con la herida quirúrgica: infección, hematoma y seroma. La más frecuente es el seroma axilar, con una incidencia de alrededor del 25 % de las intervenciones, sin diferencias entre pacientes tratadas de forma ambulatoria o con ingreso.

En nuestra muestra se demostró de forma significativa una menor proporción de complicaciones posquirúrgicas en el grupo de pacientes intervenidas en 2021, si bien este dato probablemente se encuentre sesgado debido a la ausencia de revisión a las 24 horas de la intervención en el régimen de CMA y que muchas de estas complicaciones son menores y no precisan consulta posterior.

La complicación más frecuente fue el seroma en ambos grupos con una incidencia levemente inferior a la encontrada en otros estudios.

Conclusiones: La pandemia por COVID-19 tuvo un gran impacto en los protocolos establecidos de manejo integral del cáncer de mama, produciéndose retrasos desde los primeros niveles debido a la ralentización y disminución del número de mamografías de cribado realizadas. Esto con-

tribuyó al diagnóstico tardío de un cierto número de neoplasias con la consecuente variación de los tratamientos propuestos.

Sin embargo, con el propósito de garantizar la seguridad y el adecuado tratamiento oncológico de las pacientes con cáncer de mama durante la pandemia, se produjeron importantes avances que perduran actualmente como es la introducción en régimen de CMA de la cirugía conservadora del cáncer de mama.

Actualmente la cirugía del cáncer de mama, de forma progresiva, evoluciona hacia un modelo de regímenes de CMA o de corta estancia en función de la intervención a realizar. El rápido recambio de pacientes, la estabilidad de complicaciones postoperatorias y la ausencia de ingreso han acortado los tiempos entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico, con sus consecuentes beneficios tanto físicos como psicológicos para las pacientes y económicos para el sistema sanitario en su conjunto.

No obstante, son necesarios más estudios prospectivos basados en el empleo de escalas o cuestionarios al alta de las pacientes intervenidas para evaluar la presencia de complicaciones, valoración global y grado de satisfacción con el sistema de CMA aplicado a la cirugía conservadora del cáncer de mama.

Palabras clave: Mama, conservadora, ambulatoria.

O-11 CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA Y COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA: ¿PRESENTE O FUTURO? REVISIÓN DE UNA SERIE DE 941 PACIENTES

F. Tarrasa Peiró, J. Mir Labrador, C. Redondo Cano, A. Montaner Sanchís, G. Eleuterio Cerveró, C. Zaragoza Fernández

Consortio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: Determinar la seguridad y la reproducibilidad de la Colecistectomía Laparoscópica Ambulatoria (CLA) mediante una serie de 941 pacientes recogidos desde el año 2000 hasta enero de 2022.

Métodos: *Diseño del estudio:* Fueron incluidos en el estudio a 941 pacientes afectos de colelitiasis sintomática e intervenidos de CLA en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV) entre los años com-

prendido entre enero de 2000 y enero de 2022. La edad de todos los individuos incluidos oscilaba entre los 16 y los 91 años, siendo la media de todas ellas de 52,23.

Del total de 941 pacientes, 695 de ellos eran mujer (73,86 %) y 246 hombres (26,14 %).

Criterios de inclusión y exclusión: el principal criterio clínico de inclusión eran pacientes afectos de colelitiasis, pólipos de vesícula biliar o episodios de repetición de cólico biliar. Además, se valoró un adecuado ambiente sociofamiliar de cada uno de los candidatos, como también se incluyeron pacientes ASA I, II y III, siempre y cuando presentaran sus patologías de base bien compensadas y que aceptasen voluntariamente el régimen quirúrgico ambulatorio.

Por el contrario, los criterios de exclusión fueron fundamentalmente pacientes con antecedentes de colecistitis aguda, pancreatitis aguda, coledocolitiasis, antecedentes de intervención quirúrgica en región supramesocólica, que no contasen con un adecuado ambiente sociofamiliar que permitiera seguimiento postoperatorio domiciliario de 24-48 horas y por último clasificación ASA por encima de III (IV, V).

Resultados: La principal indicación clínica de CLA fue el cólico biliar en 823 pacientes (87,5 %) y la imagen ecográfica más frecuente fue la de colelitiasis simple en 835 pacientes (88,74 %).

Con respecto a la clasificación ASA, en el grado I nos encontramos a 496 pacientes (52,71 %), grado II a 390 (41,44 %) y grado III a 55 (5,85 %). Con respecto a los antecedentes de cirugía intraabdominal identificamos a 302 pacientes (32,09 %), sin embargo, solo 61 de ellos dicho antecedente se localizaba en región supramesocólica (6,48 %).

Previo a la Colecistectomía Laparoscópica Ambulatorio se realizaron 31 colangiogramas, lo cual representa solo un 3,29 % del total. El motivo por el cual se solicitó la realización de dicha prueba lo podemos clasificar en dos: antecedentes de ictericia y/o subictericia en 24 de los 31 en los que se realizó dicho procedimiento, de los cuales únicamente en 5 de ellos se requirió la realización de colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) preoperatoria, la segunda indicación fue por sospecha de imagen de coledocolitiasis, de los cuales únicamente en tres de ellas se requirió la realización de CPRE preoperatoria.

De los 941 pacientes programados para CLA, en 899 de ellos (95,54 %) se logró completar la cirugía mediante abordaje laparoscópico, sin necesidad de convertir y acceder

mediante laparotomía. Sin embargo, y a consecuencia de complicaciones técnicas en 42 pacientes fue necesario la conversión a cirugía abierta (4,46 %). Dichas dificultades técnicas se pueden agrupar en los siguientes: colecistitis aguda (23), hemoperitoneo por distintas causas (13), abdomen bloqueado (4) y lesión de la vía biliar intraoperatoriamente (8 %).

En una primera instancia, los pacientes que se complicaron con hemoperitoneo, en 7 de ellos fue secundario a hemorragias localizadas en los puertos de acceso (con repercusión hemodinámica), en 4 de los pacientes fue por lesión de la arteria cística durante la disección del triángulo de Calot, en otros 4 es secundario a sangrado del lecho vesicular a nivel hepático y por último en 2 de ellos por lesión de estructuras a distancia del lecho quirúrgico.

Con respecto a la lesión de la vía biliar, uno de ellos se resolvió con la colocación del tubo de Kher y el otro con una derivación hepático-yeyunostomía.

Todas estas complicaciones técnicas tuvieron lugar durante el tiempo intraoperatorio, sin embargo, también se contabilizaron las complicaciones durante el postoperatorio inmediato que requirieron ingreso del paciente o reintervención inmediata.

Estas complicaciones postoperatorias fueron: 12 biliorragias, 5 colecciones subhepáticas y 2 hemoperitoneos.

Si tenemos en cuenta el alta, del total de 941 pacientes intervenidos de CLA, en 552 (58,66 %) de ellos fue posibles antes de las 12 horas, dado la evolución favorable tras el procedimiento. En 325 fue necesario mantenerlos durante más tiempo, pero en todos ellos por debajo de las 24 horas. Esto significa que, en 877 del total de los pacientes, fue posible darles el alta antes de las 24 horas postquirúrgicas. Por el contrario, el 6,8 % permanecieron ingresados durante más de un día, debido bien a complicaciones intraoperatorias o postoperatorias inmediatas (46 paciente permanecieron ingresados entre 24 a 48 horas, 15 estuvieron entre cinco y siete días, y por último, únicamente hubieron tres casos en los que requiriendo ingreso prologando, entre 7 y 14 días).

La morbilidad postoperatoria tardía apareció en 10 pacientes, objetivándose en 7 de ellos una eventración del portal de acceso supraumbilical, 1 Odditis y 2 coledocolitiasis residuales.

Conclusión: De esta forma, podemos concluir con nuestros resultados que la CLA en pacientes adecuadamente seleccionados, es segura, reproducible, junto con un índice de

complicaciones y morbilidad similar a las colecistectomías con ingreso hospitalario.

Con esto llegamos a la necesidad, tal y como ya se remarca en estudio previos, de crear unidades especializadas en Cirugía Mayor Ambulatoria, integrado no solo por los servicios médico-quirúrgicos (cirugía-anestesia), sino también con servicios de enfermería formadas en este ámbito, lo cual va a permitir realizar un manejo lo más global e interdisciplinar posible, permitiendo transmitir la confianza y las herramientas suficientes para el manejo más idóneo de estos pacientes, sobre todo en la etapa de vigilancia domiciliaria postoperatoria.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica ambulatoria, cirugía mínimamente invasiva.

O-12 HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN DE CMA: NUESTRA EXPERIENCIA Y RESULTADOS

V. Briceño Agüero¹, A. Villanueva Moure¹, A. Chivite Moreno¹, R. Jurado Jiménez², L. Gómez Bujedo²

¹Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla, ²Hospital El Tomillar. Alcalá de Guadaíra, Sevilla

Objetivos: El abordaje laparoscópico de la hernia inguinal en el contexto de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se encuentra en constante discusión, entre otras razones por la curva de aprendizaje que entraña. El objetivo es presentar nuestra experiencia y resultados en la reparación de la hernia inguinal por vía laparoscópica en régimen de CMA de los últimos dos años, incluyendo periodo COVID.

Métodos: Realizamos un estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron 319 pacientes intervenidos en nuestro centro hospitalario de hernia inguinal mediante abordaje laparoscópico tipo TEP y TAPP desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2022, bajo protocolo de CMA, intervenidos por cirujanos y residentes en curva de aprendizaje y ayudados por un cirujano experto, con una técnica quirúrgica protocolizada. Las indicaciones son toda hernia primaria unilateral o bilateral y recidivadas por vía anterior, contraindicándose las hernias inguinoescrotales, recidivadas de cirugía laparoscópicas y pacientes con cicatriz infraumbilical. Las hernias fueron clasificadas según las recomendaciones de la Sociedad Europea de la Hernia (EHS). Se analizaron variables epidemiológicas como edad, sexo, IMC, HTA, diabetes, consumo de tabaco. Las variables clínicas estudiadas fueron la clasificación

ASA y hernia unilateral, bilateral o recidivadas. Las variables relacionadas con la intervención quirúrgica fueron el tiempo quirúrgico (desde el inicio de la incisión hasta el cierre de la piel), las complicaciones intraoperatorias (apertura accidental del peritoneo, lesión de vasos espermático, vasos epigástricos, vasos ilíacos, lesión del conducto deferente) y la tasa de conversión a otra técnica (abierta o TAPP). Las variables postoperatorias estudiadas fueron el ingreso no programado, necesidad y motivo de acudir a urgencia, reintervención, complicaciones postoperatorias (hematoma, seroma, infección herida quirúrgica) y la recidiva herniaria. Para el registro de pacientes y análisis de variables se utilizó el programa SPSS versión 22.

Resultados: Desde enero 2020 a diciembre 2022 han sido intervenidos 319 pacientes de hernia inguinal mediante abordaje laparoscópico tipo TEP o TAPP, de los cuales 318 (99,7 %) eran hombres y 1 paciente mujer (0,3 %). La media de edad de los pacientes fue de 49,91 años, con un rango entre 21 y 76 años. El 36,7 % de los pacientes fueron clasificados como ASA I, el 59,9 % como ASA II y el 3,4 % como ASA III. Del total de los pacientes, 255 se trataron de hernias unilaterales (79,9 %) y 64 bilaterales (20,1 %), 35 pacientes (11 %) fueron intervenidos por una recidiva herniaria. Según la clasificación de la EHS el 66,8 % fueron hernias laterales, el 12,5 % hernias mediales y 20,7 % hernias mixtas, en cuanto a el tamaño del orificio herniario el 19,4 % eran tipo I, 70,8 % tipo II y 9,7 % tipo III. Se realizaron 304 TEP (95,3 %) y 15 TAPP (4,7 %). La media de tiempo quirúrgico fue de 59 minutos en las reparaciones unilaterales, de 78 minutos en las reparaciones bilaterales y de 76,8 min en las recidivas herniarias. La complicación intraoperatoria más frecuente fue la apertura accidental del peritoneo, que ocurrió en 45 de los 304 TEP (14,8 %), seguido de la lesión de vasos espermáticos que ocurrió en 2 casos (0,6 %), no registramos otro tipo de complicaciones intraoperatorias. En 8 pacientes (2,5 %) se tuvo que cambiar de técnica quirúrgica, de los cuales 6 pacientes se cambiaron a técnica de Lichtenstein abierta y en 2 pacientes se continuó abordaje laparoscópico tipo TAPP, el motivo más frecuente de conversión fue el neumoperitoneo ocasionado por la apertura accidental del mismo. En total, 308 pacientes se dieron de alta en régimen CMA (96,6 %), mientras que 11 pacientes (3,4 %) requirieron un ingreso hospitalario no previsto siendo la causa más frecuente el dolor, seguido de retención aguda de orina y hematoma inguinal. Dos de los pacientes intervenidos por TAPP, se tuvieron que reintervenir de urgencia, uno por hemoperitoneo por sangrado de un vaso epiploico y el otro por una obstrucción intestinal. Después de la cirugía, 8 pacientes acudieron a urgencia (2,5 %), el motivo más frecuente fue una tumoración a nivel inguinal por un hematoma o seroma, segui-

do por el dolor. Todos los pacientes fueron revisados al mes de la cirugía, las complicaciones postoperatorias más frecuentes observadas fueron: hematoma en 25 pacientes (7,8 %), seroma en 25 pacientes (7,8 %). Se han registrado 3 inguinodinia crónicas (0,9 %) que han requerido derivación y seguimiento por unidad del dolor. Se han objetivado 15 recidivas (4,7 %).

Palabras clave: Hernioplastia, abordaje laparoscópico.

O-13 CONSULTA DE REVISIÓN AL MES PRESENCIAL O TELEFÓNICA. UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN ENTRE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

I. Muñoz Bayo¹, A. Chivite Moreno¹, A. Villanueva Moure¹, C. del Álamo Juzgado², L. Gómez Bujedo²

¹Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla, ²Hospital de El Tomillar. Alcalá de Guadaíra, Sevilla

Objetivos: Valorar la satisfacción y las preferencias de los pacientes respecto a la consulta telefónica al mes de la intervención de colecistectomía laparoscópica en nuestro centro, a fin de plantear la idoneidad o no de retornar al modelo de consulta presencial previo a la pandemia.

Métodos: El presente es un estudio monocéntrico observacional transversal descriptivo y analítico sobre satisfacción y la eficacia percibida de la llamada telefónica al mes de la cirugía realizada por personal médico, de la población intervenida de coledolitiasis programada por vía laparoscópica en el Hospital El Tomillar (UCMA del Hospital Universitario Virgen de Valme de Sevilla) entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022. Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas haciendo uso del soporte informático Diraya.

Se partió de una población de 175 pacientes mayores de 18 años intervenidos dicho año. Se aplicó como único criterio de exclusión no haber recibido contacto telefónico para la consulta al mes de la intervención, quedando una muestra de 156.

Se contactó vía telefónica durante los meses de febrero y marzo de 2023 para realizar un breve cuestionario telefónico diseñado "ad hoc" para nuestro estudio para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con respecto a esta consulta telefónica. Los pacientes al contestar dieron su consentimiento tácito a participar en este estudio.

Para analizar los datos obtenidos, se consideraron las siguientes variables: Edad, Distancia, Satisfacción Global y Satisfacción con la Resolución de Problemas, Sexo, Presencial tras Telefónica, Acudió a Urgencias, Presentó Dudas, Preferencia Telefónica/Presencial y sus Motivos (pregunta abierta, agrupada por categorías).

Las variables cuantitativas se resumieron con medidas de tendencia central y las variables cualitativas con porcentajes. Las asociaciones entre cualitativas se analizaron con la prueba Chi-cuadrado y las comparaciones de cuantitativas entre dos subgrupos con las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney. Las diferencias significativas se cuantificaron con intervalos de confianza al 95 %. Se utilizó el software IBM SPSS 28.0.

Resultados: Edad media 52 años (DE 15 años), 72 % mujeres, mediana de la distancia 18 km (RQ 9-50 km), citados presencialmente tras la consulta telefónica 6,4 %, acudieron a urgencias tras la consulta telefónica 1,3 %.

Contestaron a la encuesta 138 pacientes (89 %). La satisfacción global fue elevada, con un 85 % de puntuaciones ≥ 8 sobre 10. Un 40 % refirió alguna duda o molestia al médico que le atendió y la mediana de satisfacción con la resolución de dichos problemas fue 8 sobre 10 (RQ 6-10). Un 55 % prefirió el formato telefónico principalmente por encontrarse bien sin necesidad de más atención y por poder ahorrarse el viaje al hospital. El resto, que prefirieron el presencial, alegaron principalmente echar en falta el contacto humano, comunicarse mejor cara a cara o preocupación con respecto a las heridas. No obstante, pese a preferir presencial, un 63 % dieron una puntuación de satisfacción global ≥ 8 sobre 10.

No se encontraron relaciones significativas entre el sexo y la satisfacción global. El valor de la mediana de la distancia al centro en el grupo de satisfacción global ≥ 8 sobre 10 (18Km) fue 9 Km menor que en el grupo menos satisfecho (27 km) ($p = 0,29$). La media de edad de los que puntuaron

≥ 8 sobre 10 (53 años) fue 6 años superior a la de los que dieron una puntuación más baja (47 años) ($p = 0,08$).

Las mujeres expresaron más dudas o problemas durante la consulta que los hombres (OR 3, $p = 0,02$). Los pacientes ≤ 65 años consultaron por problemas más que los mayores (OR 3, $p = 0,04$). Los que presentaron dichas eventualidades tuvieron 1 punto menos de satisfacción de promedio ($r = 0,75$, $p < 0,001$).

La preferencia de consulta presencial se asoció con una satisfacción entre 1 y 2 puntos menor ($p = 0,001$). De dicho grupo solo los que dieron como motivo haber tenido molestias presentaron satisfacción global -2 puntos ($p = 0,04$) y satisfacción con la resolución de sus problemas de -2 puntos ($p = 0,03$) con respecto al resto.

Conclusiones:

- La satisfacción de nuestros pacientes con la consulta telefónica al mes de la colecistectomía laparoscópica fue elevada, con un 84,5 % de puntuaciones iguales o superiores a 8 sobre 10.
- Los pacientes de mayor edad presentaron una satisfacción superior y refirieron menos dudas o problemas durante la consulta.
- Las mujeres expresaron más dudas que los hombres.
- La distancia al centro pareció influir en la satisfacción global.
- La población que prefirió la consulta presencial refiere una satisfacción global inferior, sin embargo el único motivo que dentro de este grupo demostró mermar aún más la satisfacción fue el presentar algún tipo de molestias en relación a la cirugía.
- A la vista de los resultados, se sugiere mantener el formato de consulta telefónica considerando citar presencialmente a los pacientes con molestias y tratando de mejorar la comunicación con los pacientes en general.

Palabras clave: Encuesta, satisfacción, consulta telefónica, colecistectomía.

ENFERMERÍA

O-14 TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO CON MALLA TIPO SLING SUBURETRAL. NUESTRA EXPERIENCIA

S. Terol Martínez, D. Cruz Navarro, M. A. Torres Martí, M. P. Gómez Sampedro, A. Agustí Martínez

Hospital de Sagunto. Valencia

Objetivos: La incontinencia urinaria se define como cualquier pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable, que supone un problema higiénico y social, repercutiendo de una forma importante en la calidad de vida de los pacientes. Cuando la pérdida coincide con el aumento de la presión intraabdominal, nos encontramos ante una incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).

Los factores de riesgo de presentarla son: la edad, número de partos, la postmenopausia, el sobrepeso y los antecedentes de cirugía pélvica.

En cuanto a su intensidad puede ser leve, moderada o grave. Serán en los casos moderados-graves los que generalmente se someten a tratamiento quirúrgico mediante la colocación de un sling suburetral.

Este tipo de incontinencia tiene una prevalencia alta situándola hasta en el 22 % de la población, siendo más frecuente en las mujeres. Inicialmente este tipo de incontinencia se aborda con tratamientos conservadores: cambios en el estilo de vida (pérdida de peso etc.) y rehabilitación del suelo pélvico, en el caso de no funcionar los tratamientos mencionados, el tratamiento es quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico de elección es la colocación de un cabestrillo suburetrales sin tensión tipo sling. Es una técnica de abordaje vaginal, en la que se inserta una malla de polipropileno a nivel suburetral a través del orificio obturador, para dar soporte uretral, reposicionar la uretra e incrementar la resistencia a la fuga de orina, evitando así su escape.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar nuestra experiencia, los resultados y las complicaciones del procedimiento en nuestro hospital.

Métodos: Realizamos un estudio observacional descriptivo y retrospectivo de los pacientes intervenidos mediante la colocación de un cabestrillo suburetral transobturador en el Servicio de Urología del Hospital de Sagunto, entre enero de 2019 y diciembre de 2022 en régimen de Cirugía Mayor

Ambulatoria. Recogemos variables demográficas, diagnósticas, resultados funcionales y complicaciones (extrusión de malla, coitalgia, infección y necesidad de ingreso).

Resultados: Durante este periodo fueron intervenidas 34 pacientes de incontinencia urinaria de esfuerzo mediante la colocación de un cabestrillo suburetral tipo sling. La edad media en el momento de la cirugía fue de 59 años (Rangos 41 – 83 años). Todas las pacientes presentaban incontinencia de esfuerzo y el 21 % tenía además asociada incontinencia de urgencia, que se trató con anticolinérgicos.

Del total de mujeres intervenidas el 29 % presentaban obesidad (Índice Masa Corporal > 30), el 88 % presentaban multiparidad, el 18 % estaban histerectomizadas y el 24 % sufrían estreñimiento crónico.

Respecto al grado de incontinencia el 59 % tenían una incontinencia moderada y el 41 % grave.

El tiempo quirúrgico fue de 35 min (20-65 min). Solo dos pacientes tuvieron que ser ingresadas por complicaciones perioperatorias (una por sangrado y otra por dolor inguinal por el paso de las agujas), el resto fueron dadas de alta el mismo día de la cirugía al llevarse a cabo en régimen de CMA. Las dos pacientes ingresadas solo permanecieron en el hospital 24 h, siendo dadas de alta al día siguiente.

Con una media de seguimiento de 12 meses, el porcentaje global de éxito es del 88 %, si bien están completamente secas (sin pérdidas) el 70 % y presentan mejoría significativa el 18 %. En el 12 % restante persistió la incontinencia inicial y requirió un segundo procedimiento quirúrgico.

Observamos las siguientes complicaciones postoperatorias: extrusión de la malla (2 pacientes), coitalgia (3 pacientes, dos de las cuales eran las que presentaban extrusión de malla), infecciones urinarias de repetición (3 pacientes) y urgencia miccional *de novo* 5 pacientes. La extrusión de malla se resolvió mediante cirugía sin ingreso y la urgencia *de novo* mediante tratamiento farmacológico.

Conclusiones: Podemos concluir que la colocación de una malla suburetral tipo sling es una técnica segura y eficaz para la corrección quirúrgica de la IUE, que ha demostrado escasas complicaciones y un bajo riesgo intraoperatorio. Es una intervención que se puede realizar en régimen de CMA, ya que es una cirugía sencilla, reglada y de corta duración, lo que permite que los pacientes pueden irse de alta del Hospital ese mismo día.

Palabras clave: Malla, incontinencia, factores riesgo, complicaciones.

O-15 EDEMA AGUDO DE PULMÓN Y ACIDOSIS HIPERCLORÉMICA EN HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA CON SUERO SALINO FISIOLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Torres Iglesias, A. Mendoza Azcue, K. Astarbe Galparsoro, M. J. Eizaguirre Echeverría, M. M. Otaño Vázquez

Hospital Donostia. San Sebastián

Introducción: La utilización de suero salino fisiológico como medio de distensión en la histeroscopia quirúrgica aumenta la seguridad de la técnica con respecto a la glicina, sin embargo no excluye la aparición de posibles complicaciones graves.

En el caso que se presenta, la suma de varios factores produce la absorción masiva y rápida de dicha solución, lo cual desencadena un cuadro de edema agudo de pulmón y acidosis metabólica hiperclorémica.

Objetivos:

- Presentar un caso acontecido recientemente en nuestra unidad de CMA.
- Recalcar la importancia del control de balance de entradas y salidas del suero de irrigación.
- Estudiar todo lo sucedido para poder corregir posibles errores cometidos y evitar que se vuelva a producir un caso similar.

Métodos: Se trata de una paciente de 63 años, estatura 1.57 m y peso 59 kg, con antecedentes de hipercolesterolemia y poliglobulia.

Presenta mioma intramural de 13 cm en borde derecho y 2 pólipos en la zona inferior de endometrio. Acude a nuestro servicio para polipectomía.

Se realiza histeroscopia quirúrgica bajo anestesia raquídea más sedación, en respiración espontánea.

La cirugía se lleva a cabo con resector bipolar e irrigación de suero salino fisiológico mediante una bomba de nueva adquisición en la unidad, a presión de 80 mmHg y flujo de 200 ml/min, que es el flujo mínimo que permite la actual bomba.

En un momento de la intervención, coincidiendo con una situación de sangrado activo de difícil control en el campo quirúrgico, la paciente se agita y se arranca la vía periférica.

Por un lado, el ginecólogo solicita que se aumente la presión de suero fisiológico de irrigación histeroscópica a 100 mmHg y el flujo a 400 ml/min, ya que debido al sangrado no se obtiene una adecuada visualización de la zona quirúrgica (cabe mencionar que la bomba actual no permite aumentar el flujo en rangos menores a 200 ml/min).

Por otro lado, hay que canalizar una nueva vía y contener a la paciente. En ese momento se pierde el control de entradas y salidas del suero de irrigación, ya que la enfermera circulante está con la anestesista atendiendo a la paciente que además se hipotensa.

Se canaliza otra vía y se decide conversión a anestesia general. Se realiza intubación, manteniendo presiones muy altas en la vía aérea con descenso de la saturación arterial de oxígeno.

Tras tratamiento broncodilatador con escasa mejoría, se descarta neumotórax mediante ecografía, observándose líneas B compatibles con líquido intersticial.

Se decide suspender intervención. Se fuerza diuresis con furosemida y se coloca un sondaje vesical.

Al retirar los paños quirúrgicos se observa gran edema generalizado sin crepitación y se descarta complicación intraabdominal de la cirugía tras realización de ecografía.

Se traslada a la paciente a la Unidad de Reanimación y Cuidados Críticos de Adultos (REA).

Resultados: En la radiografía de tórax se observa edema agudo de pulmón y la analítica realizada indica acidosis metabólica hiperclorémica secundaria a la absorción del suero fisiológico de irrigación.

Se controla hipotensión arterial con aminas vasoactivas, se revierte la acidosis metabólica y tras diuresis de 7 litros en 4 horas presenta mejoría notable, estabilidad hemodinámica, función cardíaca normal, buena mecánica ventilatoria y remisión del edema generalizado, por lo que se procede a la extubación.

Mantiene buena evolución y al día siguiente es trasladada a planta.

Presenta un postoperatorio favorable y refiere encontrarse bien. A los dos días se le ofrece la posibilidad de alta o continuar 24 horas más ingresada. La paciente decide alta domiciliaria con recomendaciones.

Se trata del único caso que hemos tenido en nuestra unidad en 8 años tras 790 histeroscopias quirúrgicas, lo cual

supone una incidencia de un 0,12 % y está muy por debajo de los estándares publicados de tasa de dicha complicación (menor al 5 %).

Conclusiones: El personal de enfermería debe estar instruido en la importancia del control de entradas y salidas del suero de irrigación, bien sea glicina o suero fisiológico, y nunca se debe perder dicho control, ya que si bien se trata de una complicación poco frecuente, la absorción masiva se puede producir en un espacio muy corto de tiempo.

El equipo quirúrgico debe reconocer los signos asociados con la sobrecarga de líquidos para detectarlos de forma temprana y evitar complicaciones mayores.

El anestesiista debe mantener en rango la tensión arterial media (TAM) de las pacientes y evitar la hipotensión, ya que favorece el potencial de intravasación del suero de distensión uterina. De la misma manera, la presión de la bomba de irrigación debe mantenerse por debajo de la TAM de la paciente.

Aunque estamos muy por debajo de los estándares publicados de incidencia de esta complicación, no debemos obviar que ha coincidido con la utilización de un nuevo modelo de bomba de irrigación que trabaja a más flujo que la anterior, lo cual nos exige estar alerta y tener una mayor vigilancia para descartar que lo acontecido pueda estar relacionado con dicha bomba.

Se solicita a la casa comercial la posibilidad de poder manejar rangos menores a los establecidos de fábrica, para tener un mayor margen de decisión y poder trabajar con los flujos y presiones adecuados en cada procedimiento, manteniendo a su vez la seguridad del paciente.

Palabras clave: Edema agudo de pulmón, acidosis hiperclorémica, histroscopia, complicación, suero fisiológico.

O-16 CREENCIAS POPULARES SOBRE LA ANESTESIA

F. Moreno Azuaga, R. Montero Vegas, E. Ruiz Gómez, M. A. Urbano Bravo, P. Jiménez Lanzas
Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: La anestesia sigue siendo una de las mayores preocupaciones a la hora de planear cualquier procedimiento quirúrgico.

“Yo siempre vomito la anestesia”, “Tengo que orinar, para no vomitar”, “Me han operado con anestesia intradural,

no puedo moverme de la cama”, “A mí que me duerman entero, no me quiero enterar de nada”, “Su familiar está en la URPA: Pero, ¿se ha despertado ya?”... Son afirmaciones y preguntas que nos hacen familiares y pacientes a diario en nuestra Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Nuestro objetivo es conocer las creencias populares sobre la anestesia de nuestra población y desmitificar algunos conceptos realizando algunas intervenciones tanto en la Unidad de CMA como en la consulta prequirúrgica.

Métodos: Hemos realizado un cuestionario online entre personas “no sanitarias”, ni relacionadas con el mundo hospitalario sobre algunos aspectos de la anestesia, para intentar descubrir qué ideas tienen sobre ello.

Se trata de un total de 8 preguntas: 6 cerradas con respuestas predefinidas y dos abiertas dónde han podido expresar libremente lo que piensan. Además de 3 preguntas de filiación.

Búsqueda bibliográfica en base de datos.

Resultados: Han respondido a la encuesta 214 personas: de ellas el 70,6 % eran mujeres, y el 29,4 % hombres, la franja de edad de entre 46 y 55 años ha sido el prevalente en nuestro estudio: 43 %, seguido del grupo de entre 56 y 55 años con un 29, de los encuestados poseían estudios superiores.

Los ítems estudiados son los que nuestros pacientes nos han venido manifestando como sus principales preocupaciones a la recepción e ingreso en la Unidad de CMA, así un 46,3 % de los encuestados piensa que hay personas que presentan resistencia a la anestesia, que después de la intervención hay que “orinar la anestesia” un 83,6 %, el 77,6 %, cree que hay personas que se despiertan completamente durante la intervención, un 8,6 % afirma que pueden beber agua antes de someterse a una cirugía mayor, un 4,8 % cree que el despertar “siempre es espantoso”, el 3,4 % piensa que el despertar “siempre es doloroso”, a la afirmación la anestesia general es más peligrosa que la epidural contestaron afirmativamente el 41,1 % de los encuestados.

En la pregunta abierta ¿conoce usted algún otro “efecto secundario” de la anestesia?, obtuvimos 92 respuestas, donde el dolor de cabeza (18 respuestas), seguido de confusión/estado mental alterado (14 respuestas) fueron las más significativas. Tres pacientes manifestaron que la muerte/no despertarse, es otro de los efectos secundarios de una anestesia, 3 pacientes aportaron que la alergia a alguno de los anestésicos les preocupa, y 1 paciente afirmó “es estando anestesiado”. El resto contestó que no conoce ningún otro efecto de la anestesia.

A la pregunta ¿qué le gustaría saber antes de una intervención quirúrgica? obtuvimos 107 respuestas, de estas 2 manifestaron que están suficientemente informados, 22 quieren ser informados de los riesgos /peligros que corren, 10 conocer cuidados postoperatorios, 4 la duración de la intervención, 8 quieren saberlo todo, 4 no quieren saber nada, 5 quieren información comprensible y 2 saber que están en buenas manos, el resto de respuestas no son agrupables y van desde el que quiere saber si “quien lo opera es el número 1 de su promoción”, al que pregunta “Si me muero, ¿me despierto primero?”.

Conclusiones: Aún hoy, en la era de la información inmediata, hay mucho desconocimiento en la población general acerca del proceso quirúrgico en general y la Anestesia en particular.

Como dijimos más arriba, queremos mejorar esta situación, para ello:

Estamos realizando pósteres divulgativos donde con palabras sencillas, dibujos y esquemas, pretendemos dar respuesta basada en la evidencia, a estas creencias que todavía, como hemos comprobado, persisten en nuestra comunidad.

En nuestro hospital a través de la consulta prequirúrgica, anexa a la Unidad de CMA, ya llevamos año y medio trabajando con planes de cuidados estandarizados donde nuestros cuidados van orientados a:

- NOC 1402. Autocontrol de la ansiedad.
- NOC 1404. Autocontrol del miedo.
- NOC 1814. Conocimiento: procedimiento terapéutico.
- NIC 2930. Preparación quirúrgica.
- NIC 5820. Disminución de la ansiedad.
- NIC 5380. Potenciación de la seguridad.

Palabras clave: Creencias, mitos, anestesia.

O-17 CONSULTA DE ENFERMERÍA PREQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA, IMPLANTACIÓN, EVOLUCIÓN Y RESULTADOS EN EL HOSPITAL DUQUES DEL INFANTADO

V. Sánchez Verdugo, M. S. Francisco Pelegrina, M. J. Reina Durán, A. Campos Letrán
Hospital Duques del Infantado. Sevilla

Objetivos:

- Analizar la eficacia, seguridad y rendimiento de la Consulta de Enfermería Prequirúrgica.

- Demostrar la eficiencia de la Consulta de Enfermería Prequirúrgica.
- Conocer índice de suspensiones y motivos para poder incidir sobre ellos.

Métodos: Estudio observacional realizado en el bloque quirúrgico del Hospital Duques del Infantado (HDI), en Cirugía Mayor Ambulatoria, para ello se toman todos los usuarios programados quirúrgicamente en el HDI durante el año 2022 siendo n 8649.

A todos, se les realiza una valoración prequirúrgica a través de un cuestionario, el cual ha sido elaborado siguiendo las directrices del documento técnico del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición de la pandemia COVID-19 adaptada a las necesidades de la CMA y las marcadas por la Dirección General de asistencia sanitaria y resultados en salud del SAS.

Este cuestionario es realizado 48 horas antes de su intervención quirúrgica y el resultado se anexa a la historia clínica del usuario, estando a disposición de los profesionales el día de la intervención.

Para analizar los datos se dividen los cuestionarios en aptos y no aptos, llevando a cabo las siguientes actividades:

- No aptos:
 - Se deriva al usuario a su médico de atención primaria para estudio y seguimiento.
 - Se comunicó al servicio de lista de espera para la sustitución del usuario.
- Aptos:
 - Se puede intervenir.
 - Todos los datos de producción han sido recogidos a través del cuadro de mando de la unidad de CMA del HDI.
 - Se analiza también el número de intervenciones y el de suspensiones para valorar la eficiencia de la Consulta de Enfermería Prequirúrgica.
 - El tratamiento de los datos ha sido llevado a cabo durante el mes de febrero de 2023.

Resultados: Los resultados mostrados comprenden el año 2022, exceptuando el mes de agosto que la unidad permaneció cerrada por vacaciones estivales.

De los n 8649 usuarios valorados se obtienen los siguientes datos:

- Cuestionarios aptos 8396 (97 % de los usuarios), de los cuales:
 - Se han intervenido 7873 usuarios (93,77 % del total de los cuestionarios aptos).

- Suspendidos por varios motivos 523 usuarios (6,22 % del total de los aptos).
- Desde mayo a diciembre 2022 se decide monitorizar las causas de suspensión en, para una valoración más exhaustiva y así poder incidir en ellas y dotar a la unidad de más calidad y eficiencia, estos son:
 - No presentados 60 usuarios (20,4 %).
 - Por orden médica 173 usuarios (58,8 %).
 - Problemas de quirófano 25 usuarios (8,5 %).
 - Preparación del paciente 20 usuarios (6,8 %).
 - COVID positivo 14 usuarios (4,7 %).
 - No preparación prequirúrgica correcta del usuario (6,8 %).
 - Otros usuarios (0,68 %).
- Cuestionarios no aptos 253 (2,92 % de las valoraciones).

Conclusiones: Como conclusión podemos afirmar que la consulta de enfermería prequirúrgica potencia la seguridad en el proceso quirúrgico, tanto del usuario como de los profesionales de la salud. Favoreciendo así diversos aspectos como:

El establecimiento de una relación de confianza usuario-enfermera.

La creación de un ambiente adecuado para: resolver las posibles dudas que tenga el usuario referente a su proceso, brindando un trato humanizado y unos cuidados integrales desde la etapa preoperatoria, reduciendo la ansiedad y el temor relacionado con el proceso quirúrgico.

Recordando la preparación quirúrgica, proporcionando recomendaciones más específicas en cuanto al autocuidado que deben incluirse en la educación sanitaria al paciente previamente a la cirugía.

Disminuyendo el número de suspensiones.

En todo este proceso enfermería juega un papel básico y fundamental realizando una evaluación del usuario desde un punto de vista holístico, que le permite no solo valorar el estado físico sino también su estado mental, así como factores sociales del usuario que le pudieran impedir ser tributario de la modalidad de CMA.

De esta manera, se consigue mejorar el rendimiento del área quirúrgica con la optimización de los recursos, quedando demostrada la eficiencia de la Consulta Prequirúrgica, pues contribuye en la optimización de los partes y tiempos de quirófanos.

Palabras clave: CMA, consulta de enfermería, valoración telefónica, valoración prequirúrgica.

O-18 CONSULTA EPA-CMA EN EL HOSPITAL EL TOMILLAR. PROPUESTA Y APROXIMACIÓN COMPETENCIAL

P. Barrera Ramírez¹, R. Gómez Solís¹, C. Cadenas Roldán¹, M. J. Pineda León¹, P. Gómez Muñoz¹, M. J. Fernández Arriaza¹, R. Galisteo Domínguez²

¹Hospital El Tomillar. Alcalá de Guadaíra, Sevilla, ²Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: Establecer un diseño para una posible consulta de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital 'El Tomillar', perteneciente al Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla del Servicio Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

Garantizar por ende una atención de enfermería integral y personalizada, orientada a la excelencia, respondiendo de esta forma a las necesidades específicas de las personas usuarias de CMA, y garantizando la continuidad asistencial en todo el proceso salud-enfermedad.

Métodos: Revisión bibliográfica de los últimos 20 años en el buscador Gerión de la Biblioteca Virtual del SSPA. Trabajo Fin de Máster (TFM) de CMA sobre una consulta de EPA en una Unidad de CMA.

Conclusiones: Se establecen las bases teóricas del Servicio EPA.

Definición: competencias EPA y conocimiento experto en CMA, atención personalizada, intervención con especial énfasis en el preoperatorio, destacar entre sus competencias su rol consultor, su labor docente, aportando mejora continua y optimización en el proceso de la selección, preparación, educación y seguimiento de este tipo de pacientes, afianzando así el liderazgo de dicha enfermera en CMA.

Filosofía: Partiendo de los pilares de autonomía y trabajo en equipo interdisciplinar, proporcionará atención sanitaria integral basada en la mejor evidencia disponible, garantizando el correcto uso de los recursos disponibles, consiguiendo la promoción del mayor bienestar y calidad de vida posibles, así como autonomía, autocuidado y auto responsabilidad, a la vez que nuestros pacientes contribuyen a la toma de decisiones compartidas.

Visión: orientamos los cuidados a la excelencia, coordinaremos la actuación de cada profesional que interviene en el proceso de CMA, garantiremos el acceso a los recursos sanitarios disponibles, fomentaremos la corresponsabilidad, convirtiéndonos en garantes de la sostenibilidad del sistema de salud.

Se detalla la estructura de provisión del servicio EPA.

Cartera de clientes: externos, pacientes del Área* que se intervengan en UCMA Hospital Tomillar (ASA I*-III) e internos, profesionales de atención primaria (AP) y atención especializada (AE), límites de entrada/salida, equipo consultor multidisciplinar, gestión compartida con Anestesiología.

Consultoría/visitas: vía telemática/telefónica preferentemente, valoración integral del paciente en primera visita desde la base del formulario preanestésico cumplimentado previamente, información completa de todo el procedimiento (incluyendo preparación individualizada requerida), consentimiento informado para CMA.

Atención directa: Mecanismos de captación e identificación de casos en 3 grupos:

- Pacientes pendientes de valoración preoperatoria y preanestésica, recepción de cuestionarios/formularios preoperatorios propuestos cumplimentados por el paciente/cuidador.
- Casos susceptibles de valoración preanestésica protocolizada (ASA I)*.
- Casos complejos que requieran especial seguimiento.

Y se sugiere el marco competencial relacionado con el Servicio EPA.

Todo ello posibilitaría la consecución de los objetivos propuestos, así como el establecimiento de los correspondientes indicadores de calidad.

Palabras clave: Enfermería de práctica avanzada (EPA), CMA, consulta preoperatoria-preanestésica, rol profesional.

O-19 VALORACIÓN DE ALTO RIESGO POR ENFERMERÍA PARA CIRUGÍA DE CATARATAS BAJO ANESTESIA TÓPICA

C. García Picón, M. J. Reina Durán, M. S. Francisco Pelegrina

Hospital Universitario Virgen del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Sevilla

Objetivos: La cirugía de cataratas es el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo.

Habitualmente es bien tolerado por los pacientes, con menos de un 0,05 % de ingresos no programados y una

recuperación rápida en domicilio. Las complicaciones médicas de este tipo de cirugía tienen una escasa incidencia y son en gran parte debidas a las características de los pacientes, especialmente a la comorbilidad asociada a la edad avanzada que suele caracterizarlos.

La valoración preoperatoria es una de las fases del proceso enfermero que consiste en un proceso planificado, sistemático y continuo que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas. Estudios previos han comparado la valoración preoperatoria tradicional con una valoración gradual por parte de Enfermería según el riesgo quirúrgico sin que se evidenciara una mayor tasa de complicaciones intraoperatorias, cancelaciones o readmisión de los pacientes entre los dos formatos. Ante estos hallazgos, en el Hospital Duques del Infantado (HDI) se ha empezado a aplicar esta valoración preoperatoria graduada a todos los pacientes con indicación de cirugía de cataratas bajo anestesia tópica, a través de una consulta denominada Valoración de Alto Riesgo (VAR).

Los objetivos del circuito VAR de Enfermería implantado son:

- Identificar a los pacientes de alto riesgo que van a ser intervenidos de cataratas bajo anestesia tópica.
- Agilizar el circuito quirúrgico mediante la Tele-Enfermería.
- Disminuir la carga asistencial en las valoraciones preoperatorias garantizando la información al usuario y la seguridad clínica.

Métodos: Estudio descriptivo de las fases de implementación del circuito VAR de Enfermería del HDI. La información recogida se ha obtenido mediante la historia clínica digitalizada y la Tele-Enfermería a través de llamadas telefónicas, en especial auge tras la pandemia COVID-19. Los valores se han expresado en porcentajes.

Fases de implementación:

1. Análisis de la situación y consenso entre los servicios de Anestesia, Oftalmología y Enfermería.
2. Pilotaje de la consulta, entre los meses de junio de 2022 y septiembre de 2022, con un total de 169 pacientes valorados. De estos un 44 % fueron descritos como NO APTO, es decir, que tendrían que ser atendidos por el Servicio de Anestesia previa intervención quirúrgica, mientras que otro 44 % fueron descritos como APTOS, y podrían ser citados para programar su cirugía sin necesidad de ser valorados por un anestesiólogo. El 12 % restantes eran pacientes que no contestaron (8 %), o que estaban mal citados (4 %).

3. Implementación del circuito VAR: comienza una vez que el paciente tiene la indicación quirúrgica de catarata con anestesia tópica. En la propia consulta de Oftalmología, la TCAE les informa que van a recibir una llamada de enfermería para realizar una valoración. El día que están citados en la consulta VAR el profesional de Enfermería realiza una anamnesis exhaustiva consultando sus patologías, tratamiento, alergias, ingresos recientes e indicación por parte de Oftalmología. Para dicha valoración utilizamos un cuestionario basado en el utilizado por la Sociedad Canadiense de Anestesiología.
4. Modificaciones tras el pilotaje: inicialmente se le preguntaba al paciente si quería ser atendido por un anestesista, pero este ítem fue omitido a partir de julio de 2022. Otro aspecto que se modificó fue el apartado “alergias”, que si era “positivo” llevaba a la consideración del paciente como NO APTO.
5. Actualmente, aunque se registran todas las alergias en el apartado de observaciones, solo se contemplan las alergias al látex y a los anestésicos locales, como criterio para valoración por Anestesiología.
6. Cuestionario VAR final: consta de 13 preguntas de respuesta dicotómica (sí/no) y un apartado para alergias a medicamentos, látex y alimentos, además de una sección para anotar observaciones. En caso de ser todas las respuestas negativas, el cuestionario es considerado como APTO y se dan indicaciones preoperatorias, además de crear un informe de consulta en la historia clínica del paciente, el cual puede ser consultado ante cualquier duda, en caso contrario, si alguna respuesta es positiva, el resultado será NO APTO, y el paciente sería derivado a la consulta de Anestesia para ser valorado.

Resultados: Se evaluaron mediante el cuestionario VAR a 601 pacientes que iban a ser intervenidos de cataratas con anestesia tópica desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de marzo de 2023. De ellos, un total de 215 pacientes (35,77 %) fueron considerados NO APTOS, mientras que 331 pacientes (55,07 %) obtuvieron el APTO. Tan solo 40 pacientes

(6,65 %) no contestaron a la llamada telefónica para realizar la valoración y 16 pacientes (2,66 %) estaban mal citados, ya fuera por tema administrativo o por indicaciones anestésicas diferentes a las previstas en la consulta.

De los 215 pacientes NO APTOS, se han analizado los motivos por los que no han sido considerados candidatos a poder ser intervenidos sin ser valorados previamente por el Servicio de Anestesia. Fruto de este análisis se ha sabido que 39 (18,3 %) eran diabéticos en tratamiento con insulina, 38 (17,97 %) presentaban alergias (látex y anestésicos locales), 16 (7,44 %) por peso mayor de 100 kg, por comorbilidad cardiaca 78 (36,27 %), por respiratoria 30 (13,94 %) y 14 (6,51 %) por otros motivos. Cabe destacar que el mayor número de NO APTOS, son pacientes con problemas cardiacos.

Tras el estudio de pilotaje realizado, se obtuvieron como resultados porcentajes similares de aptos y no aptos. Cabe destacar que, durante las 4 primeras consultas, el cuestionario aún contenía la posibilidad que el paciente eligiera ser atendido por un anestesista o una enfermera. A raíz de este cambio se observó un ligero incremento del número de aptos.

Conclusiones: En conclusión, el circuito de Enfermería VAR se ha posicionado como un procedimiento ágil, factible y seguro en la preparación de la persona que va a ser sometida a cirugía de catarata bajo anestesia tópica, con resultados similares al formato de preparación previo.

Todo esto se puede comprobar, dado que desde noviembre de 2022, que se obtuvo el visto bueno por parte de la Dirección del Hospital Universitario Virgen del Rocío para la puesta en marcha del protocolo VAR, se comenzó a intervenir pacientes valorados en esta consulta.

Palabras clave: Enfermería, valoración, catarata, anestesia tópica.

GESTIÓN Y CALIDAD

O-20 VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA ESCALA NET PROMOTER SCORE (NPS)

M. Alonso García, M.J. Castillo Fe, S Villar Riu, E Quirós Higuera, J.L. Porrero Carro
Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Objetivos: Medir la satisfacción de los pacientes operados en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en el servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo de nuestro hospital, con una herramienta poco convencional en Unidades de Cirugía sin Ingreso pero por el contrario muy utilizada en el ámbito de la empresa privada, como es el Net Promoter Score (NPS).

Métodos: El Net Promoter Score (NPS) es una herramienta que nos permite valorar la satisfacción del cliente con una sola pregunta, dándonos un indicador de crecimiento de la empresa o del producto. El NPS evalúa el grado en que una persona, o en este caso un paciente recomendaría tu servicio, a un familiar o amigo, convirtiéndose pues en un vehículo de marketing de tu empresa (hospital).

El NPS funciona con una pregunta que se contesta con una escala del 0 al 10 como la siguiente: del 0 al 10 ¿qué probabilidad hay de que recomiendes nuestro servicio?

La interpretación de los resultados se realiza de la siguiente manera:

- Detractores: Los que han puntuado del 0-6. Son pacientes descontentos que no recomendarían tu servicio a sus conocidos.
- Pasivos: Los que puntúan 7-8. Es poco probable que recomienden tu compañía.
- Promotores: Los que puntúan 9-10 y que recomendarán tu servicio.

A la pregunta básica de la encuesta, se le puede añadir una o dos más de texto libre para conocer en qué hemos fallado y en qué podemos mejorar.

En nuestro hospital se realizó esta encuesta desde abril a diciembre de 2022 a todos los pacientes intervenido en régimen de CMA mediante un SMS a su teléfono móvil.

Resultados: De los 509 pacientes intervenidos como CMA respondieron al SMS 385. De ellos el 3,6 % puntuó su experiencia de 0-6, es decir detractores, el 12,2 % entre 7-8 (pasivos) y un 84,2 % puntuó un 9-10, promotores. Si apli-

camos la fórmula para calcular el NPS, éste es de un 81 % lo que nos posiciona en un grado de satisfacción excelente.

A la pregunta básica de la encuesta, nosotros añadimos alguna más de texto libre para valorar en qué deberíamos mejorar, y de estas preguntas concluimos que las áreas de mejora son principalmente dos: la información postoperatoria y el tiempo de espera desde que se les cita hasta que son llamados para subir a quirófano.

Por último, señalar que también se han detectado ciertas incongruencias entre la puntuación y los comentarios realizados, es decir que hay pacientes muy agradecidos, que por el contrario, la puntuación dada ha sido de 7-8. De esto podemos aprender que quizá haya que mandar junto con la encuesta una breve explicación de lo que significan las diferentes puntuaciones.

Conclusiones: La NPS es una herramienta muy sencilla para valorar la satisfacción de nuestros pacientes.

Añadiendo una o dos preguntas más de texto libre puedes averiguar cómo puedes mejorar la experiencia de los pacientes.

Sirve para comparar resultados con otras unidades similares de tu entorno.

Palabras clave: Satisfacción, Encuesta, NPS.

O-21 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA SEGURIDAD Y CALIDAD EN CMA

F. Almoguera González, F. Aguilar del Castillo, C. Marín, M. J. Tamayo, F. Docobo, F. J. Padillo Ruiz
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: La Cirugía Mayor Ambulatoria es un régimen de intervención quirúrgica sin pernoctación hospitalaria que es cada vez más utilizado en nuestros días, aumentando cada vez más la complejidad de los procedimientos realizados. La literatura muestra que la seguridad y la calidad de la atención es similar a la cirugía tradicional con ingreso, siendo superior en términos de costo-eficiencia. Por ello, el objetivo de este estudio es el análisis de la calidad y la seguridad de los pacientes intervenidos en CMA en nuestro centro.

Métodos: Se realiza un estudio observacional transversal prospectivo, para ello se diseña un estudio con la aplicación de un cuestionario para medir la percepción de la calidad y

seguridad, así como la satisfacción alcanzada con atención recibida a dos grupos de diferentes de pacientes intervenidos en 2 periodos diferentes de tiempo.

En el primer grupo se realizó una encuesta autoadministrada entregándose el cuestionario en la sala de recuperación tras la intervención.

El segundo grupo es sometido al mismo modelo de cuestionario a través de encuesta dirigida vía telefónica un mes después de la intervención. El cuestionario se compone de 26 preguntas para analizar 5 dimensiones: accesibilidad, confortabilidad, garantía, personalización y seguridad. Los ítems de la encuesta se puntuaron del 1-10 clasificándose en tres grupos: valoración baja (0-4), intermedia (5-7) y alta (8-10).

7290 pacientes intervenidos en régimen de CMA de Cirugía General, ORL, Oftalmología y Traumatología en el periodo 2011-12.

Resultados: En el grupo I se obtuvieron un 56 % de cuestionarios válidos. El 55 % de los encuestados fueron varones con una edad media de 48,96 años.

La accesibilidad, confortabilidad y personalización del servicio fue puntuada como alta por el 54,7 %, 55,1 % y el 72 % respectivamente. En términos de garantía y seguridad la valoración fue alta para el 74,8 % y el 78,8 %, respectivamente. En resumen, la satisfacción fue alta para el 87,4 % en este grupo.

Un 64 % de los encuestados consideran nuestra unidad similar a otro centro en término de fidelidad, siendo recomendable para un familiar en un 85 %. En el apartado de propuesta de mejora el 49,5 % no expresaron respuesta, sin embargo, entre las respuestas destacamos que el 24,7 % expresan necesidad de mejorar las instalaciones.

En el grupo II se obtuvieron un 55 % de cuestionarios válidos. El 47 % de los encuestados son hombres con una media de edad de 50,44 años.

La accesibilidad, confortabilidad y personalización del servicio fue puntuada como alta por el 58,2 %, 59,5 % y el 74,6 % respectivamente. En términos de garantía y seguridad la valoración fue alta para el 76,6 % y el 79,3 %, respectivamente. En resumen, la satisfacción fue alta para el 86,3 % en este grupo.

El 68 % de los encuestados que nuestro centro de CMA es igual que otros centros conocidos, siendo recomendable para un familiar en un 91 %. En el apartado de propuesta

de mejora el 37,1 % no expresaron respuesta, sin embargo, entre las respuestas destacamos que el 39,4 % expresan la necesidad de mejorar las instalaciones.

Si analizamos la relación entre la percepción de la calidad y la seguridad y la satisfacción realizando una correlación Rho de Spearman obtenemos un resultado de 0,837 (relación fuerte).

Las puntuaciones del servicio de garantía, personalización y seguridad tenían una correlación fuerte (coeficiente Rho Spearman > 0,8), sin embargo, la accesibilidad y la confortabilidad obtienen un coeficiente Rho Spearman intermedio.

Conclusiones:

- La calidad percibida por los usuarios de CMA fue elevada para más de la mitad de los mismos, tanto en el momento del alta como a los treinta días de la intervención.
- La percepción de seguridad de los usuarios de CMA fue alta para la más de dos terceras partes de los mismos, tanto en el momento del alta como a los 30 días de la intervención.
- La satisfacción de los usuarios de CMA fue alta para más del 80 % de los mismos en el momento del alta y al mes de la intervención.
- Las dimensiones servicio personalizado, servicio de garantía y percepción de seguridad ejercieron mayor influencia sobre la satisfacción con la atención recibida que las dimensiones servicio accesible y servicio confortable.

Palabras clave: CMA, dimensiones, seguridad, accesibilidad.

O-22 DETECCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES EN CMA SEGURIDAD Y CALIDAD PERCIBIDAS EN CMA

F. Almoguera González, F. Aguilar del Castillo, C. Marín, M. J. Tamayo, F. Docobo, F. J. Padillo Ruiz
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: El objetivo de este estudio consiste en la detección de efectos adversos en paciente intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria, así como la seguridad y calidad percibidas por los pacientes.

Métodos: Se realiza un estudio observacional transversal prospectivo. Se diseña un estudio con el uso de un cuestionario para medir la percepción de la calidad y seguridad, así

como la satisfacción alcanzada con atención recibida a dos grupos (Fase I y II) de diferentes de pacientes intervenidos en 2 periodos diferentes de tiempo. El primero realizando la encuesta en la sala de recuperación y el segundo un mes tras la intervención quirúrgica. En la fase III del estudio se realiza un examen de las historias clínicas de los pacientes encuestado en la fase II (registrándose eventos adversos e incidentes relacionados con la atención recibida, factores de riesgo y antecedentes médicos de los pacientes e intervenciones quirúrgica a los que fueron sometidos).

La población a estudio es de 7290 pacientes intervenidos en régimen de CMA de Cirugía General, ORL, Oftalmología y Traumatología en el periodo 2011-12.

Resultados: En el análisis de las variables demográficas (sexo, edad, nivel de estudio) no se han obtenido diferencias significativas.

Al analizar los resultados del cuestionario en el grupo I y II se han obtenidos diferencias significativas en “tiempo de espera en la consulta” y “la valoración de la intimidad en el hospital” con una valoración mayor en el grupo II estadísticamente significativa (0,01) con corrección de Bonferroni.

Se compararon las valoraciones de calidad de cada una de las dimensiones y de la puntuación total de la percepción de calidad y seguridad entre los dos grupos del estudio mediante el test de U de Mann-Whitney. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las valoraciones de las dimensiones servicio accesible, servicio confortable, servicio de garantía, servicio personalizado ni percepción de seguridad, así como el valor suma de todas ellas (calidad percibida) de los encuestados en el grupo I respecto a los encuestados en el grupo II.

En relación con las preguntas relacionadas con la dimensión fidelidad, se encontraron diferencias significativas en relación a la valoración del centro donde se hizo el estudio en relación a otros que conozca, siendo mejor en el grupo I (23 %), frente al grupo II (14 %) (< 0,01 con corrección de Bonferroni).

En cuanto a la recomendación a un familiar, fueron estadísticamente significativas las diferencias entre ambos grupos (respuesta afirmativa en el 94 % en grupo I frente 88 % en grupo II) y respuesta negativa 12 % en grupo I y 6 % en grupo II.

Con respecto a la fase III del estudio, al realizar un análisis de los eventos adversos encontramos que el 86 % de los pacientes intervenidos no presentan ninguna complicación. En el 14 % de los casos se encontraron eventos adversos

(dolor infección sitio quirúrgico, reintervención y complicaciones anestésicas).

- Dolor postoperatorio: 24 (8 %) pacientes, requiriendo 1 (0,33 %) de ellos atención en servicios de Urgencias.
- Infección en el sitio quirúrgico: 4 (1,3 %) pacientes, requiriendo 1 (0,33 %) asociar el drenaje del absceso.
- Sangrado: 6 pacientes (2 %). Al analizar por patologías, 3 (1 %) tuvieron un sangrado tras intervenciones otorrinolaringológica, 2 (0,67 %) tras cirugía sinus pilonidal y 1 (0,33 %) tras cirugía hallux valgus.
- Reintervenciones: 2 (0,67 %) pacientes por cirugía de sinus pilonidal sangrante y absceso de herida.
- Complicaciones anestésicas: 2 (1 %) casos de cefalea postural tras anestesia raquídea, 1 (0,33 %) caso de cefalea tras anestesia general y 1 (0,33 %) retención urinaria tras anestesia raquídea.
- Otros eventos adversos: 13 (4,3 %). 3 casos (1 %) de edema postoperatorio, 2 (0,67 %) pacientes con parestesias, 2 (0,67 %) seroma, 2 (0,67 %) edemas laríngeos, 1 (0,3 %) hematoma, 1 (0,3 %) perforación del septo nasal, 1 (0,3 %) necrosis parcial del dedo, 1 (0,3 %) brote de colitis ulcerosa.

En el análisis descriptivo de los incidentes se ha encontrado lo siguiente:

- 6 (2 %) errores o ausencia de lateralidad en hoja quirúrgica, 25 (8,4 %) errores o ausencia de lateralidad en hoja anestésica, 15 (5 %) errores o ausencia de lateralidad en informe de alta.
- 15 pacientes (5 %) tuvieron que asistir a urgencias.
- 3 (1 %) requirieron ingreso: 1 (0,33 %) por una hemorragia postamigdalectomía, 2 (0,67 %) tras cirugía de hallux valgus uno por complicación posquirúrgica y el segundo por brote de colitis ulcerosa.
- No se han registrado fallecimientos en la serie analizada.

Conclusiones:

- En nuestra serie presentamos un menor índice de dolor posoperatorio respecto a literatura, sin embargo, el porcentaje de efectos adversos es superior.
- El índice de reintervención es superior al descrito en la literatura, por otra parte, las complicaciones anestésicas tienen una tasa muy inferior.
- Por lo cual, podemos concluir que la CMA se asocia a bajas tasas de morbilidad y mortalidad constituyendo un procedimiento seguro.

Palabras clave: Evento adverso, calidad, incidentes.

O-23 ¿ES NECESARIA LA CREACIÓN DE UNA NUEVA GUÍA DE RECOMENDACIONES EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN ESPAÑA? ¿ES POSIBLE EL BENCHMARKING EN EL MOMENTO ACTUAL?

L. Vives Piqueres, A. Nicolau Gozalbo

Hospital Universitario de La Plana. Villarreal, Castellón

Objetivos: Justificar la necesidad de una nueva Guía de Recomendaciones en CMA a nivel nacional, que comparta la situación actual de esta y sirva de guía, tanto para el desarrollo de nuevas unidades como para la gestión de las ya vigentes.

Métodos:

Búsqueda de información sobre la situación CMA desde 2006 a la actualidad mediante: 1).

Información publicado por el Ministerio de Sanidad (1-3), 2) búsqueda en PubMed de 2006 a abril 2023 con combinaciones de palabras en MESH como “quality indicators AND ambulatory surgery”, “quality indicators AND day surgery”, “quality indicators AND outpatient surgery”, “ambulatory surgery AND standards”, 3) principales manuscritos a nivel nacional (4,5) en CMA internacional (6), 4) Clasificaciones CIE-9, 10 y 11 así como consulta de los grupos GRD desde 2008 a la actualidad (7).

Conclusiones: De la bibliografía analizada se extrae:

- Se define la Cirugía Mayor Ambulatoria como aquella con alta el día de la intervención, diferenciándose claramente del concepto “ingreso 23 horas” (8-11).
- La práctica de CMA tanto a nivel nacional como internacional se realiza en centros de muy diversos tipos (privados, públicos, centros con dedicación exclusiva a CMA, unidades integradas parcialmente al hospital, unidades integradas pero con un circuito independiente...) (4).
- Por otro lado, la International Association of Ambulatory Surgery (IAAS) propugna la utilización de estándares universales para todas las UCMA (6), mientras sociedades nacionales difieren en los indicadores de calidad (American Society of Anesthesiologists, ASECEMA y la sociedad portuguesa) (10,12,13).

A estas dificultades se suma la escasa información disponible acerca de los valores de referencia estándar tanto a nivel nacional como internacional. En España y Portugal, en concreto, se ofrece una lista detallada de indicadores a registrar pero no se conoce el estado de cada indicador a

nivel nacional ni se han establecido valores de referencia (para indicadores clave como tasa de suspensiones, cancelaciones, tasa de ingresos y reingresos) (10).

Todo ello dificulta la realización de benchmarking en las UCMA y se limitan en muchas ocasiones al control evolutivo de los indicadores propios que se considere (15).

Así pues, parece necesaria por varias razones una guía actualizada que sustituya a la vigente desde 2008 en España: Los cambios en la CIE y los AP-GRD, así como los avances tecnológicos dejan obsoleto el anterior listado de diagnósticos. Se han duplicado el número de indicadores y podría ser conveniente para poder compararnos la inclusión de valores estándar para los principales. Dada la diversidad de UCMAS, podría ser que los indicadores de eficiencia como Tasa ambulatorización e índice de Sustitución difieran entre ellas y puede ser conveniente focalizar la mejora en indicadores de calidad percibida y científico-técnica (satisfacción, reclamaciones, cancelaciones, suspensiones, ingresos, reingresos, EVA, complicaciones...)

Bibliografía:

1. icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do
2. inclasns.sanidad.gob.es
3. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdAnteriores.htm>
4. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
5. Aranz-Andrés J M, Ivorra-Muñoz F, Compañ-Rosique A F. La calidad de la asistencia en Cirugía Mayor Ambulatoria. Eficiencia de la Asistencia. Ed. WIN2WIN WORLDWIDE 2015
6. Lemos P, Regalado A M. Patient Outcomes and Clinical Indicators for Ambulatory Surgery. En Textbook - Day Surgery 2006. Disponible en <https://theiaas.net/textbook-day-surgery-development-practice>
7. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdAnteriores.htm>
8. Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. Guidelines for day-case surgery 2019. *Anaesthesia* 2019;74:778-92.
9. Philip B.K. Day case surgery: The United States Model of Health Care. *Ambulatory Surgery* 2012;17(4).
10. Nunes J S, Gomes R, Povo A, ALVES E C. Quality Indicators in Ambulatory Surgery. *Acta Med Port.* 2018;31(7-8):425-30.
11. Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U. Policy Brief, day surgery: making it happen. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies. 2007. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107831>
12. <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/statement-on-outcome-indicators-for-office-based-and-ambulatory-surgery> Octubre 2022
13. [www.asecma.org/Documentos/Blog/NUEVA %20PROPUESTA %20INDICADORES %20CALIDAD.pdf](http://www.asecma.org/Documentos/Blog/NUEVA%20PROPUESTA%20INDICADORES%20CALIDAD.pdf)
14. Jevtovic-Todorovic V. Standards of care for ambulatory surgery. *Minerva Anestesiol.* 2006;72:13-20.
15. Rodríguez M, Porrero J L, Aranz J M, Castillo M J, Alonso M T, Sánchez-Cabezudo C. Análisis comparativo de indicadores de eficiencia en cirugía mayor ambulatoria. *Gac Sanit.* 32(5):473-6.

Palabras clave: Indicador calidad, cirugía mayor ambulatoria.

O-24 PROCESO ASISTENCIAL DE LA HERNIOPLASTIA INGUINAL Y PRIMARIA DE LÍNEA MEDIA. ¿QUÉ OFRECEMOS A NUESTROS PACIENTES?

A. Sánchez Arco, C. Galera Ródenas, I. Roldán Ortiz, M. C. Montes Osuna, J. D. Turiño-Luque, A. Mansilla Roselló

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Conocer la duración del proceso de la hernioplastia inguinal o de línea media primaria en nuestra unidad de pared abdominal, desde la inclusión en lista de espera quirúrgica (ILEQ) hasta el alta a centro de salud, el cumplimiento del Decreto de Garantía (DG 209/2001 de 18 de septiembre) e identificación de zonas de debilidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de hernia inguinal y línea media primaria en nuestra unidad de pared desde su creación en marzo de 2019 hasta febrero de 2023.

Se registraron: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), riesgo anestésico (ASA), fecha de ILEQ, fecha de la cirugía, fecha de alta y revisión en primera consulta y sucesivas hasta finalización del proceso. Además motivo de ILEQ y procedimiento propuesto, así como régimen de intervención y centro (Unidad de Cirugía de Alta Resolución-UCAR-, Hospital -H-). Se establecieron 3 grupos de pacientes según el DG: A 120 días (hernia inguinal), B 180 días (hernia de línea media), C sin garantía (cirugía laparoscópica de la hernia).

Se empleó el programa PSPP para el registro y análisis de datos, estableciéndose como significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: Durante el periodo de estudio se intervinieron un total de 736 pacientes.

El 68,8 % (n = 506) fueron programados en régimen ambulatorio, frente a 230 en régimen de ingreso o corta estancia. 368 pacientes tenían un Decreto de Garantía (DG) de 120 días (50 %), en 109 casos era de 180 días (14,8 %) y los restantes 258 (35,1 %) carecían de ella.

Los principales diagnósticos fueron: hernia inguinal (uni/bilateral) 623 (84,7 %), hernia línea media 110 (14,9 %), Complicación del injerto 3 (0,4 %). Los códigos de procedimiento fueron: hernioplastia inguinal no laparoscópica 365 (49,6 %), hernioplastia inguinal laparoscópica 258 (35,1 %), hernioplastia línea media 109 (14,8 %), otros 4 (0,5 %).

El tiempo medio de espera para intervención quirúrgica se situó en 206,96 días (DS \pm 109,948: Rango 7-797). En el caso de pacientes del Grupo A este tiempo fue de 202,74 días (DS \pm 113,403: Rango 7-776), Grupo B el tiempo de espera fue de 224,21 días (DS \pm 127,083: Rango 9-655), Grupo C el tiempo de espera alcanzó los 205,68 días (DS \pm 96,082: Rango 14-797), no siendo estas diferencias significativas entre grupos (A vs. B 180 $p = 0,092$, A vs. C $p = 0,728$, B vs. C $p = 0,174$), aunque inferiores en el Grupo C.

Al comparar centro de intervención (UCAR/H) por grupo encontramos: Grupo C UCAR 74,8 % (n = 193) vs. Grupo A 49,7 % (n = 183) ($p < 0,001$), Grupo C vs. Grupo B 65,1 % (n = 71) ($p = 0,059$), Grupo A vs. Grupo B ($p = 0,007$). Por régimen de intervención (Ambulatorio/Ingreso) encontramos: Grupo C CMA 75,3 % (n = 195) vs. Grupo A 62,5 % (n = 230) ($p = 0,001$), Grupo C vs. Grupo B 74,3 % (n = 81) ($p = 0,843$), Grupo A vs. Grupo B ($p = 0,023$).

Estudiamos las diferencias entre las características de los pacientes

Edad en años: Grupo A 63,91 (DS \pm 15,42), Grupo B 56,35 (DS \pm 13,794), Grupo C 51,4 (DS \pm 12,155).

IMC en kg/m² Grupo A 26,55 (DS \pm 4,167), Grupo B 29,55 (DS \pm 4,624), Grupo C 25,37 (DS \pm 3,393).

ASA media: Grupo A 2,22 (DS \pm 812), Grupo B 2,83 (DS \pm 0,678), Grupo C 1,51 (DS \pm 0,56).

El análisis comparativo de estas variables entre los diferentes grupos fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$), salvo al comparar edad media de B vs. C que fue $p = 0,001$.

Tras el alta los pacientes fueron revisados en consulta de media a los 60,77 días (DS \pm 33,669), siendo la duración global del proceso hasta el alta definitiva del paciente de 287,94 días (DS \pm 126,335, rango 31-964). Por grupos encontramos:

1ª revisión consulta días: Grupo A 61,34 (DS \pm 37,542), Grupo B 56,71 (DS \pm 27,877), Grupo C 61,61 (DS \pm 29,979).

Duración global del proceso en días: Grupo A 281,94 (DS \pm 127,565), Grupo B 280,96 (DS \pm 124,918), Grupo C 300,26 (DS \pm 124,875).

En ninguna de las dos variables anteriores se encontraron diferencias estadísticamente significativas al llevar a cabo las diferentes combinaciones entre grupos ($p > 0,05$).

Conclusión: Pese a la existencia de periodos de garantía para la realización de los diferentes procedimientos, la limitación de intervenciones en hospital, favorece un acortamiento en los plazos de aquellos procesos que carecen de garantía (cirugía laparoscópica de la hernia) que se realizan en régimen ambulatorio y en la UCAR, si bien las diferencias no son significativas. Esto dificulta la intervención precoz de pacientes “vulnerables” (mayor edad y riesgo anestésico) de forma significativa. Si bien, el proceso global no muestra diferencias por grupos, aunque son necesarias medidas para atajar la espera de los citados pacientes.

Palabras clave: Decreto garantía, Unidad de alta resolución, hernia inguinal, laparoscopia.

O-25 LICHTENSTEIN VS. TEP: ¿DÓNDE OBTENGO MEJORES RESULTADOS DE CALIDAD?

P. Díaz Ríos, I. Roldán Ortiz, A. Sánchez Arco, C. Acosta Gallardo, J. D. Turiño Luque, A. Mansilla Roselló
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Comparar los principales índices de calidad en el proceso de la hernia inguinal según el procedimiento quirúrgico empleado.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro centro desde marzo de 2019 hasta enero de 2023.

Se registraron las siguientes variables del perioperatorio (régimen de intervención –CMA o ingreso–, lugar de intervención –UCAR u Hospital–), aspectos postoperatorios (urgencias 30 días, pernocta no planificada, tasa de recidiva). Se subdividieron los pacientes en base al tipo de intervención: TEP vs. Lichtenstein (LIC) para el estudio de los indicadores de calidad.

Se empleó el programa PSPP para el registro y análisis de datos, considerando significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: Durante el periodo del estudio se intervinieron un total de 596 pacientes con una edad media de 58,49 años (rango 17-90), predominio del sexo masculino 86,9 % (n = 519), con 26,02 kg/m² (DS ± 3,822) (rango 16,61-40,79), el grado ASA por orden de frecuencia fue: II 254 (42,6 %), I 204 (34,2 %), III 122 (20,5 %), IV 13 (2,2 %).

El régimen inicial de manejo de los pacientes fue ambulatorio en 409 casos (68,6 %), interviniéndose en la UCAR

mayoritariamente (61,1 %, n = 364). El tiempo medio de espera para la intervención fue de 204,76 días (DS ± 106,995, rango 7-797).

Hernia inguinal unilateral primaria 72,7 % (n = 434), hernia inguinal bilateral primaria 18,8 % (n = 112), hernia crural primaria 2,7 % (n = 16), hernia inguinal recurrente 6,7 % (n = 34). El 65,4 % de los procedimientos se realizaron bajo anestesia general (n = 390), seguida de anestesia intradural en el 30,2 % (n = 180), mascarilla laríngea en el 3 % (n = 18) y local + sedación en el 1 % (n = 6). El procedimiento se realizó por cirugía laparoscópica en el 58,7 % (n = 350), con una tasa de conversión del 2,82 % (n = 8).

Se administró profilaxis antibiótica en el 33,2 % de los pacientes (n = 198). El tiempo quirúrgico medio fue de 63,76 min (12-190).

La duración media del ingreso en días fue de 0,64 (DS ± 1,99) (rango 0-42), siendo el índice de sustitución del 54,3 % (n = 323) y la tasa de pernocta no planificada del 33,6 % (n = 137). Las principales causas de PNP fueron por orden de frecuencia: Quirófano de tarde 19,7 % (n = 25), dolor 9,4 % (n = 12), intolerancia digestiva 8,5 % (n = 11).

La edad media de los pacientes del TEP fue de 51,71 años vs. los 68,02 años del LIC ($p < 0,001$), el promedio del grado ASA de los pacientes TEP fue de 1,51 vs. el 2,46 del LIC ($p < 0,001$).

El dolor postoperatorio (EVA) en las primeras 24 horas fue 3,48 para el grupo LIC vs. 3,36 para el TEP ($p = 0,779$) y en la revisión en consulta 0,73 para LIC vs. 0,89 para TEP ($p = 0,564$).

La estancia media para los pacientes del grupo LIC fue de 0,95 vs. 0,42 del TEP ($p = 0,001$). La tasa de PNP para el grupo LIC fue del 50,3 % frente al 24,2 % del grupo TEP ($p < 0,001$). El índice de sustitución por grupos de estudio fue del 41,3 % para el grupo LIC vs. el 63, % del TEP ($p < 0,001$).

La asistencia a urgencias tras la intervención se produjo de media a los 7,68 días en el grupo LIC vs. los 9,04 del TEP ($p = 0,302$), el 20,6 % de los pacientes (n = 51) del grupo LIC acude a urgencias en el primer mes vs. el 12,7 % (n = 44) del grupo TEP ($p = 0,01$).

El tiempo medio de recidiva en días tras la intervención fue de 255,14 para el LIC vs. 175,7 para el LIC ($p = 0,225$). La tasa de recidiva del LIC fue del 2,4 % (n = 6) vs. el 3,3 % del TEP (n = 11) ($p = 0,555$).

Conclusión: Si bien la técnica laparoscópica mejora la estancia media, el índice de sustitución, disminuye la PNP y la asistencia a urgencias, sin embargo, el Lichtenstein tiene menor tasa de recurrencia (aunque no significativa) y ambos tiene el mismo grado de dolor tanto en el postoperatorio inmediato como a la revisión.

Palabras clave: Índices de calidad, lichtenstein, TEP, hernia inguinal.

O-26 ¿ES EFICIENTE OPERARSE EN NUESTRO CONCIERTO DE HERNIAS DE LA LÍNEA MEDIA PARA NUESTRO SISTEMA PÚBLICO DE SALUD?

C. Acosta Gallardo, J. D. Turiño Luque, C. Galera Ródenas, P. Díaz Ríos, A. Vilchez Rabelo, A. Mansilla Roselló

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Comparar los resultados obtenidos por los centros concertados con nuestro hospital para gestión de LEQ en pacientes intervenidos de hernia de línea media.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos durante el año 2021 en nuestro centro concertado (CC). Como grupo control (GC) se evaluó los pacientes intervenidos en nuestro centro con los mismos códigos de diagnóstico y procedimiento.

Registro de datos: edad, sexo, riesgo anestésico (ASA), índice de masa corporal (IMC), diagnóstico, procedimiento propuesto, asistencia a urgencias, asistencia en nuestras consultas, resultado revisión consulta.

Se realizó el registro en el programa PSPP así como el análisis estadístico, estableciéndose como valor de significación $p < 0,05$.

Resultados: Durante el periodo de estudio se intervinieron un total de 166 pacientes 82 en el centro concertado (49,4 %). A continuación se muestran los resultados epidemiológicos de cada grupo:

- Edad media años: CC 51,58 (DS \pm 14,072), GC 61,35 (DS \pm 15,013) $p < 0,001$.
- Sexo (H/M): CC 43/39, GC 57/27 $p = 0,042$.
- IMC kg/m²: CC 29,8 (DS \pm 5,126), GC 29,88 (DS \pm 5,351) $p = 0,934$.

– ASA: CC 1,8 (DS \pm 0,567), GC 2,71 (DS \pm 0,815) $p > 0,001$.

– Tiempo de espera para la intervención quirúrgica CC 160,81 (DS \pm 99,88) GC 225,80 (DS \pm 134,463) $p < 0,001$.

Las características de las patologías eran: Hernia primaria línea media CC 61 % (n = 50) vs. GC 73,8 % (n = 62), eventración CC 39 % (n = 32) vs. GC 26,2 % (n = 22), no siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,078$).

En base al diámetro transversal de la hernia el CC el 69,4 % (n = 34) el anillo era inferior a los 4 cm frente al GC del 62,5 % (n=20), oscilaba entre 4 y 10 cms en el 30,6 % (n=15) de los pacientes del CC, frente al 21,9 % (n = 7) del GC, sin embargo hernias con diámetro superior a 10 cm tan solo se encontraron en el GC en el 15,6 % (n = 5), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,015$).

La totalidad de las hernias intervenidas en el concierto no habían sido reparadas con anterioridad mientras que en el GC 9 de las hernias habían sido intervenidas ya en al menos 1 ocasión ($p = 0,006$).

La necesidad de acudir a urgencias tras la intervención presentó la misma incidencia en ambos grupos con un 11 % (n = 9) en el CC frente al 10,7 % (n = 9) del GC ($p = 0,957$).

26 de los pacientes intervenidos en el CC (31,7 %) acudieron con el paso del tiempo a nuestro centro solicitando revisión. En 18 de ellos se detectó recidiva herniaria (21,9 %) frente a 2 pacientes con recidiva en el GC (2,4 %) siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

El tiempo transcurrido entre la intervención y el diagnóstico de la recidiva para el CC se situó en 341 días (DS \pm 99,88) frente a los 451,5 días (DS \pm 132,228) del GC no siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,165$).

Conclusión: La intervención de patología de la línea media en nuestro centro concertado, mejora el tiempo de espera quirúrgico, pero lamentablemente los resultados a medio plazo son significativamente peores ($p < 0,001$) en cuanto a tasa de recidivas, pese a la a priori menor complejidad de las mismas.

Palabras clave: Hernia línea media, concierto, eficiente.