

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

ENFERMERÍA

P-01 DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA LIPOFILLING EN CIRUGÍA DE MAMA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

P. Moreno Carrillo, M. D. Larraona, C. Gómez, M. del Valle

Objetivos: El *lipofilling* o lipotransferencia consiste en la extracción de tejido adiposo (grasa) de diferentes partes del cuerpo mediante una punción y su implantación en otra parte necesitada de reconstrucción. La Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética aboga por el uso de tejidos propios de los pacientes como estándar en reconstrucción mamaria, salvo en aquellas en los que esté contraindicado (por ejemplo pacientes muy delgadas con escaso tejido para recrear la nueva mama), o las que tengan otras preferencias estéticas o aquellas en las que exista algún riesgo si se emplea esta técnica, como determinadas pacientes fumadoras, diabéticas o con enfermedades del tejido conectivo o enfermedades cardiovasculares. Nuestro objetivo fue hacer una descripción de la técnica quirúrgica del *lipofilling* en cirugía de mama reconstruida en cirugía mayor ambulatoria.

Métodos: Nuestro trabajo consiste en la descripción exhaustiva de la técnica quirúrgica utilizada en nuestra unidad para la reconstrucción mamaria bajo anestesia general. En algunos casos es complementada la anestesia con un bloqueo regional de la zona operada. Bajo anestesia general se realiza la infiltración con cloruro sódico 500 cc con 1/2 adrenalina y en algunos casos con lidocaína al 2 % en la zona de extracción de la grasa. Posteriormente se procede al aspirado del tejido adiposo con cánulas de liposucción conectadas a una jeringa de 50 cc; el tejido obtenido se va introduciendo en el sistema de depuración por dializado (Puregraft®) que es un sistema de purificación de la grasa cerrado y estéril. Este sistema se basa en separar la grasa de los productos de desechos a través de una membrana de filtración selectiva. Una vez obtenida la cantidad deseada, se practica un primer lavado con Ringer Lactato y se mueve durante veinte segundos, se abre la llave para que salga todo

el líquido de desecho y se repite la operación por segunda vez. De esta forma se obtiene la grasa a inyectar y se introduce en jeringas de 2, 5 o 10 cc, dependiendo del espacio a rellenar. Con la cánula adecuada del set de Coleman, se inyecta la grasa depurada en la zona requerida hasta conseguir el volumen y la forma deseada.

Conclusiones: La técnica descrita es utilizada en nuestra unidad de forma ambulatoria con poco instrumental, no requiriendo así ingreso hospitalario, ya que es una cirugía poco invasiva. Para poder llegar a la conclusión de que esta técnica tiene un postoperatorio poco doloroso y que las pacientes pueden incorporarse a la vida laboral de forma temprana, estamos recogiendo datos de las pacientes operadas en esta unidad para así poder presentar los resultados en el próximo congreso.

Palabras clave: Lipofilling, puregraft, enfermería.

P-02 INDUCCIÓN DE LA CONDRÓGENESIS MEDIANTE NANOFRACTURA Y MATRIZ DE COLÁGENO

J. Aguilar Salvador, M. Masip Barrafón, N. Sánchez García, I. Hernández López, J. Villalba Modol, J. M. Peñalver Matamoros

Objetivos: El tratamiento de las lesiones condrales mediante la condrogénesis inducida por la nanofractura es una nueva técnica quirúrgica recientemente descrita en la literatura. La estimulación de las células madre subcondrales se combina con la fijación de una matriz de colágeno para regenerar los defectos del cartílago. Esta técnica (NAMIC) puede ser realizada en rodilla, cadera tobillo, hombro y codo mediante artroscopia o artroscopia combinada con miniartrotomía. Nuestro objetivo es definir el proceso quirúrgico y atención de enfermería de la nanofractura y matriz de colágeno y conocer la técnica específica, que en nuestro servicio se realiza en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Métodos: Definición del proceso quirúrgico de enfermería. 1. *Preparación del quirófano:* material de artroscopia,

mini-open, nanofractura, matriz de colágeno y sellador de fibrina. 2. *Profilaxis antibiótica*. 3. *Técnica quirúrgica NAMIC*: definir lesión, estimulación médula ósea subcondral mediante nanofractura, colocación de matriz de colágeno, sellado del contorno con fibrina. 4. *Postoperatorio*: control del dolor, colocación de bomba elastomérica, alta de enfermería y control del paciente por la unidad de atención domiciliaria, retirada de la bomba a las 48 horas.

Conclusiones:

- El conocimiento del proceso quirúrgico de la nanofractura y matriz de colágeno permite realizar el procedimiento de manera segura y eficaz. El tratamiento analgésico invasivo con bomba elastomérica permite incluir al paciente en el circuito de Cirugía Mayor Ambulatoria. Se han realizado un total de 5 cirugías de rodilla.
- El desarrollo y aplicación de las nuevas técnicas de cirugía regeneradora para lesiones condrales exige una continua actualización, alta especialización y formación continuada de enfermería. Gracias a la analgesia invasiva y a la unidad de atención domiciliaria, el paciente puede ser dado de alta el mismo día de la intervención.

Palabras clave: Nanofractura, matriz colágeno, condrogénesis.

P-04 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES EN EL PERIODO PERIOPERATORIO PARA EL PACIENTE INTERVENIDO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

C. M. Sanz Vega, C. Noguero del Cid, R. Serra Lorenzo

Objetivos: Facilitar la realización de Planes de Cuidados Estandarizados por parte de los profesionales de Enfermería que atiendan a pacientes sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria.

Métodos: Revisión de los diagnósticos, objetivos e intervenciones de Enfermería recogidos en la NANDA, NOC y NIC que pueden aparecer con frecuencia en los pacientes intervenidos de Cirugía Mayor Ambulatoria. Los resultados obtenidos han sido clasificados en los diferentes periodos operatorios según su probable momento de aparición para facilitar su detección e intervención: preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio y perioperatorio.

Conclusiones: En total, hemos encontrado 20 diagnósticos de Enfermería, 21 resultados y 31 intervenciones. Los diagnósticos de Enfermería han sido clasificados del siguiente modo: 2 preoperatorios, 4 intraoperatorios, 7 postoperatorios y 7 perioperatorios. Analizando los resultados, podemos concluir que los pacientes intervenidos de Cirugía Mayor Ambulatoria requieren mayor atención en las necesidades básicas (V. Henderson) nutrición-

hidratación, higiene personal-cuidado de la piel, evitar peligros-seguridad y comunicación, así como para los patrones funcionales (M. Gordon) percepción-manejo de la salud, nutricional-metabólico, actividad-ejercicio, cognitivo-perceptual y autopercepción-autoconcepto. De igual modo, en el periodo preoperatorio destaca la necesidad de comunicación y el patrón afrontamiento-tolerancia al estrés, en el periodo intraoperatorio la necesidad nutrición-hidratación e higiene personal-cuidado de la piel y el patrón nutricional-metabólico, en el periodo postoperatorio la necesidad evitar peligros-seguridad y los patrones actividad-ejercicio y cognitivo-perceptual, y en el periodo perioperatorio la necesidad evitar peligros-seguridad y el patrón percepción-manejo de la salud. De este modo, el personal de Enfermería puede enfocar su atención a los principales problemas de salud de la persona y elaborar-aplicar los planes de cuidados necesarios para ofrecer la mejor asistencia posible.

Palabras clave: Atención de Enfermería, procesos de Enfermería, Enfermería perioperatoria, procedimientos quirúrgicos ambulatorios, periodo perioperatorio.

P-05 ALTA SEGURA EN CMA. ¿CÓMO MINIMIZAR LAS POSIBLES COMPLICACIONES?

M. Valderas Gómez, R. García Ureña, M. I. Peinado Peinado

Introducción: La CMA se define como la atención a procesos quirúrgicos multidisciplinares, realizados bajo cualquier tipo de anestesia y con unos cuidados postoperatorios poco intensivos, que permitan dar el alta al paciente a las pocas horas de finalizar el procedimiento.

Objetivos: Definir los criterios de alta que permitan que los pacientes vuelvan a su domicilio cumpliendo los requisitos básicos de seguridad, calidad y eficacia.

Métodos: Se realiza una revisión de la documentación disponible.

Conclusiones: La utilización de sistemas de puntuación para el alta, junto con el juicio médico y el sentido común, la entrega de instrucciones orales y escritas al paciente y a un adulto responsable que lo acompañe, sobre el manejo postoperatorio, así como la entrega de la medicación necesaria para las primeras 24 h, son fundamentales para conseguir un alta segura y rápida con las mismas garantías que en el paciente hospitalizado.

Palabras clave: Seguridad del paciente, alta precoz, criterios de alta.

P-06 DOLOR Y RECUERDO DEL TAPONAMIENTO PREQUIRÚRGICO EN CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLÓGICA AMBULATORIA

P. Moreno Carrillo, M. D. Larraona, C. Gómez

Objetivos: La Unidad de Cirugía sin Ingreso del Hospital Valle de Hebrón realiza, en la especialidad de Otorrinolaringología Septoplastia, radiofrecuencia de cornetes y la combinación de ambas bajo anestesia local y sedación endovenosa. Para anestesiarse la mucosa previamente se realiza un taponamiento nasal tras la sedación endovenosa con una gasa orillada empapada con tetracaina HCl 10 mg/ml y epinefrina 0,1 mg/ml que realiza el equipo de enfermería en el área de preanestesia. El objetivo del trabajo es conocer el grado de tolerancia a esta técnica utilizando la escala de dolor EVA, el recuerdo que tiene el paciente de la intervención y la satisfacción general.

Métodos: Se realizó una encuesta telefónica al paciente informado y con su aceptación verbal para participar en el estudio a las 48 h de la intervención. La muestra de 119 pacientes sometidos a alguna de las intervenciones mencionadas entre diciembre de 2015 y enero de 2017. El dolor se evaluó durante el taponamiento y al alta. Durante la llamada, se preguntó el dolor, la satisfacción general, si se tenía recuerdo del taponamiento y, en caso afirmativo, el recuerdo del dolor.

Conclusiones: Entre los pacientes, hubo 82 hombres (68,9 %) y la edad media fue de 36 años (desviación estándar, 10,7). La EVA media fue 2,8 (IC 95 %: 2,4-3,1) durante el taponamiento y 2,1 (IC 95 %: 1,6-2,5) a las 48 horas. En el alta, únicamente un paciente mostró una EVA no nula. La satisfacción general media fue 9,4 (IC 95 %: 9,2-9,6). A las 48 horas, un 43,3 % (IC 95 %: 33,7-53,3 %) no manifestó recuerdo del taponamiento con una mayor proporción entre aquellos sometidos a ambas cirugías. Del 56,7 % (IC 95 %: 46,7-66,3) de los que manifestaron recuerdo del taponamiento presentaron una EVA media de 2,14 (IC 95 %: 1,6-2,7) y significativamente inferior a 3. La puntuación media referente a la satisfacción general media fue 9,4 (IC 95 %: 9,2-9,6). Es importante que durante todo el proceso quirúrgico y no sólo en el postoperatorio el dolor presentado la EVA se mantenga inferior a 3. Con los resultados obtenidos demostramos. Estar, en media, por debajo de este umbral que, tanto en la preparación como en el postoperatorio, fue así. También averiguamos que algunos pacientes presentan el recuerdo de la técnica utilizada previa a la cirugía y, no obstante, no presentaron casi dolor. Con esto creemos que hemos conseguido no desequilibrar la balanza respecto a la satisfacción de todo el proceso quirúrgico.

Palabras clave: Taponamiento nasal, enfermería, tetracaina.

P-07 EN CAMISÓN... NO ME VEN Y NO ME RECONOZCO

M. D. López Romero, M. M. Ferrer Salleins, E. Ramis Latorre

Introducción: La imagen de uno mismo que perciben los demás se ve sustancialmente modificada durante el periodo perioperatorio. Los elementos que, por seguridad quirúrgica, se deben retirar, nos identifican y nos hacen únicos. En una camilla y con uniforme hospitalario, se experimenta una pérdida de rol social y un sentimiento de despersonalización y sumisión que contribuyen a aumentar el estrés percibido por el proceso quirúrgico al que se debe someter, estrés que puede contribuir a complicaciones perioperatorias.

Objetivos: Establecer un plan de cuidados enfermeros para disminuir la ansiedad y el sufrimiento moral potencial relacionados con el trato personal recibido y la alteración de la imagen corporal durante el proceso perioperatorio en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

1. Crear un vínculo de confianza y ayuda con el paciente, mostrando el respeto debido ante la situación perioperatoria.
2. Identificar e intervenir sobre las situaciones de riesgo que contribuyen a una alteración de la imagen corporal y de la identidad personal.
3. Fomentar una comunicación efectiva, desde un modelo deliberativo, que anime al paciente a responsabilizarse del autocuidado para recuperar su autonomía.

Métodos: Valoración inicial según el modelo teórico de Virginia Henderson. Seleccionamos en taxonomía NANDA NOC NIC los diagnósticos enfermeros "0174 Riesgo de compromiso de la dignidad humana" y "0121 Trastorno de la identidad personal". Escogemos los resultados esperados NOC en el contexto perioperatorio de CMA y describimos las intervenciones NIC propuestas para su consecución.

Conclusiones: La implementación de un plan de cuidados enfermeros orientados a fomentar la toma de decisiones por parte del paciente sobre su autocuidado y el establecimiento con él de una relación de ayuda contribuyen a una mayor satisfacción durante el proceso quirúrgico en CMA y a una mayor calidad percibida de los cuidados, así como una reducción de las complicaciones potenciales ligadas al estrés y al sufrimiento moral.

Palabras clave: Imagen corporal, dignidad humana, identidad, estrés.

P-08 IMPLANTACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE PROGRAMA PARA RELAJACIÓN MUSCULAR PREQUIRÚRGICA EN PACIENTE DE CMA DEL HOSPITAL TORREVIEJA Y DEL HOSPITAL VINALOPÓ

V. Rodríguez Lorenzo, D. López Vidal, P. Albadalejo Grau, A. Pérez García, S. Murcia Vera

Objetivos: En 2009 comenzamos un plan de mejora en proceso CMA. Entre otras acciones, decidimos actuar en respuesta a las manifestaciones espontáneas de pacientes sobre su estado de ansiedad, detectado en la espera previa a la intervención. En ocasiones, antes de la intervención, debíamos intervenir para normalizar las constantes basales, ya que por este motivo, en algunos casos, teníamos que demorar la entrada a quirófanos. Tras esta observación planteamos dos objetivos: actuar para disminuir ansiedad al paciente y aumentar el confort.

Cómo se hizo: realizamos cincuenta encuestas STAI abreviada: la cuarta parte de pacientes sigue tratamiento complementario al médico tradicional cuando van a someterse a cirugía; el 76 % de pacientes estaría de acuerdo en incorporar tratamientos complementarios a sus pautas de cuidados; el 35 % eligieron incorporar relajación muscular en sus cuidados prequirúrgicos; el 62 % no estaba de acuerdo a tratamientos complementarios; lo haría de habérselo explicado.

Métodos: Planteamos línea de actuación tras primeros resultados. Posteriormente, estudiamos posibles técnicas de relajación, buscando evidencia empírica. Revisión bibliográfica sobre aplicación de relajación muscular en cirugía. Creamos grupo de trabajo con Unidad de Psiquiatría. Elegimos técnica no farmacológica. Relajación muscular guiada CIE/NIC "1460 Relajación muscular progresiva guiada JACOBSON". Realizamos prueba piloto con 30 pacientes comparándolos con otros 30 de las mismas características.

Resultados: Disminución de la frecuencia e intensidad del ritmo cardíaco. Cambios percibidos en niveles de tensión y ansiedad, sensación de confort, tranquilidad. Disminución de frecuencia, aumento de la regularidad del ritmo. Disminución de la estancia postoperatoria de 1 h. Disminución del dolor y dosis de medicación utilizada para control. Reducción de escala EVA (55 %) y de quejas de dolor (56 %). Mejores indicadores de recuperación: humor, condición física, etc. Nuestros resultados eran consistentes con otros estudios (Good 1999, 2001; Flaherty, 1978; Levin, 1987). Comprobamos que era técnica segura. Adaptamos el método. Pusimos en marcha otras medidas complementarias que ayudaran a disminuir la ansiedad; acciones informativas de diversa índole y formato, situando al paciente en el entorno, provocando mejor control.

Conclusiones: El programa es efectivo. Está consolidado. No es necesario uso fármacos paliativos para ansiedad (salvo excepciones). Disminución del nivel ansiedad. Aumen-

to de satisfacción. Tiempo de espera útil. Método de fácil aplicación. No carga de trabajo. Continuidad/Desarrollo: ampliamos programa con Hospital Vinalopó. Presentamos resultados de 160 pacientes de ambos hospitales.

Palabras clave: Programa de relajación muscular prequirúrgica.

P-09 INGRESO EN CMA: ORIENTACIÓN EN EL ENTORNO

E. Ramis Latorre, M. M. Ferrer Salleins, M. D. López Romero

Introducción: El periodo perioperatorio constituye un momento estresante para el paciente y su familia. Estrés ligado a la cirugía, a la disrupción producida en sus rutinas familiares y laborales, y al ingreso en un entorno desconocido y hostil como es el hospital, el cual conlleva potenciales complicaciones para el paciente y discomfort familiar durante el proceso. A pesar de la orientación anticipatoria sobre el proceso quirúrgico proporcionada en consulta de preanestesia de enfermería de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), la sensación de desorientación en el entorno físico y organizativo que sufren el paciente y la familia no se percibe hasta que ingresa en la unidad.

Objetivos: Mejorar la orientación en el entorno del paciente quirúrgico en CMA y de su familia para disminuir el estrés producido por la hospitalización.

- Aclarar los servicios disponibles en el hospital y en la unidad, y a qué profesional debe dirigirse según los requerimientos.
- Presentar los derechos y deberes de los pacientes en relación con el ingreso en CMA.
- Favorecer el descanso de todos pacientes ingresados, así como su bienestar y confort.

Métodos:

- Desarrollo de la etiqueta diagnóstica 126. Conocimientos deficientes, en taxonomía NANDA NOC NIC. Seleccionamos los resultados esperados NOC y las intervenciones NIC relacionadas.
- Elaboración de un díptico específico sobre las normas de la unidad y otros servicios como parte del protocolo de acogida en la unidad de CMA.

Conclusiones: La presentación del entorno y de los objetivos esperados favorece una mayor seguridad, que puede contribuir a rebajar el nivel de estrés percibido ante la desorientación en un entorno desconocido. Unas normas claras, facilitan el trabajo de los profesionales de CMA y evitan transacciones inútiles al paciente y a la familia, mejorando la calidad percibida por el usuario.

Palabras clave: Orientación en el espacio, cirugía, protocolo de acogida.

P-11 EL CONFORT TÉRMICO COMO UNA MEJORA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) EN EL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN SIERRA DE SEGURA (HARSS)

J. Ruiz Redondo, M. A. Marín Gómez, D. M. Lomas Oya

Objetivos: Hay evidencias científicas según el sistema GRADE y el Instituto Joanna Briggs que demuestran que controlando la temperatura perioperatoria mejora la recuperación y se reducen las complicaciones postquirúrgicas. Uno de los objetivos del trabajo en equipo del bloque quirúrgico es mejorar el confort térmico de los pacientes sometidos a CMA, disminuyendo así las complicaciones postquirúrgicas. En el año 2013 se implanta en nuestro servicio el procedimiento “Prevención de la hipotermia en el paciente adulto durante el perioperatorio”. Por tanto, el principal objetivo de este estudio es medir el grado de satisfacción con respecto al confort térmico que experimentaron los pacientes intervenidos en régimen de CMA en el HARSS durante el 2016.

Métodos: Estudio descriptivo realizado mediante encuestas a 50 pacientes intervenidos en régimen de CMA en las diferentes especialidades quirúrgicas durante el periodo 2016. Sistema aleatorio de entrega y realización de forma anónima y voluntaria. En esta encuesta se recoge un punto en el que se valora el confort térmico que experimentaron los pacientes durante su proceso.

Conclusiones: De las 50 encuestas entregadas se recogen 38. A la pregunta del confort térmico (la pregunta realizada fue “El confort térmico que ha experimentado, ¿cómo lo considera?”), el 38,88 % lo consideraron muy bueno, el 58,33 % bueno y solo un 2,77 % muy malo. Por lo tanto, podemos concluir que más del 97 % de los pacientes intervenidos en régimen de CMA se encuentran satisfechos con el confort térmico, por lo tanto las medidas implantadas en el 2013 son efectivas.

Palabras clave: Confort, paciente.

P-13 ENFERMERÍA EN LA CARADIOVERSIÓN ELÉCTRICA (CVE) PROGRAMADA EN RÉGIMEN AMBULATORIO

J. Lorenzo Pérez, M. Toril Martínez, S. López Peña

Objetivos: Cuidado integral del paciente en el proceso CVE ambulatorio.

Métodos: En nuestro hospital esta técnica se lleva a cabo íntegramente en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA): acogida, valoración y preparación del paciente, realización de la técnica bajo sedación profunda, cuidados específicos y alta hospitalaria. Es necesaria la actuación de un equipo multidisciplinar formado por cardiólogo, anestésista, enfermera y técnico medio sanitario en cuidados auxiliares de enfermería (TMSCAE). Fases del proceso:

- Llamada preoperatoria 24 horas antes.
- Preparación de material y medicación.
- Acogida al paciente.
- Preoperatorio inmediato.
- Realización de la CVE: recuperación y alta hospitalaria.

La actuación enfermera está encaminada al cuidado integral del paciente, garantizando su seguridad todas las fases mediante:

- Identificación y acogida del paciente.
- Correcta preparación para la realización de la técnica (ayuno, valor INR > 2, medicación previa).
- Adecuación del material necesario (desfibrilador sincronizado, perfecto funcionamiento del equipo, palas, medicación).
- Detectar posibles complicaciones relacionadas con el proceso.
- Facilitar la adaptación al medio de forma segura.

Conclusiones: La actuación enfermera es de vital importancia durante todo el proceso al que se somete el paciente programado para una CVE. Está orientada a detectar necesidades, posibles complicaciones, información adecuada, proporcionando cuidados integrales con seguridad, disminuyendo los riesgos relacionados con el proceso.

Palabras clave: Cardioversión eléctrica, enfermería Cirugía Mayor Ambulatoria.

P-17 MEJORA DE LA SEGURIDAD E INTIMIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) EN EL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN SIERRA DE SEGURA (HARSS)

M. García Cuadros, J. Ruiz Redondo, M. A. Marín Gómez

Objetivos: Los pacientes poseen el derecho de recibir una atención segura, de calidad y donde se garantice su derecho a la intimidad, por lo que, desde el servicio de quirófano del HARSS, uno de los principales objetivos es reevaluar normas, comportamientos en personal y adecuar los recursos para mejorar la intimidad y seguridad del paciente.

Métodos: Desde el año el 2012, se crea un grupo de mejora, centrado en trabajar en implantar mejoras en el campo de seguridad e intimidad del paciente. El método de trabajo se basa en las reuniones trimestrales de los miembros donde se analizan problemas y se desarrollan acciones de mejora.

Conclusiones: Las acciones realizadas se enmarcan dentro de tres estrategias del Plan Nacional de Seguridad del Paciente: gestión de riesgos (formación sobre la notificación y gestión de eventos adversos, realización de briefings), cirugía segura (mejora de la utilización del LVSQ, guía de cuidados de las heridas para los pacientes de Cirugía Menor), mejora de la intimidad del paciente (utilización de ropa de tela en cirugías menores, formación dirigida al personal, habilitación de espacios para la información de pacientes y familiares). El grado de implementación y desarrollo de las acciones recomendadas por nuestro grupo es reevaluado anualmente mediante la realización de AMFE y auditorías.

Palabras clave: Seguridad, intimidad.

P-18 GRUPO DE TRABAJO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) DEL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN SIERRA DE SEGURA (HARSS): 3 AÑOS DE MEJORAS. MEJORANDO DÍA A DÍA

M. García Cuadros, M. A. Marín Gómez, D. M. Lomas Oya

Objetivos: Dar a conocer el funcionamiento del grupo de trabajo de CMA del HARSS. Enseñar las acciones propuestas por el grupo de trabajo desde su creación hasta la fecha. Describir las acciones de mejora más relevantes llevadas a cabo por el grupo de mejora.

Métodos: El grupo de trabajo de Cirugía Mayor Ambulatoria es un grupo multidisciplinar compuesto por personal de bloque quirúrgico del hospital Sierra de Segura. Desde su creación en 2014 se ha centrado en trabajar implantando mejoras en el campo de la Cirugía Mayor Ambulatoria. El método de trabajo se basa en reuniones trimestrales (como mínimo 3 al año) donde se tratan diversos temas, se deliberan, se proponen actividades a realizar antes de la siguiente reunión y se desarrollan acciones de mejora. Todo queda reflejado en un ACTA tipo para grupos de mejora.

Conclusiones: Creación de un registro informático para registrar las llamadas postquirúrgicas en formato electrónico. Realización de manual de instrucciones para registrar llamadas. Elaboración de los NIC más habituales en las llamadas postquirúrgicas. Información telefónica sobre preparación a los pacientes que se intervendrán de cirugía menor. Actuaciones para prevenir hipotermia periopera-

toria. Elaboración de un documento Word abierto a toda la plantilla para recogida de preguntas/dudas que puedan surgir en las llamadas telefónicas.

Palabras clave: Enfermería quirúrgica, equipo multidisciplinar, grupo de mejora CMA.

P-19 LLAMADAS PERIOPERATORIAS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA): CANAL DE COMUNICACIÓN EFICAZ

M. Toril Martínez, J. Lorenzo Pérez, S. López Peña

Objetivos: Protocolo de Atención Continuada en CMA.

Métodos: Tras revisiones bibliográficas establecidas en reuniones de un grupo de trabajo, se diseña un protocolo cuyos objetivos son la mejora en la atención al paciente y optimización de los recursos quirúrgicos. La enfermería de CMA, valorando las necesidades del paciente quirúrgico desde un concepto holístico, realiza sistemáticamente dos tipos de llamadas: a) llamada preoperatoria, realizada 48 horas antes de la cirugía a todos los pacientes que serán intervenidos en la unidad de CMA, exceptuando los pacientes de la Unidad de Dolor y Urgencias; y b) llamada postoperatoria: realizada 24 horas después de la cirugía a todos los pacientes intervenidos en CMA bajo anestesia general, raquídea, regional o sedación, salvo a los pacientes que tienen revisión en el hospital en las 24 horas posteriores a la intervención. Al alta hospitalaria se forma e informa al paciente sobre los cuidados postoperatorios que debe guardar, entregándole una hoja de recomendaciones en las que constan teléfonos de referencia de enfermería a disposición de las necesidades del paciente una vez se encuentre en su domicilio. Si perciben cualquier problema relacionado con su proceso, los pacientes intervenidos en régimen ambulatorio pueden hacer llamadas postoperatorias a demanda, dentro de las primeras 72 horas tras la cirugía.

Conclusiones: Las llamadas preoperatorias reducen la tasa de cancelación de pacientes relacionada con el incumplimiento de los procedimientos de preparación quirúrgica. Las llamadas postoperatorias favorecen la continuidad de cuidados quirúrgicos inmediatos. Esta actividad enfermera tiene un impacto claro en los indicadores de calidad de CMA. Son especialmente útiles en la reducción de la ansiedad del paciente, la comprensión general del proceso y la importancia de la preparación quirúrgica adecuada, así como de los cuidados postquirúrgicos. El aumento de la satisfacción de los pacientes se objetiva en las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria, preoperatoria, postoperatoria, continuidad de cuidados.

P-20 MEJORAS EN LA COMUNICACIÓN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO: BRIEFING DE SEGURIDAD

M. García Cuadros, J. Ruiz Redondo, D. M. Lomas Oya

Objetivos: El bloque quirúrgico del Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura ha puesto en marcha en 2016 la reunión informativa “briefing”, que es un instrumento para la mejora de la cultura de la seguridad del paciente. Los objetivos de los *briefings* son:

- Incrementar la conciencia del personal sobre temas de seguridad de pacientes.
- Crear un ambiente en el que el personal comparte información sin miedo a represalias.
- Integrar la notificación de temas de seguridad en el trabajo diario.
- Cambiar la cultura y reducir el riesgo de sucesos adversos y potenciales.
- Mejorar la calidad del cuidado.

Métodos: Formación profesional básica en gestión de riesgos: talleres básicos para la implantación de prácticas seguras. Reuniones de los profesionales para identificación concreta y puesta en común de las causas de eventos adversos en el cuidado al paciente quirúrgico. Registro de estas experiencias en los planes de acogida a los profesionales de nueva incorporación. Definición y consenso en la notificación de eventos adversos (según protocolo del centro) y propuestas de abordaje. También se ha habilitado un formato de comunicación de incidentes para compartir la información con el resto de compañeros a través del correo corporativo. Esta reunión con los profesionales implicados puede ser al inicio de turno o en los relevos, una vez al día o según requerimiento del servicio. Sin durar más de 5-10 minutos, se van identificando factores de riesgo relacionados con seguridad.

Conclusiones: En el último año 2016 se han realizado un total de 9 *briefings* relacionados con eventos acontecidos en la práctica. En estas reuniones se discuten posibles riesgos para los pacientes o incidentes producidos durante la asistencia y tratan de aportar al equipo un foro en el que compartir y abordar abiertamente experiencias relativas a la seguridad del paciente. El *briefing* es una herramienta simple, útil y fácil de usar e implantar en la unidad, y proporciona mayor concienciación a los profesionales sobre la seguridad del paciente, así como ayudar a erradicar posibles eventos adversos que disminuyan la calidad asistencial.

Palabras clave: Briefing seguridad, seguridad paciente.

P-21 LLAMADA TELEFÓNICA POSTQUIRÚRGICA COMO CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES DE CMA EN EL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN SIERRA DE SEGURA

M. García Cuadros, M. A. Marín Gómez, D. M. Lomas Oya

Objetivos: Garantizar la continuidad de cuidados en el paciente quirúrgico como mejora de la calidad en la asistencia.

Métodos: Se realiza estudio descriptivo retrospectivo de 891 llamadas postquirúrgicas realizadas durante el año 2016. Fueron llevadas a cabo por personal de enfermería a pacientes de CMA y cirugía de urgencias, tras 48 h del alta hospitalaria para valorar su situación. Fueron realizadas a las especialidades de cirugía general, traumatología, urología, otorrinolaringología y oftalmología. Las preguntas realizadas tenían que ver con la presencia/ausencia de fiebre, valoración del dolor con la escala EVN, si habían sido informados sobre su tratamiento y si este remitía con la medicación prescrita. Si el apósito estaba manchado, aspecto del drenaje, si había sido curado y presencia de inflamación y/o prurito en la herida quirúrgica. En pacientes en los que por su cirugía se requería, valorábamos las deposiciones y problemas urinarios, así como de manera general la presencia de náuseas y/o vómitos y cómo percibían su estado general de salud. Los datos fueron extraídos de un registro informático de llamadas postquirúrgicas.

Conclusiones: Se registraron un total de 287 NIC en las 891 llamadas realizadas. Las NIC registradas más frecuentes: “4920 Escucha activa” en 891 ocasiones, “2380 Manejo de la medicación” y “1400 Manejo del dolor” en 146 ocasiones, “5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito” y “5616 Enseñanza: medicamentos prescritos” en 61 ocasiones, “5614 Enseñanza: dieta prescrita” en 58 ocasiones, “6610 Identificación de riesgos” en 22 ocasiones con derivación a AP y hospital. La llamada postquirúrgica es una herramienta más a la hora de la continuidad de cuidados, lo que nos permite detectar posibles riesgos derivados de la cirugía, así como resolver las dudas, sobre todo relacionadas con el manejo del dolor, que es la NIC más frecuente. Nos permite desarrollar nuestras competencias profesionales para garantizar al paciente su proceso asistencial de calidad.

Palabras clave: Llamada postquirúrgica, continuidad asistencial.

P-22 LA ENDOFTALMITIS COMO COMPLICACIÓN EN LA CIRUGÍA DE CATARATAS DE CMA

C. Capiscol Parras, M. Valderas Gómez, I. P. García Garrido

Introducción: En la cirugía de cataratas, la endoftalmitis postoperatoria sigue siendo una de las complicaciones más devastadoras. A pesar de su baja incidencia, supone un grave problema en cuanto a resultados, por la reducción de la agudeza visual y en algunos casos por pérdida anatómica del globo ocular.

Objetivo: Evaluar el grado de incidencia endoftalmitis tras intervención de cataratas.

Material y método: Se realiza un estudio de la incidencia de la endoftalmitis en las intervenciones de los hospitales HNT y HMQ, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2016.

Resultados: De 1.820 intervenciones (cataratas) en el HNT, no se ha registrado ningún caso de endoftalmitis. En el HMQ de un total de 430 intervenciones (290 vitrectomías y 140 cataratas), se han registrado 3 casos (0,69 %).

Conclusiones: La implantación, evaluación y revisión de protocolos, la mejora progresiva de la técnica quirúrgica (facoemulsión), el tiempo de intervención, la utilización de povidona yodada (5 %) en la limpieza de la superficie del párpado, el empleo de anestesia tópica, de lentes inyectables y material de un solo uso, la práctica de microincisiones, la ausencia de suturas en la herida quirúrgica y la profilaxis antibiótica, aportan soluciones eficientes para prevenir la aparición de infecciones.

Palabras clave: Endoftalmitis, incidencia, vitrectomía.

P-23 CIRCUITO DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA DE CATARATAS EN CMA

C. Capiscol Parras, M. Valderas Gómez, E. Madrid Alameda

Introducción: El aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados es uno de sus grandes triunfos, y a la vez uno de sus mayores problemas. El envejecimiento progresivo de la población incrementará el número de personas con cataratas. La investigación sobre el mecanismo de envejecimiento del cristalino y la estandarización del procedimiento quirúrgico serán factores decisivos para afrontar este reto.

Objetivos: Optimizar tiempo y recursos en el proceso de intervención de "cirugía de cataratas", detallando y coordinando las funciones que realiza el personal en cada una de sus categorías, para de esta forma alcanzar la máxima eficacia y por tanto la mejora en la calidad asistencial.

Material y método: Tomando como referencia el PAI C, elaboramos un flujograma del proceso de "cirugía de cataratas", donde se reflejan las acciones coordinadas a realizar por diverso personal en cada una de sus fases (consultas,

crucios de selección, pruebas preoperatorios, preparación del paciente para intervención, recepción en ante quirófano, monitorización y anestesia, traslado a sala de readaptación al medio de CMA o URPA y alta); diseñamos carteles informativos del citado circuito para conocimiento de los profesionales; a la vez valoramos los resultados obtenidos en el ejercicio 2016, con un total de 1.820 intervenciones de cataratas (hombres 803, equivalente al 44,1 %; mujeres 1.017, equivalente al 55,9 %).

Conclusiones: Si cada uno de los profesionales que intervienen en el proceso conoce las acciones que realiza el resto en sus distintas fases, lograremos: a) unidad de actuación; b) mejorar el rendimiento quirúrgico, optimizando recursos, y c) facilitar la rotación del personal de enfermería de la unidad y la adaptación del personal de nueva incorporación.

Palabras clave: Catarata, flujograma, protocolo.

P-24 ¿QUÉ MALLA NECESITAS?

Y. Rodríguez Márquez, M. C. Roldán Mesa, M. A. Illescas Morales

Objetivos:

- Dar a conocer y entrenar en el manejo del material protésico al equipo de enfermería.
- Optimizar el trabajo en quirófano mediante una buena organización y control del depósito de mallas.

Métodos:

- Revisión bibliográfica.
- Conocimientos adquiridos por el personal de enfermería en su experiencia laboral.
- Revisión de catálogos del material protésico de las distintas casas comerciales.

Resultados: La práctica habitual en patología herniaria es la colocación de mallas, definiéndose estas como elementos protésicos laminares, sintéticos o naturales cuya función es reforzar o suplir los defectos de pared abdominal. En la actualidad se dispone de una amplia gama de estas, por lo que se hace imprescindibles conocerlas y realizar la elección de las mismas de acuerdo a las necesidades de cada enfermo. Atendiendo a:

1. Tamaño del poro: a) macroporosas, b) microporosas; c) mixtas y d) orgánicas.
2. Cantidad final de material protésico: a) alta densidad, b) media densidad y c) baja densidad.
3. De acuerdo al material: a) no absorbibles, b) con capa de material absorbibles, y c) totalmente absorbibles.

4. Indicaciones de uso: a) sin contacto visceral, b) con contacto visceral.
5. Dispositivos para fijación: a) sutura, b) grapas reabsorbibles o no reabsorbibles, y c) adhesivo biológico y sintético.

Conclusiones:

- Es necesario la puesta al día en los diferentes tipos de materiales protésicos que aparecen continuamente en el mercado.
 - Disponer de un personal entrenado favorece el correcto desarrollo de la intervención, ya que disminuye el riesgo de errores y optimiza los tiempos de la cirugía.
- A día de hoy no existe la malla ideal.

Palabras clave: Hernia, malla, pared abdominal, Enfermería.

P-26 AMBULATORIZACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO DIABÉTICO. PROTOCOLO DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

D. Cachero Martínez, C. Noguero del Cid, T. M. Álvarez Fernández, A. Antuña García, R. Castillo Matamoros, S. Bardón Gimeno

Objetivos: Describir el manejo perioperatorio del paciente diabético insulino dependiente en la unidad de CMA del Hospital Universitario Central de Asturias, destacando la importancia de la protocolización y del papel de enfermería en este proceso.

Métodos: Tras la consulta preanestésica estos pacientes son programados a primera hora para ser intervenidos. A su llegada a la unidad el personal de enfermería comprueba que se hayan suspendido en las 24 horas previas el tratamiento con biguanidas, y que en ese mismo día no se hayan administrado antidiabéticos orales o insulinas rápidas. En el caso de insulinas de larga duración se administrará su dosis habitual a las 8 de la mañana. Se realiza un control de glucemia capilar y se inicia una perfusión con suero glucosado 5 % a un ritmo de 100 cc/hora, al que se añade insulina rápida según la siguiente pauta:

- Si glucemia > 150, suero sin insulina.
- Si glucemia 150-250, 3 unidades.
- Si glucemia > 250, 5 unidades.

Se administra profilaxis antiemética según la escala de Apfel con el objetivo de prevenir las náuseas y vómitos postoperatorios que, al retrasar el inicio de la alimentación oral, pueden favorecer la aparición de hipoglucemias. En cuanto al inicio de la tolerancia oral, más de un 75 % de

nuestros pacientes son intervenidos con técnicas locorreccionales, lo que reduce el periodo de ayuno postoperatorio.

Resultados: Se valora la evolución de estos pacientes en el periodo que están a cargo de la UCMA durante tres meses sin encontrar ingresos en las primeras 24 horas a causa de alteraciones endocrino-metabólicas.

Conclusiones: La implicación y un seguimiento protocolizado por parte del personal de enfermería permiten controlar las desviaciones del estado metabólico en el paciente diabético, consiguiendo que estos pacientes puedan beneficiarse de un protocolo de CMA.

Palabras clave: Diabetes, insulina.

P-27 TASA DE INGRESOS EN CMA DEL HOSPITAL NEUROTRAUMATOLÓGICO DE JAÉN EN EL AÑO 2016

M. I. Peinado Peinado

Objetivos: Conocer el número de ingresos y las causas de estos en el año 2016 en el servicio de CMA del Hospital Neurotraumatológico de Jaén. La medición de la tasa de ingresos de CMA es un indicador de calidad. Llevar un registro de la misma es necesario para el servicio. El análisis de los resultados permite actuar sobre los factores que son factibles de intervención, disminuyendo dicha tasa y, por tanto, aumentando la calidad del servicio.

Métodos: Revisión y análisis del registro diario que realiza enfermería, de los pacientes que ingresan. La revisión se ha realizado del año 2016.

Conclusiones: De las especialidades que se intervienen en el servicio, el porcentaje mayor de ingresos pertenece a la especialidad de cirugía. La principal causa de ingreso fue que la cirugía, que en principio era indicativa de realizarse en régimen de CMA, pasa en la intervención quirúrgica a ser cirugía compleja. El análisis de los ingresos permite conocer los factores que los han ocasionado e incidir en aquellos que son factibles de mejora. Los resultados sirven además como indicadores respecto a otros hospitales.

Palabras clave: Tasa, ingresos, CMA.

P-28 MICROPIGMENTACIÓN MAMARIA. EL ARTE EN MANOS ENFERMERAS

M. A. López, M. D. Hernández, L. Chantar, C. Muñoz, J. M. Capitán Vallvey

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en las mujeres. Su diagnóstico y tratamiento supone una situación impactante, física y psíquica, en la cual la mujer tiene que, además de enfrentarse a la enfermedad y/o tratamientos, adaptarse a las alteraciones de la necesidad autopercepción-autoconcepto. Su tratamiento multidisciplinar incluye una etapa esencial, la reconstrucción mamaria, etapa que culmina con la micropigmentación areola/pezón. La micropigmentación areolar es una técnica que consiste en introducir pigmentos debajo de la epidermis, utilizando un dermógrafo.

Objetivos: Describir el proceso: micropigmentación areola/pezón.

Métodos: El proceso se inicia en 2014, en la consulta de enfermería de la Unidad Patología Mamaria del Complejo Hospitalario de Jaén, por enfermeras formadas y motivadas. Evoluciona en 3 tiempos:

1. *Cuidados previos al procedimiento:* se realiza prueba de sensibilidad. Si tolerancia, aplicamos anestésico tópico en la areola mamaria.
2. *Cuidados durante el procedimiento:* medición de parámetros (tamaño, color y forma). Procedimiento de micropigmentación: introducción de moléculas de pigmento inorgánico en la epidermis, utilizando un dermógrafo provisto de motor, contenedor de tinta y agujas, y que incorpora un sistema de prevención de reflujos, evitando el paso de fluidos corporales y de pigmentos hacia el interior del mismo, evitando la contaminación cruzada. Entrega de guía de actuación de recomendaciones.
3. *Seguimiento del paciente:* valoración en consulta de enfermería al mes.

Resultados: Desde el inicio de la técnica en 2014 se han realizado 28 micropigmentaciones, con un 100 % de satisfacción de las pacientes.

Conclusiones: La micropigmentación es un procedimiento realizado por Enfermería como parte integrante de un equipo multidisciplinar de la Unidad de Patología mamaria del Complejo hospitalario de Jaén. Su implantación ha abierto el camino para que esta se afiance como último paso de la reconstrucción mamaria, convirtiéndose en una intervención esencial para la recuperación de la autoestima de las mujeres sometidas a dicho procedimiento.

Palabras clave: Micropigmentación, reconstrucción mamaria, cáncer de mama.

P-29 CIRUGÍA DENTAL EN EL PACIENTE DISCAPACITADO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

E. Sánchez Gaitán, N. Morales Clemente, J. Espadas Barba, A. M. Peña de la Cruz, J. Plazuelo Lozano, R. Luque Ruiz

Objetivos:

- Los discapacitados psíquicos representan un colectivo con multitud de patología bucodental (caries, piorrea, etc.) por una inadecuada limpieza bucal, además de alteraciones en la posición de los dientes y parálisis musculares faciales.
- Estos pacientes se caracterizan por un tiempo reducido de atención, inquietud, hiperactividad y conducta emocional errática, por lo que requieren ser sometidos a anestesia general por la falta de colaboración.
- El desarrollo de estas cirugías en las unidades de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria) facilita que estén acompañados el mayor tiempo posible por sus familiares, puesto que sacarlos de su ambiente habitual y aislarlos de sus conocidos favorece la desorientación y la agitación.
- Debido a la creciente demanda que existe de cirugía dental en pacientes psíquicos, se hace necesario desarrollar protocolos de manejo y atención para los mismos.

Métodos: Las patologías más frecuentes de los pacientes son el síndrome de Down, la parálisis cerebral, el autismo y el retraso mental severo. Ante la falta de autocuidados, es imprescindible que el personal de enfermería proporcione una buena información al familiar o cuidador de los procedimientos realizados y las recomendaciones posteriores, que favorezcan una mejora de la calidad asistencial y una mejor recuperación postquirúrgica. Las características más comunes suelen ser la vía aérea difícil por anomalías craneofaciales, las anomalías cardiovasculares congénitas, afecciones respiratorias frecuentes, epilepsia, comportamiento agresivo y enfermedades espásticas y/o distrofias musculares. El paciente llega a la unidad de CMA acompañado de su familiar o cuidador. Se les proporciona la información necesaria y un ambiente tranquilo. Preoperatorio: las intervenciones de enfermería consisten en verificar la identidad del paciente, realizar la toma de constantes, y comprobar su historia clínica, en la que se encuentra incluida la documentación del preoperatorio y los consentimientos informados firmados por el familiar o tutor. Intraoperatorio: una vez en la camilla de quirófano, se procede a la intubación, preferentemente nasotraqueal, y se posiciona al paciente en decúbito supino con la cabeza en hiperextensión. Se realiza monitorización de constantes y se inician las profilaxis antibiótica, antiemética, analgésica y con corticoides. Al finalizar el proceso y tras la extubación, se traslada al paciente a la CMA. Postoperatorio: las intervenciones de enfermería consisten en la monitorización de constantes, valoración de complicaciones postoperatorias (náuseas, vómitos, agitación psicomotriz, hemorragias, etc.), control del dolor y control de diuresis espontánea. Una vez que se da el alta al paciente, se proporciona la información necesaria al familiar o cuidador sobre el tratamiento farmacológico y los cuidados domiciliarios a seguir.

Conclusiones:

- La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) facilita la atención bucodental adecuada de los discapacitados psíquicos sin

alterar el entorno de estos pacientes, ya que al aplicarse técnicas de cirugía sin ingreso, pueden volver a su domicilio a las pocas horas de realizar los tratamientos que precisen y reincorporarse inmediatamente a su rutina habitual.

- Estas unidades ambulatorias permiten que los pacientes estén acompañados de sus familiares o cuidadores durante todo el proceso (desde que ingresan hasta el alta a domicilio), lo que favorece una mayor colaboración y disminuye la ansiedad y agitación.

Palabras clave: Cirugía bucal, anestesia, discapacidad intelectual.

P-30 LA ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO TRAS ANESTESIA RAQUÍDEA

J. Plazuelo Lozano, R. Luque Ruiz, E. Sánchez Gaitán, N. Morales Clemente, J. Espadas Barba, A. M. Peña de la Cruz

Objetivos: Proporcionar al paciente los cuidados de enfermería a su llegada a la unidad de reanimación y reconocer las posibles complicaciones que puedan surgir tras la anestesia raquídea, así como la actuación en cada una de ellas. En la actualidad la anestesia intradural o raquídea es utilizada en gran número de intervenciones quirúrgicas por su eficacia, ventajas y disminución de complicaciones frente al uso de la anestesia general. No obstante, no está exenta de posibles complicaciones. Es por ello necesario el conocimiento claro por parte del personal de enfermería del servicio de reanimación de los cuidados generales y de la identificación y correcto manejo de las complicaciones que puedan surgir tras la intervención con este tipo de anestesia para actuar de manera rápida, eficaz y con los mejores resultados para la seguridad del paciente.

Métodos:

- *Cuidados enfermeros en el servicio de CMA:* monitorización. Toma de constantes vitales. Paciente en decúbito supino (si no está contraindicado). Administrar O₂, tratamiento y fluidoterapia. Valorar y vigilar nivel de consciencia. Identificar y vigilar drenajes, sondas y apósitos. Vigilar micción espontánea o diuresis si está sondado. Realizar pruebas solicitadas. Vigilar recuperación de sensibilidad y movilidad en MMII.
- *Atención a posibles complicaciones:*
 - Cefalea postpunción: signos/síntomas (S/S): cefalea postural, alteración visual y/o auditiva. Actuación (A): decúbito supino, analgésicos.
 - Náuseas-vómitos: S/S: hipotensión, isquemia cerebral. A: evitar broncoaspiración, antieméticos.
 - Retención urinaria: S/S: dolor abdominal, globo vesical. A: balance hídrico, vigilar micción espontánea, sondaje vesical.

- Fallo cardiaco y pulmonar: S/S: nivel sensitivo más alto de T2, midriasis bilateral. Descartar inyección intravascular o subdural. A: preparar material de intubación y carro de parada. Vigilancia exhaustiva FC y FR. Administrar O₂.
- Hipotensión arterial: S/S: bajada brusca de TA con/sin bradicardia. A: fármacos vasopresores. Administración de líquidos, apoyo de vía aérea y aporte de O₂.
- Hematoma epidural: S/S: dolor en región lumbar, tórax o cuello de aparición brusca, isquemia y paraplejía. A: laminectomía descompresiva.
- Síndrome de cauda equina: S/S: incontinencia urinaria y fecal, pérdida de sensibilidad perineal, parestesia flácida arrefléxica. A: cirugía para evitar daño irreversible.
- Lumbalgia: S/S: descartar absceso, hematoma, punción de la médula. A: comprobar zona de punción. Analgesia.
- Síntomas neurológicos transitorios/síndrome de irritación radicular: S/S: dolor lumbar irradiado a MMII sin déficit motor ni sensitivo. Aparece en las primeras 24 h tras la punción. A: evitar caídas. Se resuelve sin secuelas neurológicas.
- *Otras complicaciones:* exacerbación de síndrome de dolor de miembro fantasma, neumoencéfalo, alteraciones auditivas o visuales, tumores medulares iatrogénicos.

Conclusiones: El conocimiento de las intervenciones de enfermería ante las complicaciones que puedan surgir, permite aumentar la calidad asistencial produciendo un aumento del éxito y la disminución de la morbimortalidad. “Estar preparados es la mitad de la victoria”.

Palabras clave: Complicaciones postoperatorias, anestesia caudal, atención de Enfermería.

GESTIÓN

P-31 COMPARACIÓN DE TIEMPOS QUIRÚRGICOS ENTRE SISTEMA INFORMATIZADO TRADICIONAL Y NUEVO SISTEMA AUTOMATIZADO DE LOCALIZACIÓN INALÁMBRICA EN CIRUGÍA AMBULATORIA

S. Fernández Gómez, N. Fuertes Sáez, T. Simó Cortés, J. V. Cuchillo Satriques, P. Argente

Introducción y objetivos: La optimización del tiempo en las áreas de cirugía ambulatoria es un parámetro esencial para su buen funcionamiento, que se traduce en una mejor calidad asistencial y permite optimizar la gestión hospitalaria. Los tiempos quirúrgicos se registran tradicionalmente de forma manual por enfermería en un programa informá-

tico (Mizar/Orion). Actualmente, el nuevo sistema piloto (Sphera) ubica a los pacientes en tiempo real mediante un sistema de localización inalámbrica. Pretendemos conocer la desviación temporal entre los dos métodos de medida.

Métodos: Se recogen, de forma retrospectiva desde las bases de datos del Hospital La Fe, 25 pacientes sometidos a cirugía de túnel del carpo en el primer semestre del 2016, comparando los tiempos desde el programa informático Mizar y Sphera de la hora de entrada y salida del paciente de UCSI y Quirófano.

Resultados y conclusiones: En el 76 % de los pacientes, Sphera controló un tiempo de estancia en quirófano superior al introducido en Mizar con una media de tiempo diferencial de 14,20 minutos, y una desviación estándar de 14,07. Sin embargo, según Sphera, solo el 16 % de los pacientes permanecieron más tiempo en las instalaciones de la UCSI respecto al tiempo indicado en Mizar con una media de tiempo diferencial de 38,76 minutos y una desviación estándar de 48,50. En una proporción elevada de pacientes encontramos una diferencia mayor a la esperada, lo que sugiere problemas técnicos que nos ofrecen datos erróneos. El sistema de localización inalámbrica puede ser útil en la gestión de los tiempos quirúrgicos, aunque es necesario detectar los posibles errores técnicos para obtener información fidedigna y perder el menor número posible de pacientes.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria, tiempos quirúrgicos, estancia en UCMA, localización inalámbrica.

P-32 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO AMBULATORIO DE LA PATOLOGÍA MAMARIA NO RECONSTRUCTIVA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

C. Noguero del Cid, D. Cachero Martínez, R. Serra Lorenzo, S. Suárez Fernández, A. Castro Uña, L. A. Sopena Zubiría

Objetivos: La tendencia al tratamiento conservador del cáncer de mama ha permitido su incorporación a los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), consiguiendo buenos resultados tanto por el bajo índice de complicaciones como por el nivel de satisfacción del paciente. El objetivo de este estudio es describir los resultados obtenidos del pleno funcionamiento del programa de tratamiento de patología mamaria en nuestro centro desde la creación de la nueva unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) en 2014.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en una muestra de 366 mujeres, con edad media de

57,48 años, intervenidas entre enero y diciembre de 2016, empleando para el análisis el sistema SPSS 24.0.

Resultados: Con la creación de la nueva UCMA, el programa de tratamiento de patología mamaria ha experimentado un crecimiento exponencial, con bajos índices de suspensión de 3,98 % y una lista de espera (más de 180 días) del 0 % a enero de 2017. De las 366 pacientes intervenidas, 214 (58,5 %) fueron en régimen ambulatorio, precisando ingreso por complicaciones tan solo el 0,5 %. En su mayoría ASA I (35,5 %) y II (58,41 %), con predominio de la patología maligna (82,8 %). Las técnicas conservadoras (biopsia de ganglio centinela "BSCG", fistulectomía, etc.) son las que se acogen a CMA, por permitir las técnicas locoregionales y presentar menos complicaciones. La cirugía más frecuente en nuestro medio es la tumorectomía con/sin BSCG, presentando una ambulatorización del 80 %; sin embargo, técnicas agresivas como la mastectomía siguen requiriendo ingreso programado, siendo su ambulatorización un objetivo a corto plazo.

Conclusiones: La cirugía del cáncer de mama es factible en los programas de CMA gracias a programas de selección, introducción de técnicas de bloqueos torácicos y equipos multidisciplinarios, permitiendo la optimización de recursos sanitarios (disminución de hospitalización y de listas de espera) y proporcionando gran beneficio emocional a los pacientes.

Palabras clave: UCMA, ambulatorización, recursos, lista de espera.

P-33 EVOLUCIÓN DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE LOS ÍNDICES DE SUSTITUCIÓN Y AMBULATORIZACIÓN

C. Noguero del Cid, D. Cachero Martínez, A. M. Brandy García, M. Estrada Martínez, B. García-Barberena Labiano, M. A. Estrada Rodríguez

Objetivos: La gestión de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) es un proceso complejo sustentado en diversos criterios de calidad asistencial. Entre los numerosos indicadores de calidad los más específicos de CMA son:

- Índice de ambulatorización (IA): proporción de procedimientos realizados ambulatoriamente sobre el total de intervenciones.
- Índice de sustitución (IS): proporción de intervenciones potencialmente ambulatorizables respecto al total programado en CMA.

El objetivo es exponer el impacto y crecimiento de la CMA en nuestro hospital mediante el análisis de estos dos índices.

Métodos: Se han recogido los datos entre 2009 y 2015, a través de los principales GRDs ambulatorizables de las especialidades integradas en la UCMA.

Resultados: De las 15.648 intervenciones realizadas en el HUCA en 2015, 6.592 fueron en UCMA, con un IA de 42,13 % frente a 29,1 % en 2009. Actualmente, las especialidades con mayor IA son: C. Plástica 62,77 %, Otorrinolaringología 42,22 %, C. Maxilofacial 39,11 % y C. General 30,48 %. De ellas, C. General y Maxilofacial han experimentado mayor crecimiento desde 2009. Neurocirugía (IA 10,05 %) persiste como la tarea pendiente. Referente a los índices de sustitución de estas especialidades encontramos:

- C. Plástica: procesos sobre mano y muñeca (GRD 229) con IS 69,11 % y liberación del túnel carpiano (GRD 006) con IS 97,59 %.
- Otorrinolaringología: procedimientos sobre oído, nariz, boca y garganta (GRD 55) un IS 35,58 % y rinoplastia (GRD 56) IS 88,06 %.
- C. Maxilofacial: las extracciones y reposiciones dentarias (GRD 187) presentan IS 81,75 %.
- C. General: destaca la colecistectomía laparoscópica (GRD 494) con IS 34,9 % y hernias inguinales y crurales (GRD 162) con IS 63,16 %.

Conclusiones: El beneficio económico y personal hace que los procedimientos realizados en régimen ambulatorio sigan aumentando. El análisis continuo de índices de ambulatorización y sustitución constituye la herramienta básica para constatar este crecimiento, gestionar los escasos recursos económicos y orientar la dirección que deben tomar nuestros esfuerzos.

Palabras clave: Calidad, índice de sustitución, índice de ambulatorización, CMA.

P-34 ATENCIÓN DENTAL EN DISCAPACITADOS. UN PROYECTO MULTIDISCIPLINAR CON IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA GESTIÓN Y CALIDAD DE RESULTADOS

F. García Amigueti

Objetivos: Implicar al máximo a los profesionales en la gestión y calidad a lo largo de todo el proceso asistencial desde la preanestesia hasta el alta hospitalaria.

Métodos: Las actuaciones que se llevan a cabo desde el primer contacto con los pacientes están encaminadas a buscar la máxima agilización del proceso. Especial atención a la documentación clínica y los consentimientos informados, ya que los pacientes están a cargo de ins-

tituciones bajo la supervisión de la Junta de Andalucía, en otros casos son instituciones privadas con tutela de familiares o bien están a cargo de sus progenitores o familiares directos. Conciliación de la medicación. Atención preanestésica personalizada en acto único, reduciendo las dificultades logísticas. El anestesista que realiza la preanestesia es el mismo que estará en quirófano. Es muy importante proporcionar sensación de proximidad. El diseño del parte de quirófano y el orden de los pacientes se realiza conjuntamente por cirujano y anestesista. Gran implicación del personal de enfermería durante todo el proceso asistencial. Disminución del impacto psicológico sobre nuestros pacientes, aplicando medidas antiestrés, desde la premedicación para la obtención de las pruebas preanestésicas, hasta permitir el acompañamiento de familiares y cuidadores en el quirófano, la sala de reanimación postquirúrgica y la unidad de CMA. Una vez finalizada la intervención, y tras su paso por la sala de reanimación postquirúrgica, vuelven a la unidad de CMA donde se llevan los cuidados postquirúrgicos con especial atención a la analgesia y la tolerancia a líquidos mientras se prepara el alta, la documentación, los informes y la medicación domiciliaria en receta siglo XXI, para que el paciente tenga que permanecer el menor tiempo posible en la institución sanitaria.

Conclusiones: 340 pacientes intervenidos. Grado de satisfacción muy alta de familiares. Implicación máxima de los profesionales para obtener calidad en los resultados.

Palabras clave: Discapacitados, calidad, gestión, implicación, resultados.

P-35 FIABILIDAD DE LA MEDICIÓN DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA POR EL PROGRAMA DIRAYA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

J. Turiño Luque, A. Martínez Ferriz, A. J. Cabello Burgos, J. Santoyo Santoyo

Objetivos: Conocer la fiabilidad de la medición de la actividad quirúrgica en nuestra unidad tras un año de la instauración de DAH.

Métodos: Estudio prospectivo de la actividad quirúrgica realizada en nuestra unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia durante al año 2016 y su análisis comparativo con los datos ofrecidos por Servicios Centrales.

Resultados: En los datos ofrecidos por el sistema DAH frente a los datos aportados por la unidad existe una sobreestimación en: a) número de pacientes intervenidos 1.229 vs. 1.168 (+ 4,97 %); b) pacientes intervenidos en régimen

de CMA (+ 20,82 %); c) número de sesiones quirúrgicas (+ 11,95 %); d) intervenciones urgentes con ingreso (+ 10,97 %) (no existe actividad de urgencias quirúrgicas en nuestro centro y podría corresponder a las pernoctas no planificadas). Por el contrario, están infraestimados; e) pacientes por sesión (-2,98 %); f) tasa de suspensión (-6,95 %); g) sesiones ambulatorias (-192,86 %).

Conclusión: El sistema DAH no es demasiado fiable para medir la actividad quirúrgica en nuestra unidad. Sería necesario optimizar la recogida e interpretación de los datos para ofrecer una cifra real de la actividad de nuestros centros.

Palabras clave: Fiabilidad, actividad quirúrgica, medición, Diraya.

P-36 ANÁLISIS DEL TIEMPO DE ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

D. Cachero Martínez, C. Noguero del Cid, R. Martín Polo, J. C. Galán Gutiérrez, C. Gutiérrez González, L. A. Fernández Meré

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de los tiempos de estancia en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario Central de Asturias, recogiendo información sobre la estancia total en la unidad, la duración de la intervención y la estancia postoperatoria agrupada según el tipo de intervención y la especialidad quirúrgica.

Métodos: Se recoge información de los pacientes intervenidos en los quirófanos de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria de enero a marzo de 2016. No se incluyen las estancias en la sala de Readaptación al Medio de pacientes no quirúrgicos, ni pacientes de la Unidad de Patología Mamaria, ya que la intervención y parte de su estancia posoperatoria se realiza en la URPA del bloque quirúrgico de Maternidad. Análisis de los resultados mediante SPSS.

Resultados: Se recoge información de un total de 943 paciente intervenidos, obteniendo una estancia media de 362 minutos, con un mínimo de 46 y un máximo de 761 minutos. La media de tiempo intraoperatorio es de 59,80 minutos, y la de estancia postoperatoria de 177,07 minutos. El análisis de los resultados muestra que la especialidad que más tiempo de estancia media total y postoperatoria requiere es Cirugía General (484,5 y 284 minutos respectivamente) y la que menos Cirugía Plástica (263,55 y 75,47 minutos). Las diferencias de duración media de las intervenciones según especialidad oscilan entre los 52 y los 75,23 minutos. Los tiempos de estancia postquirúrgica en nuestro hospital no se ven afectados por una escasez de camas, si bien esto puede ser un factor limitante en aquellas unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria de menor tamaño.

Conclusiones: El análisis de los tiempos de estancia en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria permite valorar los procedimientos quirúrgicos ambulatorios y optimizar la utilización de los recursos disponibles de cara a la elaboración de una programación quirúrgica eficiente.

Palabras clave: Tiempo, estancia.

P-37 IMPLEMENTACIÓN SALA DE BLOQUEOS PERIFÉRICOS EN CMA

M. L. García Martínez, M. V. Sánchez Hernández, D. Bustos García

Introducción: La realización de bloqueos de plexos o nervios periféricos es una práctica habitual en la forma de trabajo de los anestesiólogos que realizan Cirugía Mayor Ambulatoria, ya que proporciona unas condiciones ideales para la realización de la intervención y una rápida recuperación del paciente siendo remitido a su domicilio pronto y sin dolor. Pero la mayoría de veces esta técnica se realiza en condiciones en antequirófano sin condiciones de seguridad ideales para el paciente o en quirófano donde la presión por parte de los cirujanos o enfermería dificulta su realización, a veces precisando cumplimentar la anestesia inicialmente con sedación profunda o anestesia general, por falta del tiempo necesario para su completa instauración y retrasando el alta del paciente a su domicilio. Dado estos problemas en la CMA nos planteamos, en nuestra unidad, el dedicar una sala dentro de la zona quirúrgica a la realización de bloqueos periféricos ecoguiados y adjudicar una enfermera específica para su realización.

Objetivos:

- Valorar la eficiencia de una sala específica de bloqueos en la CMA.
- Valorar la necesidad de sedación profunda o anestesia general tras bloqueo.
- Valorar si aumenta el número de intervenciones realizadas.
- Valorar el tiempo de estancia del paciente en la unidad de CMA tras bloqueo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos en CMA de cirugía de mano por el servicio de cirugía plástica durante el periodo de febrero de 2014 a febrero de 2015, desde inicio de apertura de sala de bloqueo con enfermera, comparada con periodo de febrero de 2013 a febrero 2014, donde esta sala no existía.

Resultados: La eficiencia de la sala de bloqueos fue del 98 %, solo un 2 % fueron realizados fuera de la sala de bloqueos, es decir de 432, se realizaron en quirófano o antequirófano 21 bloqueos. El número de pacientes interveni-

dos por sesión quirúrgica de plástica de cirugía de mano a aumentado alrededor de 1,45 pacientes por sesión. De los 432 pacientes intervenidos, un 5 % (22 pacientes) han precisado de sedación profunda tras bloqueo o anestesia general, un 30 % menos con respecto al periodo del 2013-2014 que han sido 120 pacientes (35 %) de 350 pacientes intervenidos. Debido a esto se ha reducido la estancia media de los pacientes en 2014-2015 en 32 minutos con respecto a los del 2013-2014.

Conclusión: La existencia de una sala de bloqueo mejora los resultados de los bloqueos; esto disminuye la estancia de los pacientes en la unidad y aumenta el número de intervenciones realizadas por sesión quirúrgica.

Palabras clave: Sala, bloqueo periférico, Cirugía Ambulatoria.

P-38 ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE FRACASO DEL RÉGIMEN DE CMA EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA

R. Ortega Higuero, F. Torres Quesada, I. Martínez Casas, D. Molina Martínez, M. A. Madero Morales, J. M. Capitán Vallvey

Objetivos: Para su correcto funcionamiento, las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) precisan de unos criterios de inclusión definidos. Sin embargo, resulta complicado controlar todos los factores que influyen en el éxito de la ambulatorización de forma preoperatoria y es difícil alcanzar tasas del 100 %. El objetivo de este estudio es analizar las causas de fracaso de CMA en una unidad de referencia.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de una base de datos prospectiva sobre las causas de fracaso en el régimen de CMA de Cirugía General y Digestiva en una serie de 7 años (2009-2015). Para su análisis las causas de defecto en ambulatorización se han agrupado en 4 categorías según el responsable: paciente, cirujano, anestesista o sistema.

Conclusiones: En el periodo de estudio se han intervenido 12.135 pacientes en régimen de CMA y en 897 (7,3 %) el régimen previsto ha fracasado. Los pacientes son varones en el 51 % tienen una edad media (\pm DE) de 50 ± 17 años (rango 14-103). Los procesos previstos fueron cirugías de pared 34 %, de tejido celular subcutáneo (anestesia local) 27 %, colecistectomías 18 %, coloproctología 10 %, reservorios vasculares 9 %, entre otros, y el 60 % de las cancelaciones no llegan a intervenir. El número de intervenciones en CMA presenta un incremento progresivo en el periodo de estudio y el porcentaje de fracasos se mantiene estable oscilando entre un 5,3 % en 2014 y un 9,1 % en 2012. Por grupos, la responsabilidad del fracaso recae en el paciente en el 46 % de los casos, en el cirujano en el 33 %, en el anestesista en el 13 % y en el sistema en

el 8 %. Las causas individuales más frecuentes del fracaso son la no presentación del paciente el día de la intervención (215) o la complejidad quirúrgica percibida por el cirujano en el momento de la intervención (133). Destacan además por su frecuencia la presencia de síntomas pre- o postoperatorios o la falta de tiempo en quirófano. Entre los pacientes no intervenidos, el paciente es el responsable de la cancelación en el 72 %, el sistema 13 % y cirujano 10 %. Entre los intervenidos, el cirujano es responsable en el 67 % y anestesia el 26 %. Si eliminamos de la serie los pacientes intervenidos bajo anestesia local, el cirujano es el responsable de la mayoría de salidas de protocolo, seguido del propio paciente. Contrariamente a lo que se podría pensar, el paciente (por no acudir) y el cirujano (por la percepción de cirugía compleja o síntomas postoperatorios) son los principales responsables de las cancelaciones del proceso de CMA, frente a los motivos relacionados con la anestesia o problemas organizativos.

Palabras clave: CMA, fracaso, cirujano.

P-39 PROTOCOLO SOBRE PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) Y DE CORTA ESTANCIA (CCE)

A. Amaya Cortijo, C. Bernardos García, B. López Casanova, N. González

Objetivos: Regular y estandarizar la prevención de la enfermedad tromboembólica venosa en los pacientes que son sometidos a intervenciones quirúrgicas en régimen de CMA y CCE.

Métodos: Basado en recomendaciones de la Guía del Colegio Americano de Cirujanos Torácicos y de la ASEEMA, presentamos protocolo según factores de riesgo personales y del procedimiento score de Caprini.

Conclusiones: La quimioprofilaxis en CMA y CCE se realiza en función del tipo de anestesia y hora fin de intervención 6 a 12 horas después, cada 24 horas durante 10 a 30 días según grupo de riesgo: a) riesgo muy bajo/bajo: movilización precoz activa. No tromboprofilaxis; b) riesgo moderado: movilización precoz y activa + bemiparina 2.500 UI sc/24 h; y c) riesgo alto y muy alto: movilización precoz y activa + bemiparina 3.500 UI sc/24 horas + medidas físicas. Esquema horario de dosificación. Turnos para la administración de HBPM en pacientes ingresados: Hora Fin de Cirugía / Hora 1ª dosis / Hora 2ª dosis: de 9 a 15 horas: 21 horas / 21 horas: de 15 a 19 horas: 1 hora AM / 21 horas: de 19 a 1: 7 horas AM / 7 horas AM. Los pacientes programados en régimen de CMA que sean dados de alta antes de la hora establecida para la primera dosis postoperatoria, recibirán información sobre su correcta administración y receta XXI. La aplicación de este protocolo

sencillo simplifica la toma de decisiones para una correcta profilaxis tromboembólica. En nuestra opinión, la trombo-profilaxis con bemiparina permite una mejor adecuación al ser independiente del peso del paciente y permitir su administración postoperatoria más precoz, disminuyendo así el periodo sin protección frente al inicio de los mecanismos trombóticos.

Palabras clave: profilaxis, trombosis, venosa, cirugía, protocolo.

MISCELÁNEA

P-40 ERGONOMÍA EN LOS PROFESIONALES DE CMA. CUIDAR NUESTRA SALUD MIENTRAS TRABAJAMOS

A. Trujillo González

Objetivos:

- Detectar errores en las posiciones y altura a la hora de trabajar en la zona quirúrgica de CMA, así como en la URM (Unidad de Readaptación al medio) y autoconcienciar a los profesionales del valor de la ergonomía en la eficiencia y productividad del trabajo en ambos sitios.
- Reducir lesiones derivadas del mal posicionamiento del trabajador.

Métodos: Método observacional en intervenciones de menos de una hora (90 % de las intervenciones en CMA), con el fin de detectar errores en el posicionamiento de los trabajadores durante el periodo perioperatorio, y puesta en común de estos ante todo el equipo de trabajo.

Resultados: Los principales errores relacionados con la ergonomía en quirófano se resumen en este póster, así como la manera de corregirlos. Se resumen en:

- Mala colocación de la mesa quirúrgica con respecto al campo operatorio (lo que origina una modificación corporal de la instrumentista y cirujanos con posturas mantenidas muy forzadas).
- Incorrecta posición del personal cuando la estatura entre ellos difiere mucho.
- En el caso del trabajo en la URM, en la realización de técnicas como canalización de vías periféricas o toma de constantes, hemos comprobado la incorrecta posición de la columna dorso lumbar, así como mala colocación corporal a la hora de movilizar pacientes.

Conclusiones: La gran mayoría de los movimientos en quirófano son inclinaciones a derecha e izquierda salvando el campo quirúrgico o la mesa quirúrgica. Existen muchas alteraciones en cuanto a la altura en que se realiza el tra-

bajo, lo que da lugar a posiciones forzadas. Es importante conocer que los periodos sentados o en bipedestación no han de ser extensos, intercalando periodos de descanso que nos permitan estirar y relajarnos. La adecuación de mesas quirúrgicas, operatorias, luces, estanterías, etc., a la altura de los miembros del equipo facilitará también los principios de ergonomía en el trabajo y mejorarán nuestra actividad diaria. Las intervenciones en CMA, no por el hecho de ser menos duraderas, eliminan el riesgo de que el personal sufra sobrecargas músculo-esqueléticas, problemas circulatorios, parestesias, etc. Las posturas forzadas continuas originan molestias de aparición lenta y de carácter inofensivo, pero si no se atajan a tiempo se convertirán en posibles procesos crónicos, que derivarán en bajas laborales y secuelas físicas en el futuro.

Palabras clave: Ergonomía, higiene postural, cuidados de Enfermería.

P-41 IMPACTO DE LAS CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍA SUSCEPTIBLE A CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

R. Serra Lorenzo, C. M. Sanz Vega, D. Cachero Martínez, G. Mínguez Ruiz, C. Noguerol del Cid

Objetivos: Analizar el impacto de las consultas de alta resolución en patología susceptible de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica de artículos en la base de datos Scielo y en las revistas de Atención Primaria y Cirugía Mayor Ambulatoria. En total se extrajeron 15 artículos sobre el tema, de los cuales se eliminaron 4 por no estar relacionados con patología quirúrgica.

Conclusiones: Se concluye que existe una satisfacción por parte del paciente puesto que disminuye la demora de la intervención quirúrgica y aumenta la confianza del paciente en el servicio de atención primaria. Además, con todo ello supone una reincorporación más precoz a su jornada laboral. Por otra parte, se produce una reducción de la lista de espera, en algún trabajo se apunta reducciones de lista de espera de 6 a 2 meses. Como puntos negativos están las discrepancias diagnósticas que puedan existir entre el médico de atención primaria y el especialista y el incremento de la carga laboral en atención primaria. Este sistema puede aplicarse a gran número de pacientes debido a la alta prevalencia de enfermedades susceptibles de Cirugía Mayor Ambulatoria, siendo extrapolable a otras especialidades médicas y quirúrgicas.

Palabras clave: Atención primaria, atención especializada, Cirugía Mayor Ambulatoria, derivación.

P-42 DESINFECTANTE DE ALTO NIVEL (DAN): TIPOS, UTILIDAD, MANIPULACIÓN Y PRECAUCIONES

A. Trujillo González

Objetivos: Definir la utilidad, conservación y procedimiento correcto de uso del DAN, qué instrumental es subsidiario de este, y qué condiciones de seguridad debe mantener el personal que lo manipula. Definir cuál es el más útil en unidades como CMA y por qué.

Métodos: Búsqueda bibliográfica sobre los distintos tipos de DAN existentes en el mercado. Bases de datos utilizadas: Pubmed, Cochrane Plus y Cuidatge. Investigar qué ventajas e inconvenientes poseen estos para determinar cuál puede ser más adecuado en CMA.

Resultados: Existen dos tipos bien diferenciados de DAN que podrían agruparse, *a grosso modo*, en los que poseen formaldehído y aquellos que no. Hay que desterrar la idea de que los DAN sustituyen a la esterilización, ya que solo desinfectan y, por lo tanto, según toda la bibliografía revisada son agentes útiles ante una *urgencia*, en la que por múltiples motivos (proceso quirúrgico o anestésico que no admite espera) no se pueda llevar a cabo un proceso de esterilización habitual. Los servicios de Medicina Preventiva sugieren la no utilización de DAN con formaldehído, especialmente en aquellos servicios donde no existan las medidas apropiadas para poder ser manipulados (por el riesgo constatado de poder carcinógeno que poseen para algunos tipos de cáncer) y con personal cualificado para tal manipulación.

Conclusiones: Los DAN son agentes desinfectantes que producen una desinfección de instrumental, produciendo efecto bactericida, levuricida virucida y esporicida sobre ellos. Solo permiten la desinfección y limpieza de productos médicos termoestables y termosensibles y endoscopios flexibles, con lo cual no son agentes que produzcan *esterilización* del material. Por esto motivo solo se concibe su uso en CMA en casos de *urgencia*, y para aquel instrumental que no permite otro sistema de desinfección por su delicadeza y otros inconvenientes. El DAN de elección en quirófanos de CMA debe ser aquel que no contengan formaldehído debido a que la manipulación y el sistema de aireado que requieren aquellos que sí lo poseen, no es posible realizarse más que en unidades de esterilización propiamente dichas.

Palabras clave: Desinfectante alto nivel, esterilización, desinfección, formaldehído.

ANESTESIA

P-43 QUÉ SABEN NUESTROS PACIENTES SOBRE ANESTESIA Y DOLOR: DUDAS, MITOS Y FALACIAS

A. Trujillo González

Objetivos: Investigar sobre la base científica, empírica y/o popular en la que se basan los mitos, dudas y/o falacias, etc., que se han transmitidos entre los pacientes sobre la anestesia y sus efectos y el dolor, intentando determinar qué hay de cierto e incierto en cada una de ellas.

Métodos: Revisión sistemática sobre el tema. Como descriptores hemos utilizado “mitos en anestesia”, “historia anestesia”, “mitos dolor” y “cuidados de Enfermería”. Las bases de datos consultadas son Medline, Pubmed y Cochrane Plus. Aunque lo publicado acerca del tema es muy escaso, sí es cierto que lo recabado denota una falta de base científica, ya que en realidad son aspectos erróneos que se han ido transmitiendo de un paciente a otro, auspiciado quizás por la falta de información del personal sanitario a la hora de explicar los pasos a los que es sometido el paciente durante todo el proceso perioperatorio.

Resultados: A pesar de la dificultad en encontrar información, casi todas las dudas o mitos consultados resulta que tienen una base original verdadera que se ha ido distorsionando a lo largo del tiempo, principalmente por la falta de información que a veces damos a los pacientes y/o por las creencias y cultura propias de nuestro país o comunidad autónoma. Sería ideal buscar una herramienta que permitiera hacer llegar a los pacientes la corrección de estos errores, como por ejemplo un tríptico entregado en la consulta previa a la cirugía, para informarlos correctamente en un lenguaje menos científico y más coloquial.

Conclusiones: La mayoría de los mitos sobre anestesia y dolor son infundados, responden a un compendio de información falsa que se ha ido transmitiendo durante generaciones. Esto únicamente ha contribuido a empeorar si cabe más la ansiedad del enfermo ante una cirugía programada. Cualquier esfuerzo de mejora en la información a nuestros pacientes y sus familiares, no solo implica un mayor y mejor cuidado integral de estos y un mayor reconocimiento de la labor de la Enfermería, sino un esfuerzo por hacerles más llevadero el hecho de someterse a una práctica quirúrgica y anestésica.

Palabras clave: Historia anestesia, mitos anestesia, mitos dolor, cuidados de Enfermería.

P-44 BLOQUEO PARAVERTEBRAL LUMBAR EN ARTROSCOPIA DE CADERA

A. M. Cuadrado García, M. A. Durán García, A. Pereda Gil, J. J. Sánchez Palomo, J. C. Martínez Moya, J. Normand Barron

Objetivos:

- *Objetivo primario:* control analgésico postoperatorio tras artroscopia de cadera.
- *Objetivos secundarios:*
 - Confort y satisfacción del paciente.
 - Reducir el uso de analgésicos opiáceos.
 - Permitir régimen de CMA en estas intervenciones.
 - Evitar ingresos.

Métodos: Presentamos 20 pacientes consecutivos programados para intervención de artroscopia de cadera. Tras lograr el consentimiento informado del paciente, se procede a monitorización convencional y canalización de una vía periférica. Se administra sedación ligera (midazolam 1-3 mg y fentanilo 1 μ g/kg), se coloca al paciente en sedestación y se realiza el bloqueo paravertebral lumbar ipsilateral a nivel LI-LII con lidocaína 2 mg/kg y L-bupivacaína 1 mg/kg, (total 0,3 ml/kg), dejando colocado un catéter a ese nivel. A continuación inducimos anestesia general con propofol y remifentanilo, bloqueante neuromuscular para IOT y conexión a ventilación mecánica con FiO_2 de 0,5. El mantenimiento anestésico con TIVA (propofol 4-6 mg/kg/h y remifentanilo 0,1-0,2 μ g/kg/min) para BIS entre 40-60. Durante el procedimiento se administra desketoprofeno 50 mg i.v. para analgesia postoperatoria. Al final de la cirugía, se despierta y extuba al paciente, se traslada a la URPA y allí se explora el bloqueo sensitivo y motor en la zona bloqueada, a continuación se administra por el catéter 0,5 mg/kg de L-bupivacaína y se retira el mismo.

Resultados: Todos los pacientes realizados con esta técnica tuvieron adecuado control de dolor en el postoperatorio inmediato (EVA: 0-1), no precisaron rescate analgésico con opiáceos y fueron dados de alta a su domicilio. El bloqueo analgésico perduró una media de 24 h (llamada telefónica) y el dolor pudo controlarse satisfactoriamente con medicación oral. Ningún paciente requirió ingreso.

Conclusiones: El bloqueo paravertebral lumbar puede considerarse una técnica adecuada para control analgésico de dolor tras cirugía de artroscopia de cadera en régimen de CMA.

Palabras clave: Bloqueo paravertebral lumbar, artroscopia cadera.

P-45 ANESTESIA ESPINAL CON PRILOCAÍNA HIPERBÁRICA 2 % PARA HERNIORRAFÍA INGUINAL AMBULATORIA

D. Neira Cedrón, V. Raduà, A. Martín, R. Algilaga, V. Vargaz, F. Añez

Objetivos: La prilocaína hiperbárica al 2 % es un anestésico local de corta duración para procedimientos de hasta 60-90 min, con unos efectos indeseables menores que otros anestésicos según diversos estudios. No obstante, hay poca bibliografía que reporte la dosificación más adecuada para distintos procedimientos quirúrgicos ambulatorios, siendo el objetivo de este estudio evaluar el uso de 50 mg prilocaína 2 % + fentanilo 20 μ g como dosis ideal para anestesia intradural en hernioplastias inguinales ambulatorias.

Introducción: El anestésico ideal en cirugía ambulatoria debe caracterizarse por un rápido inicio del bloqueo sensitivo y motor, previsible nivel metamérico así como de su regresión, y una baja incidencia de efectos indeseables como síntomas neurológicos transitorios, hipotensión o retención urinaria. La formulación de prilocaína 2 % hiperbárica ha demostrado en una reciente revisión (21/06/2016) una menor incidencia de efectos indeseables respecto a otros anestésicos locales. También se reportan un menor tiempo de inicio del bloqueo sensitivo-motor, más rápida regresión y tiempo para la micción espontánea que la prilocaína isobárica. No obstante, la mayor limitación de estas revisiones es el relativo poco número de pacientes incluidos en estos estudios, por lo que son necesarios más casos para evaluar la eficacia y seguridad de esta formulación.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 30 pacientes programados para hernioplastia inguinal en el área quirúrgica del Hospital de Mataró. Evaluamos el uso de prilocaína hiperbárica 2 % 50 mg + 20 μ g fentanilo en anestesia intradural para herniorrafia inguinal en régimen ambulatorio en 30 pacientes. *Variables:* tiempo de inicio bloqueo sensitivo, eficacia bloqueo (nivel metamérico alcanzado, no aparición dolor a estímulo quirúrgico), bloqueo motor y regresión, tiempo a micción espontánea y deambulación, alta a casa. Presencia o no efectos indeseables como SNT, retención urinaria, náuseas, vómitos o hipotensión. Los autores referimos no tener ningún conflicto de intereses.

Conclusiones: En fase de recogida de casos, hasta ahora esta dosificación provee una adecuada anestesia (bloqueo sensitivo 5 min, eficaz) sin efectos adversos hasta el momento. Un ingreso por mal control del dolor. La regresión del bloqueo motor y sensitivo es predecible y rápido (entre 63 y 95 min). Los resultados obtenidos hasta la presente concuerdan bastante con los referidos en la aún escasa bibliografía consultada, de lo que podemos intuir que la dosificación del fármaco objeto del estudio y en esta indicación quirúrgica puede ser útil en la práctica diaria.

Palabras clave: Hernioplastia, inguinal, prilocaína, ambulatoria, intradural.

P-46 ANESTESIA ESPINAL CON PRILOCAINA HIPERBÁRICA 2 % PARA CIRUGÍA PERIANAL AMBULATORIA

D. Neira Cedrón, V. Raduà, A. Martín, R. Algilaga, V. Vargas, M. Garolera

Objetivos: La prilocaína hiperbárica al 2 % es un anestésico local de corta duración para procedimientos de hasta 60-90 min, con unos efectos indeseables como síntomas neurológicos transitorios menores que otros anestésicos según diversos estudios. No obstante, hay poca bibliografía que reporte la dosificación más adecuada para distintos procedimientos quirúrgicos ambulatorios, siendo el objetivo de este estudio evaluar el uso de 20 mg prilocaína 2 % + 20 µg fentanilo como dosis ideal para anestesia intradural en cirugía perianal ambulatoria.

Introducción: El anestésico ideal en cirugía ambulatoria debe caracterizarse por un rápido inicio del bloqueo sensitivo y motor, previsible nivel metamérico, así como de su regresión, y una baja incidencia de efectos indeseables como síntomas neurológicos transitorios o retención urinaria. La formulación de prilocaína 2 % hiperbárica ha demostrado en una reciente revisión (21/06/2016) una menor incidencia de efectos indeseables respecto a otros anestésicos locales. También se reportan un menor tiempo de inicio del bloqueo sensitivo-motor, más rápida regresión y tiempo para la micción espontánea que la prilocaína isobárica. No obstante, la mayor limitación de estas revisiones es el relativo poco número de pacientes incluidos en estos estudios, por lo que son necesarios más casos para evaluar la eficacia y seguridad de esta formulación.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 30 pacientes programados para cirugía perianal ambulatoria en el área quirúrgica del Hospital de Mataró. Evaluamos el uso de prilocaína hiperbárica 2 % 20 mg + 20 µg fentanilo en anestesia intradural para cirugía perianal en régimen ambulatorio en 20 pacientes. *Variables:* tiempo de inicio bloqueo sensitivo, eficacia bloqueo (nivel metamérico alcanzado, no aparición dolor a estímulo quirúrgico), bloqueo motor y regresión de este si aparece, tiempo a micción espontánea y deambulación, alta a casa. Presencia o no de posibles efectos indeseables como SNT, retención urinaria, náuseas, vómitos o hipotensión. Los autores referimos no tener ningún conflicto de intereses.

Resultados: En fase de recogida de casos, hasta ahora esta dosificación provee una adecuada anestesia sin efectos adversos hemodinámicos significativos o neurológicos ni retención urinaria hasta el momento. El bloqueo motor es inexistente en la mayoría de casos a esta dosificación. Los resultados obtenidos hasta la presente concuerdan bastante con los referidos en la aún escasa bibliografía consultada, de lo que podemos intuir que la dosificación del fármaco objeto del estudio y en esta indicación quirúrgica puede ser útil en la práctica diaria.

Palabras clave: Perianal, hemorroides, prilocaína, ambulatoria, intradural.

P-47 MANEJO ANESTÉSICO DE LA PATOLOGÍA MAMARIA ONCOLÓGICA EN RÉGIMEN AMBULATORIO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (HUCA)

C. Noguero del Cid, D. Cachero Martínez, C. M. Sanz Vega, S. Fernández Rodríguez, N. García González, A. B. Cuéllar Martínez

Objetivos: El éxito creciente de la incorporación de la patología mamaria oncológica a la CMA se debe a técnicas quirúrgicas conservadoras, existencia de sala de readaptación al medio propia con personal de enfermería cualificado y al cuidadoso manejo anestésico. A continuación se expone el manejo de la patología mamaria oncológica en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del HUCA.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en una muestra de 154 mujeres con edad media de 55,6 años, intervenidas de patología mamaria oncológica en régimen ambulatorio entre enero y diciembre de 2016, empleando el sistema SPSS 24.0.

Resultados: Nuestro manejo se sustenta en reciente bibliografía sobre menor incidencia de recurrencia de neoplasias mamarias con la combinación de bloqueos torácicos, anestesia total intravenosa y restricción de opioides, siendo el 48 % de nuestras pacientes sometidas a TIVA. Realizamos analgesia multimodal basada en el uso de AINE y paracetamol junto con bloqueos torácicos. Realizándose bloqueos en el 45 % de las pacientes, fundamentalmente Brilma (25,3 %) y PECS (16,2 %). Asimismo, observamos que su realización se asocia a un menor uso de opioides con una $p < 0,05$, sobre todo bloqueo intercostal, pese a ser el menos realizado. La profilaxis de náuseas y vómitos, en base a la escala APFEL, se sustenta en el uso de TIVA y fármacos antieméticos (ondansetron 74 % y dexametasona 68,9 %), empleándose doble profilaxis en el 59 % de las pacientes.

Conclusiones: En conclusión, el manejo anestésico de la patología oncológica mamaria ambulatoria debe basarse en cuatro pilares fundamentales:

- Intentar reducir las recidivas, mediante uso de anestesia TIVA y evitación de opioides y halogenados.
- Correcta profilaxis de náuseas y vómitos (TIVA y fármacos).
- Estricto control del dolor mediante bloqueos torácicos que permitan disminuir el uso de opioides.
- Adecuada comunicación con la paciente que incluya una explicación detallada del proceso.

Palabras clave: Patología mamaria oncológica, régimen ambulatorio, TIVA, bloqueos torácicos.

P-48 MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA SOMETIDO A CIRUGÍA AMBULATORIA. IMPORTANCIA DEL MANEJO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y CORTICOIDES

C. Noguero del Cid, A. M. Brandy García, I. Morante Bolado, D. Cachero Martínez, C. M. Sanz Vega, L. A. Sopena Zubiría

Objetivos: Los pacientes con enfermedades reumáticas (artritis reumatoide, lupus, etc.) en tratamiento con fármacos biológicos y dosis elevadas de corticoides cada vez son más frecuentes en programas de CMA. El éxito de los programas de ambulatorización reside, en parte, en la adecuada selección de los pacientes, de ahí que el correcto manejo de estos fármacos sea vital en el perioperatorio.

Métodos: Exponer recomendaciones para el manejo perioperatorio de estos pacientes a través de la revisión de la bibliografía hallada en PUBMED en los últimos 10 años.

Resultados: El tratamiento inmunosupresor plantea dos problemas: 1. Complicaciones infecciosas y dificultad de cicatrización. 2. Riesgo de reactivación de la enfermedad. Todos los autores coinciden en retrasar la cirugía hasta que la enfermedad esté lo más inactiva posible y con mínima dosis posible de tratamiento. Referente a la hidroxiclороquina, metotrexato y leflunomida no deben interrumpirse. Azatriopina, micofenolato y tracrolimus se recomienda suspender el día de la cirugía y reintroducir a la misma dosis vía oral cuando el paciente esté recuperado. La terapia biológica debería suspenderse en función de la vida media del fármaco y reintroducirse tras la curación de la herida quirúrgica:

- Antagonistas-TNF y anti-IL6 (tocilizumab): suspender 4 semanas antes. Excepto etarnecept, que será 2 semanas.
- Rituximab y denosumab (administrados semestralmente): lo más prudente sería retrasar la cirugía. En cuanto a los corticoides, dada la inhibición del eje suprarrenal, deberá realizarse suplementación durante la cirugía, excepto en los que reciban dosis ≤ 5 mg.

Conclusiones: El correcto manejo del tratamiento de los pacientes con enfermedades reumatológicas es clave en la incorporación de los mismos a los programas de CMA. La conducta a seguir debe ser individualizada realizando la cirugía cuando la enfermedad esté lo más inactiva posible, ajustando las dosis de corticoides y suspendiendo, de forma general, las terapias biológicas al menos 1 mes antes.

Palabras clave: Enfermedades reumatológicas, corticoides, biológicos, CMA, perioperatorio.

P-49 CASO CLÍNICO: ANESTESIA PERIBULBAR CON ACCESO SUBCARUNCULAR Y PUNCIÓN ÚNICA EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE MIOPIA MAGNA QUE SE SOMETE A CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA DEL POLO ANTERIOR

M. Arance García, V. Padilla Morales, A. I. Jiménez Pancho, M. Barros Pérez

Objetivos: La miopía magna, alta miopía o miopía patológica se produce por el alargamiento posterior del globo ocular asociado a un adelgazamiento de las paredes del ojo, lo que lleva en muchas ocasiones a la presencia de estafilomas oculares. La miopía magna se define por un eje antero-posterior del ojo mayor de 26 milímetros. Esta circunstancia aumenta el riesgo de perforación del globo ocular en la realización de anestesia locorregional ocular (peribulbar o retrobulbar), llegando a considerarse incluso una contraindicación relativa para la realización de esta técnica anestésica. En estos casos, el acceso subcaruncular para la realización de anestesia peribulbar supone una alternativa más segura que el acceso clásico peribulbar de doble punción. Los autores presentamos en este trabajo un caso clínico en el que se realizó una anestesia peribulbar con acceso único vía subcaruncular para una intervención en una paciente diagnosticada de miopía magna.

Métodos: Mujer de 54 años de edad, ASA I y diagnosticada de miopía magna con un eje anteroposterior del ojo de 27,49 mm. Fue programada en quirófano para extracción de una lente epicrostaliniana implantada en 2008 como parte de un tratamiento de miopía magna y la realización de una cirugía de catarata con implante de lente intraocular en el mismo tiempo quirúrgico. La intervención se planteó en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria y requería anestesia locorregional o general. Dado el antecedente de miopía magna de la paciente se procedió a la anestesia peribulbar con acceso subcaruncular con punción única, alternativa más segura con respecto a la anestesia peribulbar en acceso clásico y doble punción. La intervención se realizó sin incidencias y la paciente fue dada de alta a su domicilio una hora después de la realización de la intervención.

Conclusiones: La anestesia peribulbar vía subcaruncular es una opción anestésica segura en pacientes diagnosticados de miopía magna que se someten a cirugía oftalmología del polo anterior.

Palabras clave: Miopía magna, anestesia locorregional, acceso subcaruncular.

P-50 CALIDAD Y SEGURIDAD EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

M. Arance García, R. Muñoz Estévez, G. Fernández Castellanos, F. Docobo Durántez

Objetivos: La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico fuertemente asentado en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Hospital Duques del Infantado de Sevilla. Unos criterios de selección y de alta adecuados, así como un seguimiento postoperatorio en domicilio efectivo, hacen posible la realización de este procedimiento en régimen ambulatorio. Todo ello con altos índices de satisfacción para el paciente y excelente relación coste-efectividad sin dejar de lado la seguridad y calidad de la actividad realizada. El objetivo de este trabajo es esclarecer las complicaciones mayores y menores en el proceso quirúrgico "colecistectomía laparoscópica" en nuestra unidad en un periodo de cinco años.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se llevó a cabo un registro de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica desde 2010 hasta 2015 en esta unidad quirúrgica.

Resultados: En este periodo de tiempo se realizaron 322 colecistectomías laparoscópicas. El 95,2 % eran pacientes ASA I o II. El 95,31 % de los pacientes fueron dados de alta en las 8 primeras horas tras la intervención. El principal motivo de ingreso no esperado fue el dolor postoperatorio (2,5 % de los pacientes). No se registraron complicaciones severas en el postoperatorio inmediato o tardío.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento implantado en cirugía en régimen ambulatorio con buenos resultados para los pacientes y para el sistema sanitario. La información del paciente y el seguimiento postoperatorio estrecho son claves para el éxito de este proceso quirúrgico en CMA.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, Cirugía Mayor Ambulatoria, complicaciones postoperatorias.

P-51 SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO EN EL PROCESO DE AMIGDALECTOMÍA EN MAYORES DE 15 AÑOS EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN 2016. HOSPITAL DUQUES DEL INFANTADO (HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO), SEVILLA

M. Arance García, A. Rodríguez Archilla, C. Suan Rodríguez, P. E. Fernández Jiménez

Objetivos: Analizar la eficacia de los criterios de alta de una unidad de CMA para el proceso quirúrgico amigdalectomía en régimen de CMA en adultos. Establecer las complicaciones postoperatorias más frecuentes tras esta intervención en nuestra unidad de CMA.

Métodos: Los autores presentamos un estudio observacional retrospectivo realizado en la Unidad de CMA ubicada en el

Hospital Duques del Infantado. En este trabajo se revisaron los datos clínicos de los pacientes que había sido sometidos a amigdalectomía valorando el estado de los pacientes durante el postoperatorio inmediato en nuestra unidad, así como en un seguimiento postoperatorio mediante llamada telefónica en las 24-48 h posteriores a la intervención.

Resultados: Se registraron datos de los 53 pacientes intervenidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016. Todos los pacientes eran ASA I o II. La intervención se llevó a cabo sin incidencias en todos ellos. Durante su estancia en la unidad se reintervinieron dos pacientes por sangrado postoperatorio y ambos fueron ingresado siendo dados de alta al día siguiente. En la llamada postoperatoria la complicación más frecuente fue el dolor postoperatorio, que hasta en un 25 % de los pacientes fue igual o superior a 5 en la EVA.

Conclusiones: La amigdalectomía en un proceso quirúrgico implantado en CMA que cumple los estándares de calidad de seguridad exigibles para este tipo de cirugía. Medidas encaminadas al control más efectivo del dolor postoperatorio son necesarias para mejora la calidad de la asistencia a estos pacientes.

Palabras clave: Amigdalectomía en adultos, Cirugía Mayor Ambulatoria, seguimiento postoperatorio.

P-52 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA, SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO

E. Peña García, M. P. Millán Bueno, V. M. Fernández Bullejos

Objetivos: Descripción de un caso de reacción anafiláctica tras administración de desketoprofeno.

Métodos: Paciente de 57 años sin alergias conocidas, con antecedentes personales de cesárea electiva, migraña y tabaquismo activo. ASA II propuesta para hernioplastia ventral bajo anestesia general con intubación orotraqueal. Inducción con propofol, fentanilo y rocuronio, mantenimiento con sevoflurano y remifentanilo, sin incidencias. Como analgesia de rescate postoperatoria se administran, previo a educación, paracetamol, desketoprofeno y cloruro mórfico. Durante su administración el paciente sufre cuadro de hipotensión brusca sin respuesta a bolos de efedrina y cuadro de exantema generalizado. Ante la sospecha de reacción anafiláctica se solicita ayuda y se administra O₂ al 100 %. Se suspende sevoflurano, remifentanilo y perfusión de analgésicos. Presenta inestabilidad hemodinámica por lo que se comienza con bolos de adrenalina de 50 mcg intravenosa (i.v.) persistiendo hipotensión e iniciando perfusión continua de adrenalina a 0,5 mcg/kg/min, además de administración de hidrocortisona 200 mg i.v. y ranitidina 100 mg i.v. Se monitoriza temperatura corporal y se canaliza arteria radial derecha para control de presión arterial

invasiva y extracción de gasometrías arteriales y muestras para la determinación de triptasa sérica. Posteriormente y tras estabilización hemodinámica, se traslada a reanimación intubada, sedoanalgesia y con perfusión de adrenalina. Se informa a familiares que comentan exantema generalizado dos semanas antes tras la toma de ibuprofeno por cuadro de cefalea.

Conclusiones: La anafilaxia es cuadro sistémico grave causado por la liberación de mediadores biológicos activos al torrente sanguíneo procedentes de mastocitos y basófilos que actúan sobre distintos órganos diana causando diversas manifestaciones clínicas con potencial riesgo de muerte. Ante este caso destacar la importancia de la anamnesis en la consulta de preanestesia para determinar no solo alergias claras sino las posibles reacciones adversas previas y tener claro la actuación y el manejo de la anafilaxia, verdadera emergencia vital.

Palabras clave: Anafilaxia, desketoprofeno.

P-53 MANEJO VENTILATORIO DE PACIENTE CON NEUMONECTOMÍA POR ENFERMEDAD DE CASTLEMAN EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA Y EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

E. Peña García, V. M. Fernández Bullejos, A. Morales Rojas

Objetivos: Plantear el manejo ventilatorio de un paciente con neumectomía secundaria a enfermedad de Castleman en el contexto de una colecistectomía laparoscópica en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Métodos: Paciente de 54 años sin alergias conocidas. Antecedente de interés neumectomía izquierda hacía 15 años por enfermedad de Castleman. ASA II, propuesta para colecistectomía laparoscópica en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. Monitorización con pulsioximetría, presión arterial no invasiva, electrocardiograma, capnografía, monitorización del bloqueo neuromuscular y de la profundidad anestésica con BIS. Inducción con propofol, fentanilo y rocuronio previa oxigenación. En este caso decidimos una estrategia ventilatoria protectora por tratarse de una ventilación unipulmonar. Para ello fijamos volumen tidal (VT) de 4-6 ml/kg, presión espiratoria al final de la espiración (PEEP) de 5-10 cm H₂O, limitación de la presión pico de la vía aérea a < 35 cm H₂O y la presión plateau a < 25 cm H₂O, frecuencia respiratoria de 12-14 respiraciones por minuto y ajustándola según PaCO₂, relación inspiración/espiración 1:2. Fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) a 0,5. Considerar que, en caso de un aumento de las presiones de la vía aérea, ventilar en modo presión control.

Conclusiones: La enfermedad de Castleman se define por la hipertrofia de los ganglios linfáticos con hiperplasia linfoide angiofolicular. En la forma localizada, solo un ganglio linfático está afectado, mientras que en la forma

multicéntrica los ganglios afectados son varios. Ante este caso, y para poder cumplir un régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria, es importante seleccionar un modo de ventilación adecuado y llevar a cabo una extubación lo más rápida posible y en las condiciones óptimas, utilizando relajante muscular con reversor específico entre otras.

Palabras clave: Neumectomía, enfermedad de Castleman, ventilación unipulmonar.

P-54 APARICIÓN DE NEUMOTÓRAX EN EL CONTEXTO DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

E. Peña García, B. Cañas Ortega, M. P. Béjar Palma

Objetivos: Poner de manifiesto la presentación de neumotórax como una de las posibles complicaciones de la cirugía laparoscópica.

Métodos: Paciente de 63 años sin alergias conocidas y sin cirugías previas. Antecedente de interés hipertensión arterial, ASA II. Propuesto para colecistectomía laparoscópica en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. Monitorización con pulsioximetría, presión arterial no invasiva, electrocardiograma, capnografía, monitorización del bloqueo neuromuscular y de la profundidad anestésica con BIS. Inducción con propofol, fentanilo y rocuronio previa oxigenación. Inicio de la cirugía con realización de neumoperitoneo con presión intraabdominal menor de 15 mmHg. Tras 10 minutos de cirugía caída de saturación de oxígeno (87 % intubado con FiO₂ de 0,6), posterior hipotensión 87/52 mmHg y aumento de la frecuencia cardíaca hasta 105 latidos por minuto. En primer lugar, se administra O₂ al 100 %, después comprobación del pulsioxímetro y auscultación apreciándose disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho. En probable relación con intubación selectiva se retira el tubo endotraqueal 2 cm, permaneciendo el paciente inestable y sin mejoría de saturación. Posteriormente se piensa en la posibilidad de neumotórax derecho, avisándose a cirugía torácica que coloca tubo de tórax. El paciente mejora hemodinámicamente y respiratoriamente extubándose y trasladándose a reanimación para control postoperatorio.

Conclusiones: Aunque la cirugía laparoscópica es una técnica bastante sencilla e instaurada en la mayoría de los hospitales, no está exenta de complicaciones. Entre las más frecuentes: náuseas y vómitos, dolor, traumáticas dentro de las cuales estaría el neumotórax (entre sus causas podríamos encontrar defecto congénito o adquirido del diafragma a nivel de hiatos paraaórtico y paraesofágico, iatrogenia en el acto quirúrgico con rotura del ligamento falciforme) y el embolismo gaseoso. Ante su aparición es importante seguir una secuencia lógica para encontrar la causa y solventarla.

Palabras clave: Neumotórax, cirugía laparoscópica, complicaciones.

P-55 PACIENTE CON VÍA AÉREA DIFÍCIL NO PREVISTA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN DE CMA

A. Pineda Muñoz, A. Morales Rojas, L. García Siles

Objetivos: Presentar una alternativa al manejo de la vía aérea difícil no prevista y destacar el papel del Sugammadex (Bridion®) en este tipo de actuaciones.

Métodos: Varón de 61 años con antecedentes personales de obesidad tipo I e HTA, ASA-II. Sin criterios de vía aérea difícil (Mallampati 2, DTM 5 cm, buena apertura oral y correcta extensión cervical). Programado para intervención de colecistectomía laparoscópica en régimen de CMA. Inducción con 150 mcg de fentanilo, 200 mg de propofol y 40 mg de rocuronio. Tras administración del relajante muscular y pérdida de ventilación espontánea el paciente pasa a ser no ventilable, con caída de SpO₂ hasta un 70 %. Se administran 100 mg de actocortina, sin mejoría. Procedemos a IOT mediante laringoscopia visualizando CORMACK grado IV, se intenta paso de Frova a ciegas y tubo endotraqueal número 7, iniciamos ventilación manual persistiendo niveles bajos de saturación, por lo que se procede a la administración de 200 mg de Bridion, tras el cual el paciente recupera ventilación espontánea y saturación de forma progresiva. Debido a posible broncoespasmo y dificultad ventilatoria, tras recuperación de ventilación espontánea, se decide suspensión de cirugía con nueva programación, realizándose IOT con paciente despierto y fibrobroncoscopio sin incidencias.

Conclusiones: Para todo anestesta, el manejo de la vía aérea difícil sigue siendo una de las circunstancias clínicas más relevantes y desafiantes debido a las graves consecuencias de no establecer una vía aérea permeable. El conocimiento de las diferentes guías de manejo de vía aérea difícil nos facilitan la elección de las técnicas de ventilación e intubación con mayor probabilidad de éxito y menor riesgo de lesión del paciente. A pesar del gran número de algoritmos descritos no hay consenso sobre el tratamiento de elección, por tanto es importante el desarrollo de estrategias individuales basadas en la experiencia clínica y las habilidades personales.

Palabras clave: Vía aérea, manejo, ventilación.

P-56 REACCIÓN ANAFILÁCTICA TRAS ADMINISTRACIÓN DE PROPOFOL

A. Pineda Muñoz, V. M. Fernández Bullejos, A. Caro Jaén

Objetivos: Poner de manifiesto la posibilidad de reacciones alérgicas a agentes anestésicos de uso frecuente y el manejo de sus complicaciones mediante la presentación de un caso

de alergia a propofol no conocida en el contexto de una cirugía maxilofacial en régimen CMA.

Métodos: Varón de 73 años sin alergias reconocidas. Fumador, obeso, diabético tipo II e hipertenso. Programado por cirugía maxilofacial en régimen de CMA para escisión de carcinoma epidermoide en labio inferior mediante anestesia local y sedación. Durante la misma, y tras la administración de 40 mg de propofol, 100 mcg de fentanilo y profilaxis antibiótica con augmentine 2 g, el paciente comienza con cuadro de estornudos en salvas, tos, afonía, estridor y edema palpebral bilateral. Se administran 100 mg de actocortina y aerosolterapia (salbutamol y budesonida), manteniendo saturaciones adecuadas en todo momento y apreciándose una mejoría clínica evidente. Se suspende intervención y el paciente pasa a URPA en ventilación espontánea, sin signos de dificultad respiratoria. Solicitamos valoración por servicio de alergología, que confirma sensibilidad a propofol y la descarta a anestésicos generales y betaláctamicos.

Conclusiones: Para los anestesiólogos las reacciones de hipersensibilidad inmediata son una de las mayores preocupaciones, ya que se tratan de acontecimientos imprevistos que pueden ocasionar desde reacciones anóxicas graves hasta la muerte. El propofol es un fármaco hipnótico de uso habitual en la inducción y mantenimiento de la anestesia general. Se comercializa en forma de emulsión, cuyo vehículo contiene lecitinas de yema de huevo y soja. A pesar de que existen diversos estudios que relacionan la hipersensibilidad al huevo como factor de riesgo para desarrollar una reacción anafiláctica tras la administración de propofol, no hay una evidencia científica suficiente que contraindique su uso en estos pacientes, siendo necesario un seguimiento a largo plazo para confirmar o descartar su mayor predisposición.

Palabras clave: Anafilaxia, propofol.

P-57 MANEJO PERIOPERATORIO DE PACIENTE CON ANGIOEDEMA HEREDITARIO

A. Pineda Muñoz, V. M. Fernández Bullejos, F. Barrera Trigo

Objetivos: Plantear el manejo preoperatorio del paciente con angioedema hereditario, tanto en su preparación previa como el manejo intraoperatorio, haciendo hincapié en las posibles complicaciones derivadas de la vía aérea.

Métodos: Varón de 69 años programado para extracción dental por cirugía maxilofacial, diagnosticado de angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor (Tipo I). En tratamiento con estanozolol 1 mg. Niega complicaciones en intervenciones previas. Tras el estudio preoperatorio, y consultando previamente con el servicio de alergología, se le administran de forma profiláctica 1.000 U C1 inhibidor

2 horas previas a la intervención quirúrgica, transcurriendo esta sin incidencias.

Conclusiones: El angioedema hereditario (AEH) se caracteriza por episodios recurrentes y autolimitados de edema, causados por aumento de la permeabilidad vascular, que afectan principalmente a la piel y al sistema gastrointestinal, aunque también a otros órganos. Estos episodios suponen un peligro vital por el posible desarrollo de edema laríngeo. Sus crisis se caracterizan por no responder al tratamiento con glucocorticoides o antihistamínicos y presentar escasa respuesta a adrenalina. El tratamiento preoperatorio es fundamental para disminuir la elevada morbimortalidad asociada a esta enfermedad. La tasa de incidencia de edemas laríngeo en estos pacientes es baja, pero debido a que esta complicación puede ser mortal, se debe mantener una vigilancia completa. Por lo tanto, la profilaxis preoperatoria y los instrumentos de rescate de las vías respiratorias siempre deben estar disponibles cuando se manejan estos pacientes.

Palabras clave: Angioedema hereditario, manejo, perioperatorio.

P-58 INGRESOS NO PREVISTOS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

R. Martín-Oropesa, J. Narváez, M. B. Vera-Sánchez, J. Etualin, C. Monteserín, M. Zaballos García

Objetivos: Las mejoras en las técnicas quirúrgicas y anestésicas aplicadas a la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) han resultado en una menor morbilidad. Uno de los índices de calidad evaluado en los procedimientos ambulatorios se refiere a los ingresos no planificados (INP). Nuestra unidad fue acreditada en 2013, lo que permitió actualizar los protocolos multimodales de analgesia y de prevención de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO). Desconocemos cómo estas estrategias han influido en la unidad. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar los INP en la unidad y las causas implicadas.

Métodos: Tras la aprobación por el comité de ética, se revisaron los casos con INP desde el año 2013 hasta marzo de 2016. Se evaluaron variables demográficas, clasificación ASA, tipo de anestesia, tiempos quirúrgicos, especialidad, horario de la cirugía y las razones implicadas en los INP.

Conclusiones: Durante el periodo de estudio se realizaron un total de 8.491 intervenciones. La frecuencia de INP fue del 2 %. Las causas implicadas fueron quirúrgicas (34 %), anestésicas (30 %), médicas (10 %) y sociales en 9 % de los casos. La cirugía general fue la especialidad más implicada en los INP con un 37 %, seguida de otorrinolaringología

con un 26 %. Las causas anestésicas implicadas fueron el dolor (52 %) y las NVPO (32 %). El grado ASA no se relacionó con los INP. El 70 % de los pacientes con INP recibieron anestesia general. Las cirugías que terminaron por la tarde no se asociaron con INP (20 %). Un número importante de INP pueden ser prevenibles. El dolor ha estado presente en más de la mitad de las causas anestésicas. Se deben realizar esfuerzos encaminados a un mejor control del dolor agudo postoperatorio y de las NVPO para mejorar la eficiencia de las unidades de CMA. Sin embargo, hay que señalar que la contribución de sucesos inesperados es inevitable.

Palabras clave: Ingreso no previsto, CMA.

P-59 DESFLURANO VERSUS PROPOFOL EN LA CALIDAD DE RECUPERACIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA. ESTUDIO PROSPECTIVO, COMPARATIVO DE NO INFERIORIDAD

J. Narváez Salazar, M. B. Vera-Sánchez, R. Martín-Oropesa, A. Reyes Fierro, J. Etualin, M. Zaballos García

Objetivos: La colecistectomía laparoscópica (CL) se está incorporando de forma progresiva en la cirugía ambulatoria (CA). La elección de la técnica anestésica es esencial para lograr el éxito de la ambulatorización del procedimiento. El desflurano (D) y el propofol (P) son frecuentemente empleados en CA. Recientemente, la evaluación de los resultados centrados en la opinión del paciente se considera muy relevante en la investigación en CA. Nuestro objetivo fue evaluar la calidad de recuperación (CR) mediante cuestionario validado (QoR-15) en pacientes sometidos a CL, comparando D y P. Se planteó una hipótesis de no-inferioridad entre ambas técnicas.

Métodos: Tras la aprobación por el comité de ética se realizó estudio de cohortes prospectivo longitudinal en pacientes sometidos a CL y en los que se aplicaron recomendaciones basadas en evidencia para la CL (bajas presiones de neumoperitoneo, bloqueo neuromuscular profundo, estrategia multimodal de prevención de dolor y de NVPO) permitiéndose el mantenimiento anestésico con D o P. La CR se evaluó antes y a las 24 horas de la cirugía. Tamaño muestral: riesgo alfa: 0,05; beta: 90 %, para detectar diferencia del 2 % en QoR-15, se precisaban 18 pacientes/grupo.

Conclusiones: Se evaluaron 61 pacientes: 29 grupo D y 32 grupo P, sin diferencias en parámetros demográficos, grado ASA, enfermedades asociadas y QoR-15 antes de

la cirugía. La duración de la cirugía fue superior en grupo P, 55 ± 15 vs. 45 ± 9 min en grupo D; $p = 0,05$. El grupo D recibió más fentanilo (quirófano y URPA) que el grupo P: 200 ± 65 vs. $113 \pm 38 \mu\text{g}$; $p = 0,05$. Sin diferencias en dolor, NVPO postoperatorias ni tiempos en la unidad. Hubo un decremento en la QoR-15 a las 24 h del 7 % en relación a valores basales, sin diferencias entre grupos. La calidad de la recuperación evaluada por el paciente ha sido tan favorable en los pacientes del grupo desflurano como en los del grupo propofol.

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, colecistectomía laparoscópica, recuperación, desflurano, propofol.

P-61 ESTUDIO MULTICÉNTRICO PARA EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LA MASCARILLA LARÍNGEA AMBU AURAGAIN: RESULTADOS PRELIMINARES

M. B. Vera-Sánchez, R. Martín-Oropesa, J. Narváez Salazar, A. López, S. López, J. Zaballos, F. Escribá, M. Zaballos García

Objetivos: El nuevo dispositivo supraglótico (DSG) Ambu AuraGain es un DSG de segunda generación que combina la posibilidad de un acceso gástrico proporcionando unas elevadas presiones de sellado, siendo además un dispositivo desechable. La evidencia de su uso en la práctica clínica rutinaria es limitada. Nuestro objetivo fue realizar un estudio prospectivo, observacional, para evaluar sus características de funcionamiento en cinco centros hospitalarios de España.

Métodos: El estudio fue aprobado por cada comité de ética de los centros implicados. Se incluyeron de forma prospectiva pacientes propuestos para intervenciones en los que estaba indicado un DSG. Se excluyeron pacientes con criterios de VA difícil, elevado riesgo de regurgitación, obesidad mórbida y los que no otorgaron el consentimiento. Se evaluó el éxito de inserción, tiempo y número de intentos, presión de fuga orofaríngea (PFO), facilidad de inserción de sonda nasogástrica (SNG), ventilación eficaz durante el procedimiento y morbilidad orofaríngea. Estadística: SPSS-versión-20.

Resultados: Se evaluaron 140 pacientes con edad de 52 ± 14 años. El 51 % hombres con IMC de $26,5 \pm 4,66 \text{ kg/m}^2$. El éxito en la inserción fue del 96 % y al primer intento en un 88 %, con un tiempo medio de inserción de 21 ± 23 s. Se realizaron maniobras adicionales (inserción paramedial, hiperextensión, etc.) en un 60 % de los pacientes. La inserción de una SNG del 16-F fue exitosa en el 98 % de

los casos. La ventilación fue adecuada en el 99,3 % de los pacientes. La presión de sellado orofaríngea fue de $30,17 \pm 6 \text{ cm H}_2\text{O}$. Se observó restos de sangre en retirada en un 13 % y líquido gástrico en un 2 %. El procedimiento transcurrió sin complicaciones en el 98 % de los casos. Un 0,7 % de los pacientes refirió dolor moderado de garganta.

Conclusiones: Los datos preliminares muestran que la Ambu-Auragain consigue elevadas presiones de sellado, con un éxito global en su funcionamiento durante la intervención muy importante y con mínimos efectos adversos.

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, funcionamiento, AMBU AuraGain.

P-62 VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTE INTERVENIDO DE HERNIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA

A. Martínez García, A. Caro Jaén, A. Pineda Muñoz

Objetivos: El algoritmo de actuación en el manejo de la vía aérea difícil (VAD) prevista supone un desafío para el anestesiólogo. Nuestro objetivo es describir uno de estos casos.

Métodos: Hombre de 35 años, sin alergias y con AP de obesidad Tipo II (IMC 43), programado para hernia ventral laparoscópica en régimen CMA. A la exploración de la VA: mallampati 4, distancia interdientaria 3,5 cm, test de mordida 3, distancia tiromentoniana 10 cm y circunferencia cervical 43 cm. No ha recibido nunca anestesia. Ante los hallazgos anteriores, se trata una VAD prevista. Se informa al paciente de que la intubación despierto con fibroscopio es la opción más segura. Monitorización con EKG, SatO_2 y PANI. Inclina 30° el cabecero y se prepara VA con aerosoles de lidocaína 5 %. Se emplea spray de lidocaína para los pilares amigdalinos. Se administra atropina como antisialogogo. Tras correcta preparación de orofaringe, se administra sedación con midazolam 2 mg. Se inicia procedimiento de intubación orotraqueal (IOT) con fibrobroncoscopio cánula VAMA para colocación de TOT flexometálico n.º 8. Durante la técnica, instilamos lidocaína al 2 % con técnica "spray as you go". Se consigue intubación al primer intento. Tras verificar correcta colocación del tubo con visión directa y capnografía se profundiza anestesia con propofol y fentanilo, y se administra rocuronio. Se realiza mantenimiento anestésico con sevoflurano y fentanilo a demanda.

Resultados: Sin incidencias intraoperatorias. Se retiraron gases y revertió relajación neuromuscular con Sugammadex (Bridion®). Al adquirir TOFr > 0,9 y adecuado nivel de conciencia se extuba y pasa a URPA. Tras 3 horas de estancia sin incidencias, pasó al área de CMA para continuar evolución, siendo finalmente dado de alta.

Conclusiones: El empleo del fibroscopio resulta imprescindible en las situaciones de VAD prevista, por lo que se debe tener un entrenamiento adecuado para poder hacer frente a estas situaciones.

Palabras clave: Fibroscopio, vía aérea difícil prevista.

P-63 VÍA AÉREA DIFÍCIL PREVISTA EN PACIENTE INTERVENIDO DE RECIDIVA LOCAL DE CARCINOMA SUBLINGUAL

A. Martínez García, E. García Vena, E. Peña García

Objetivos: El algoritmo de actuación en el manejo de la vía aérea difícil (VAD) prevista supone un desafío para el anestesiólogo. Nuestro objetivo es describir uno de estos casos.

Métodos: Hombre de 72 años, sin alergias conocidas y con antecedentes personales de hipertensión arterial y diabetes Tipo 2, controladas con medicación. Ex fumador de 50 paquetes/año y exbebedor moderado. Intervenido de hemiglosectomía derecha y vaciamiento ganglionar bilateral por carcinoma epidermoide de lengua. Se propone para excisión de recidiva local sublingual. A la exploración de la vía aérea (VA): mallampati no valorable por apertura bucal < 1,5 cm secundario a la radioterapia y a la recidiva local. Distancia tiromentoniana 10 cm y circunferencia cervical 34 cm. Ante los hallazgos anteriores, se trata una VAD prevista. Se informa al paciente en consulta de preoperatorio de que la intubación despierto como fibroscopio es la opción más segura. Monitorización con EKG, SatO₂ y PANI. Inclina 30° el cabecero y se prepara VA con aerosoles de lidocaína 5 %. Se emplea spray de lidocaína para los pilares amigdalinos. Se administra atropina como antisialogogo. Tras correcta preparación de orofaringe, se administra sedación con midazolam 2 mg. Se inicia procedimiento de intubación orotraqueal (IOT) con fibrobroncoscopio cánula VAMA para colocación de TOT flexometálico n.º 8. Durante la técnica, instilamos lidocaína al 2 % con técnica “spray as you go”. Se consigue intubación al primer intento. Tras verificar correcta colocación del tubo con visión directa y capnografía se profundiza anestesia con propofol y fentanilo, y se administra rocuronio. Se realiza mantenimiento anestésico con sevoflurano y fentanilo a demanda.

Resultados: Sin incidencias intraoperatorias. Previo a la educación se coloca intercambiador de tubo calculando distancia previamente para dejarlo a nivel traqueal. Se retiraron gases y revertió relajación neuromuscular con Sugammadex (Bridion®). Al adquirir TOFr > 0,9 y adecuado nivel de conciencia se extuba sin incidencias y pasa a URPA. Tras 3 horas de estancia sin incidencias, se retira intercambiador traqueal y pasó al área de CMA para continuar evolución, siendo finalmente dado de alta.

Conclusiones: El empleo del fibroscopio resulta imprescindible en las situaciones de VAD prevista, por lo que se debe tener un entrenamiento adecuado para poder hacer frente a estas situaciones. El uso de intercambiador de tubo en pacientes que se van a extubar es una medida más segura para el manejo de las posibles complicaciones potenciales de estos pacientes. Una adecuada anestesia de la vía aérea permite el manejo del intercambiador de tubo en pacientes despiertos sin molestias ni dolor.

Palabras clave: Vía aérea difícil, fibroscopio.

P-64 DETERMINACIÓN DE LA CONCENTRACIÓN END-TIDAL DE SEVOFLURANO REQUERIDA PARA LA INSERCIÓN DE LA MASCARILLA LARÍNGEA SUPREME. LA COADMINISTRACIÓN DE REMIFENTANILO

C. Montesión, T. González, M. B. Vera-Sánchez, R. Martín, J. Narváez-Salazar, M. Zaballos García

Introducción: La mascarilla laríngea Supreme™ (MLS) se utiliza ampliamente en cirugía ambulatoria (CA). Estudios previos han evaluado diferentes aspectos del funcionamiento de la MLS, sin embargo la información relativa a requerimientos anestésicos es limitada.

Objetivo: Determinar la concentración end-tidal de sevoflurano con o sin remifentanilo requerida para la inserción de la MLS (CAMMLS).

Métodos: Estudio prospectivo que incluyó a 53 pacientes, ASA I-II, con edades entre 24 y 65 años, aleatorizados en dos grupos: grupo sevoflurano (S): se realizó la inducción con sevoflurano y grupo sevoflurano-remifentanilo (S-R): se asoció remifentanilo en sistema de TCI. Se administró 1 mg de midazolam y tras preoxigenación se realizó inducción inhalatoria con sevoflurano a volumen tidal en el grupo S y en el grupo S-R se asoció remifentanilo (concentración efecto de 4 ng/ml). La concentración de sevoflurano se determinó mediante la metodología secuencial de “up-and-down”. El primer paciente recibió una concentración inicial de 2,5 % y en los sucesivos se realizaron incrementos o decrementos de 0,5 %, en función de la respuesta del paciente. A los 10 minutos, se insertó la MLS. *Estadística:* la CAMLMAS de sevoflurano se realizó calculando la concentración de 6 pares independientes de pacientes que presentaron el cruce desde fallo a éxito en la inserción de la MLS. ANOVA de medidas repetidas.

Conclusiones: La CAMLMAS en el 50 % de los pacientes en el grupo S fue de $3,03 \pm 0,75$ %, (95 % IC 2,3-3,73) y en el grupo S-R: $0,55 \pm 0,38$ %, (95 % IC 0,14-0,95 %),

$p = 0,0001$. Hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la PA diastólica y la FC ($p = 0,0001$) en los 6 minutos tras la inserción de la MLS. Cuatro pacientes precisaron atropina. Un paciente presentó laringoespasma, que se resolvió con un bolo de propofol. La asociación de remifentanilo en coinducción con sevoflurano ha disminuido en más un 300 % la CAMLMAS. Ambas técnicas proporcionan condiciones adecuadas para la inserción de la LMAS, sin embargo la asociación de remifentanilo implicó mayores eventos hemodinámicos.

Palabras clave: Mascarilla laríngea Supreme, sevoflurano, remifentanilo.

CIRUGÍA

P-65 APLICABILIDAD DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN LA CIRUGÍA TIROIDEA Y PARATIROIDEA

C. Zaragoza Fernández, A. de Andrés Gómez, F. Villalba Ferrer, R. Gómez Contreras, C. Navarro Moratalla, A. Ismail

Objetivos: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y de corta estancia (CCE) se han consolidado como una alternativa válida a la cirugía con ingreso convencional. Sin embargo, su empleo en la cirugía tiroidea y paratiroidea no se ha generalizado y resulta todavía controvertida. El objetivo de este trabajo es evaluar la aplicabilidad de la ambulatorización en la cirugía tiroidea y paratiroidea y valorar sus resultados.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes intervenidos en régimen de CMA de hemitiroidectomía o adenoma solitario de paratiroides en nuestro centro entre enero de 2011 y diciembre de 2015. La selección de pacientes se realiza de acuerdo a los criterios de CMA. En los primeros años se excluyeron los nódulos tiroideos mayores de 3 cm y los pacientes ASA III. Los pacientes ingresan esa mañana, tras el quirófano pasan a la Unidad de Recuperación Postanestésica y, posteriormente, a la sala de hospitalización. Tras 8 h, si cumplen los criterios establecidos son dados de alta. Se establece un control postoperatorio con llamada telefónica a las 24 horas, y son revisados en la consulta al mes de la intervención.

Resultados: Se han intervenido 214 pacientes; 120 cumplían criterios de CMA, lo que supone una tasa de aplicabilidad global del protocolo de inclusión del 56 %. El índice de ingresos no deseados fue del 13,55 % para la paratiroidectomía y del 21,6 % en la cirugía del tiroides. Ningún paciente presentó complicaciones mayores en domicilio. El grado de satisfacción fue alto o muy alto en el 94 % de los pacientes.

Conclusiones: La paratiroidectomía selectiva y la hemitiroidectomía llevada a cabo por cirujanos expertos y en pacientes seleccionados se puede realizar de forma segura y efectiva en régimen ambulatorio.

Palabras clave: Hemitiroidectomía, paratiroidectomía, cirugía ambulatoria, cirugía de corta estancia.

P-66 SCHWANNOMA: SORPRESAS DE LA CIRUGÍA MENOR EN CMA

R. Ortega Higuieruelo, R. Molina Barea, F. E. Majano Giménez, R. Cobos Cuesta, R. González Sendra, J. M. Capitán Vallvey

Objetivos: El Schwannoma es un tumor benigno muy homogéneo de la vaina nerviosa, formado solamente por células de Schwann. Las células tumorales siempre permanecen fuera del nervio, por lo que la masa es fácilmente extirpable. Provoca síntomas por compresión nerviosa, aunque tienen relativamente un crecimiento lento. El 1 % se convierten en malignos degenerando en neurofibrosarcoma. Los schwannomas pueden ser eliminados quirúrgicamente, pero estos pueden recidivar.

Métodos: Hombre de 69 años que acude para valorar quiste en región cervical de varios años de evolución. Entre sus antecedentes de interés destaca la hipertensión arterial. A la exploración presenta tumoración cervical de un centímetro de características clínicas benignas. Con diagnóstico de quiste epidérmico se incluye para exéresis en régimen de CMA.

Conclusiones: Se realiza con anestesia local exéresis de tumoración laterocervical izquierda sin incidencias. La pieza se manda a Anatomía Patológica que informa de neurilenoma (Schwannoma). La cirugía menor que se realiza en las unidades de CMA en su mayoría se trata de exéresis de lipomas y quistes sebáceos. En ocasiones, estas tumoraciones no son lo que parecen y nos llevamos sorpresas desde el punto de vista anatomopatológico. En este caso, el hallazgo sigue siendo benigno, pero si se prolonga en el tiempo hay un mínimo riesgo de degeneración maligna.

Palabras clave: Schwannoma, CMA, tumoración.

P-67 EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CMA A LO LARGO DE SUS 22 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO

A. Hernández Arzoz, L. Sánchez Blasco, E. Delgado Blanco, V. J. Pérez-Tierra Ruiz, A. Jiménez Bernadó

Objetivos: Analizar la evolución de los principales indicadores de calidad para conocer el desarrollo de nuestra UCMA en sus 22 años de funcionamiento. Se trata de una unidad multidisciplinar, tipo II, emplazada en un hospital terciario, en la que más del 50 % de las intervenciones son oftalmológicas.

Métodos: Se analizan los 38.488 pacientes incluidos en nuestra UCMA entre 1995 y 2016, calculándose en total 8 indicadores de calidad cuyos resultados se han obtenido tanto de la base de datos de la UCMA, que se abre al ingreso del paciente y se cierra en el trigésimo día postoperatorio, como de los datos de gestión clínica del hospital y la encuesta de satisfacción, contestada de forma voluntaria por nuestros pacientes. Los indicadores son los siguientes: 1. Cancelaciones. 2. Acontecimientos adversos (a. Morbilidad general; b. Infección herida). 3. Ingresos no deseados (a. Ingresos inmediatos; b. Reingresos). 4. Índice ambulatorización. 5. Índice sustitución. 6. Índice satisfacción. El análisis estadístico se ha realizado con el programa informático Stat-View 5.1.0.

Resultados: Los indicadores de morbilidad global, infección de herida quirúrgica e ingreso no deseado han experimentado una progresiva mejoría, estando sus valores actuales en 6,28, 0,72 y 0,64 %, respectivamente. El índice de ambulatorización, importante marcador de eficiencia, ha mejorado drásticamente, encontrándonos actualmente en un 30,5 % frente al 3 % de partida, similar a lo ocurrido con el índice de sustitución. Por su parte, las cancelaciones y el índice de satisfacción se han mantenido estables, con valores este último en todo momento superiores a 83/100 puntos en la encuesta.

Conclusiones: En términos medios la evolución temporal de estos indicadores es satisfactoria y presenta valores similares a los estándares nacionales.

Palabras clave: Evolución, calidad, indicadores.

P-68 REVISIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. 1995-2016

L. Sánchez Blasco, A. Hernández Arzo, V. J. Pérez-Tierra Ruiz, E. Delgado Blanco, A. Jiménez Bernadó

Objetivos: Analizar las complicaciones de los pacientes intervenidos en la unidad de CMA multidisciplinar tipo II de un hospital universitario de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo observacional prospectivo de las complicaciones operatorias desde 1995 hasta 2016, siendo incluidos los 37.757 pacientes intervenidos. Los datos se obtienen de la base informática, realizada con Stat-

View 5.1.0, que se abre el día del ingreso y se cierra el día 30 del postoperatorio.

Resultados: Sufrieron complicaciones intraoperatorias un 0,86 % de los intervenidos. 16 pacientes presentaron complicaciones graves (0,04 %), falleciendo 11 (0,03 %), en relación con sus comorbilidades previas y no con la cirugía, siendo la mayoría pacientes oftalmológicos de avanzada edad. Presentaron complicaciones postoperatorias menores un 9,9 %, destacando un 3,83 % de retención urinaria, en relación con anestesia espinal (94,5 %), un 1,8 % mal control del dolor, un 0,89 % infección de herida y un 0,49 % retardo cicatrización/dehiscencia. Se registraron 1,49 % de ingresos no deseados, de ellos, el 23,5 % lo fueron por complejidad de la cirugía, el 12 % por náuseas/vómitos, el 13,2% por cuadro respiratorio, como más relevantes.

Conclusiones: Las complicaciones postoperatorias mayores son muy poco frecuentes en CMA y suelen relacionarse con la edad avanzada y las comorbilidades. Entre las complicaciones menores la retención urinaria ocupa el primer lugar en relación con el elevado porcentaje de anestesia espinal en la unidad, seguida del mal control del dolor.

Palabras clave: Complicaciones, mortalidad, revisión.

P-69 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN DE CMA E INGRESOS IMPREVISTOS POSTOPERATORIOS: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE 2.377 CASOS

D. García Espada, C. Pedrero, M. D. Vélez, M. E. Valle, J. C. Alados, J. M. Cáceres

Introducción: La colecistectomía laparoscópica presenta el mayor número de ingresos postquirúrgico de los procedimientos realizados en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), por lo que decidimos registrar nuestra experiencia al respecto de los últimos 8 años.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia, la cual constituye una de las series más amplia a la par que actual, descrita en la literatura, sobre colecistectomía laparoscópicas en régimen CMA, incluyendo el número de ingresos postquirúrgicos.

Material y métodos: Se realiza búsqueda bibliográfica en bases biomédicas: PubMed, Embase, the Cochrane Library y Web of Science, usando las siguientes palabras claves "Colecistectomía", "laparoscopia", "CMA", "laparoscopic", "cholecystectomy" y "MAS", con el objetivo de comparar nuestra serie con las ya publicadas. Recogida de datos y presentación ordenada de los mismos, desde

2009 hasta la actualidad (marzo 2017), del procedimiento a estudio, así como el número de pacientes que precisó ingreso y el motivo del mismo. Las estadísticas anuales se contabilizan sobre 11 meses, debido a que la unidad permanece cerrada 1 mes de manera anual desde que desarrollamos el estudio. Todas las intervenciones se llevaron a cabo por el mismo equipo quirúrgico de cirujanos y enfermería.

Resultados y conclusiones: *Nota: desglose anual, no abaricable dentro de 300 caracteres.* Total de intervenciones: 2.377 intervenciones, lo que supone media mensual 26,12 y una porcentaje de ingresos 3,071 %. Los 3 motivos más frecuentes de ingresos, ordenados por frecuencia decreciente, son: conversión, sangrado y dolor, sin presentar estos diferencias estadísticamente significativas con respecto a sexo o edad, aunque sí con la clasificación ASA. Revisando la literatura, presentamos una serie realmente amplia con respecto a las descritas previamente. A destacar, la diferencia con el porcentaje de ingresos descrito en otras series (10-18 %). Sin poder definir causa clara sobre este hecho, nos motiva a ampliar el estudio realizado.

Palabras clave: Colectectomía laparoscópica, Cirugía Mayor Ambulatoria.

P-70 VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA TIROIDEA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO EN UN HOSPITAL GENERAL

A. Hugue, J. de la Cruz, E. Sánchez, J. Barja, L. A. Hidalgo, X. Suñol

Objetivos: La Cirugía sin Ingreso (CSI) es una alternativa válida en la cirugía tiroidea, si bien existe cierta controversia en cuanto a la hospitalización convencional. En nuestro centro poseemos una Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI) de largo recorrido, con gran cantidad de procedimientos y unos índices de calidad exhaustivos y validados. Presentamos los resultados de nuestra unidad en relación a la patología tiroidea, en el periodo 2008-2016.

Métodos: La CSI en patología tiroidea requiere de una guía clínica, con unos parámetros ajustados, validados y contrastados, con unos criterios de inclusión, bocio unio multinodular, cuyo tamaño nodular no sea mayor de 50 mm, eutiroidea, aceptación del paciente, en una área de residencia y acompañante durante 48 h, y unos criterios de exclusión como patología médico-quirúrgica asociada, patología neoplásica, hiperfuncionante, complejidad del acto quirúrgico, o no voluntariedad por parte del paciente.

Conclusiones: En este periodo 2008-2016 se intervienen un total de 461 pacientes, 171 de ellos en régimen de CSI (37 %), la mayoría mujeres (78 %) con una edad media de

46 años. Ninguna complicación mayor, ninguna reintervención, EVA al alta de 2 y a las 24 h de 1. Complicaciones menores como equimosis en la herida, náuseas y vómitos, ninguna hipocalcemia. Estancia mínima en reanimación 2 horas y en la UCSI de 6 horas. Ingreso en planta de hospitalización por voluntariedad del paciente, ampliación del acto quirúrgico o por error en la programación. En los últimos años aumento de la complejidad quirúrgica. La CSI en patología tiroidea es una alternativa válida a la hospitalización convencional, siguiendo unos criterios validados y contrastados, en una UCSI con cirujanos con larga experiencia, tanto en patología tiroidea como en CSI.

Palabras clave: Cirugía tiroidea, cirugía sin ingreso.

P-71 TOTALLY IMPLANTABLE VENOUS ACCESS DEVICES: WHAT HAVE WE DONE IN THE LAST 2 YEARS?

J. Pereira Pinto, C. Leite, M. J. Diogo, C. Casemiro

Objectives: Totally implantable venous access devices (TIVAD) have a major role in patients who are undergoing for chemotherapy treatment and constitute an important activity in the Ambulatory Surgery Unit (ASU). Thus, we made a retrospective study concerning the efficacy and success of TIVAD insertion, use and device-related complications.

Methods: A total of 196 placed TIVADs between January 2015 and December 2016 were included in this study (52.5 % male, 47.5 % female, median age 69 years old). We assess age, gender, cancer type, puncture site and sidedness, success of puncture and complications rate

Conclusions: 179 TIVADs were inserted with fully success. The cumulative complication rate was 5.02 % resulting in 9 removals, 5 related to port-associated blood stream infection, 3 related to catheter exteriorizations and 1 due to bilateral pneumothorax. There were 8 unsuccessful insertions (4.47 %) and 13 catheters (7.26 %) inserted in a vascular access site different from the initial choice. The preferred insertion site was the right subclavian vein (90.5 %) followed by left subclavian vein (7.26 %) and right internal jugular vein (2.24 %). 4 TIVADs insertion were eco-guided. The main cancer type observed were colon cancer (37.43 %) followed by rectum cancer (14.53 %) and stomach cancer (12.84 %). In conclusion, TIVADs are a safe and well tolerated way to administer chemotherapy drugs and its colocation in the ASU is an added value because of the know-how and experience of surgeons used to this type of procedures. Yet, we find a lot of problems getting the data to do this work due to lack of information or incorrect registration of the TIVADs-related procedure. Also, we find that surgeons on our ASU have different approaches and knowledge concerning the TIVADs, sometimes different from the evidence-

based best practices. So we create a registration form for the TIVADs procedure regarding its own specificities and made a protocol revising the best practices concerning catheter insertion and complications management.

Keywords: TIVAD, cáncer.

P-72 ELASTOFIBROMA DORSI: AN UNCOMMON SOFT TISSUE TUMOR

J. Pereira Pinto, C. Leite, M. J. Diogo, C. Casemiro

Objectives: Elastofibroma Dorsi (ED) is a rare, benign, soft-tissue tumor typically located in the back at the subscapular region, between the latissimus dorsi and rhomboid muscle. In most cases is unilateral but in approximately 10 % of the cases could be bilateral. We report two cases of ED, one unilateral and another bilateral, which were observed in our Ambulatory Surgery Unit (ASU) and review the main aspects of this condition.

Methods: 2 patients were identified with a diagnosis of ED from our ASU database. The clinical presentation, diagnosis, pathological and imagiological findings and long-term outcomes were evaluated.

Conclusions: The patients were initially observed because of painful scapular movements due to the increase of a solid mass in this location. Ultrasonography imaging was performed to diagnostic clarification. The patients underwent total lesion excision under general anesthesia and samples were removed to histopathological analysis. Macroscopically, the two specimens had a hard elastic consistence and placed sticky to the thoracic wall. Microscopically, the confirmation of ED was achieved. No long-term complications were reported. In conclusion, ED is an under-diagnosed soft tissue tumor that should be included in the differential diagnosis of a superficial mass. Surgery is the main treatment option when this condition is symptomatic and has low complications and very good long-term results.

Keywords: Elastofibroma Dorsi.

P-73 CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA. ¿ES POSIBLE SU APLICACIÓN EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA?

J. Rivas Becerra, J. Turiño Luque, S. Nicolás de Cabo, A. J. Cabello Burgos, A. Martínez Ferriz, J. Santoyo Santoyo

Objetivos: Conocer nuestros resultados en el abordaje de la hernia inguinal por laparoscopia.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos desde 2009 hasta 2015 (Periodo 1) y prospectivo desde 2015 hasta marzo de 2017 (Periodo 2). Generación de base de datos y análisis mediante el programa Microsoft Excell 2010 y SPSS 15.0. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas para valores de $p < 0,05$.

Conclusiones: Se han intervenido 97 pacientes: periodo 1 $n = 49$; periodo 2 $n = 48$. Indicación hernia inguinal (unilateral/bilateral): periodo 1 (33/15); periodo 2 (10/38) ($p < 0,001$). Hernia inguinal (primaria/recurrente): periodo 1 (45/4); periodo 2 (43/5) ($p = 0,702$). Técnica empleada (TEP/TAPP): periodo 1 (38/11); periodo 2 (47/1) ($p < 0,02$). Estancia hospitalaria: periodo 2: mediana 1 día ($DS \pm 0,45$). Tasa de pernocta no planificada: periodo 1: no disponible; periodo 2: 33,3 % ($n = 8$). Causas de pernocta no planificada: mareos, vómitos 66,8 % ($n = 6$); dolor 16,6 % ($n = 1$); propio paciente 16,6 % ($n = 1$). Mediana escala EVA: periodo 1: no disponible; periodo 2: al alta 2 ($DS \pm 0,516$); al mes 0 ($DS \pm 1,95$). Recidivas observadas: periodo 1: 10,2 % ($n = 5$); periodo 2: 2,1 % ($n = 1$) ($p = 0,097$).

Conclusiones: La laparoscopia en el tratamiento de la hernia inguinal es una técnica factible en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria, si bien en la actualidad está centrada en la unilateralidad. La mejora de nuestra curva de aprendizaje permitirá aplicar dicho régimen en la hernia bilateral.

Palabras clave: Hernia inguinal, laparoscopia, CMA, TEP.

P-74 MANEJO DE LA CIRUGÍA PERCUTÁNEA DE PIE EN RÉGIMEN AMBULATORIO

D. Cachero Martínez, J. C. Gutiérrez del Valle, M. Jirout Conde, M. Jover, G. A. Cuadros Mendoza, A. Gadañón García

Objetivos: Valorar el manejo ambulatorio protocolizado de los pacientes sometidos a cirugía percutánea de pie (hallux valgus, dedo en martillo, metatarsalgias, y otras deformidades de pie).

Métodos: El procedimiento habitual con estos pacientes es:

- Consulta preanestésica y recomendaciones previas al ingreso en la unidad: ayuno, evitar AINE durante las 48 horas previas a la intervención y llevar zapato ortopédico de suela plana dura, específico para cirugía de ante pie.
- Ingreso en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria media hora antes de la intervención, realización del *check-list* con control de constantes habituales y señalización gráfica del pie intervenido.

- Salida hacia quirófano. Realización en quirófano de anestesia locorregional bajo sedación: bloqueo de nervio tibial posterior, peroneo superficial y peroneo profundo, asociando bloqueo de nervio sural cuando la intervención requiera actuación sobre 4º y 5º radios menores. Duración de la intervención aproximada de 1 hora (dependiendo de la complejidad de la deformidad).
- Regreso a la UCMA: con vendaje corrector colocado bajo control de escopia y zapato ortopédico, permitiéndose el apoyo inmediato de la extremidad intervenida con dicho zapato. Inicio de tolerancia oral inmediata. Analgesia multimodal con paracetamol y AINE. Estancia postoperatoria de aproximadamente 30-45 minutos, siendo alta con las recomendaciones analgésicas y de profilaxis antitrombótica (HBPM s.c. durante 10 días).
- Revisiones ambulatorias tras 1, 2, 4 y 6 semanas, en las que se retira el vendaje corrector y los puntos de sutura, manteniendo un separador de silicona, esparadrapo y calzado ortopédico que posteriormente se retira.

Resultados: Se realizaron un total de 44 intervenciones en 2015, con un índice de sustitución del 39,29 %, sin que se notificaran complicaciones ni necesidad de ingreso hospitalario.

Conclusiones: La cirugía percutánea del pie es un procedimiento quirúrgico subsidiario de realizarse en régimen ambulatorio con excelentes resultados.

Palabras clave: Pie, traumatología.

P-75 EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA CON CIERRE DEL DEFECTO. NUEVO RETO DE AMBULATORIZACIÓN: AVANCES TÉCNICOS CON CATÉTERES ANESTÉSICOS

J. M. Suárez Grau, J. Gómez Menchero, J. A. Bellido Luque, J. F. Guadalajara Jurado

Objetivos: La eventroplastia laparoscópica con cierre del defecto cuenta con las ventajas de la cirugía laparoscópica, pero con mayor índice de dolor por el cierre a tensión. Proponemos mejoras técnicas con el uso de catéteres anestésicos para mejorar la recuperación e intentar la ambulatorización de proceso.

Métodos: Realizamos un estudio en 20 pacientes con eventración. Se realizó eventroplastia laparoscópica en hernia ventral postlaparotómica de menos de 5 cm de diámetro (M2-3 W2, según clasificación de EHS) con cierre del defecto (V-locK 1.0) y fijación traumática con tackers metálicos, técnica de doble corona usando malla Dynamesh IPOM (tamaño de 15 x 20 cm). El seguimiento se realizó durante 1 año. Grupo de estudio: 10 pacientes (3 mujeres/7 hombres);

edad: (33-65 años); técnica estándar + colocación de catéter de infusión continua de ropivacaína (48 h). Grupo control: 10 pacientes (3 mujeres/7 hombres); edad: (36-55 años). Se realizó técnica estándar (eventroplastia laparoscópica). *Análisis de factores:* comparamos los resultados entre los dos grupos de pacientes (10 controles y 10 objetos de estudio) con similares criterios de inclusión y exclusión y similares hernias reparadas de igual forma (cierre del defecto y eventroplastia laparoscópica). Medición del dolor mediante escala analógica visual (EVA), y de posibles complicaciones (tumoración, seroma, hematoma, infección) en:

- Postoperatorio inmediato (4-6 horas tras el procedimiento).
- A las 24 horas del procedimiento, previo al alta.
- En la primera semana (revisión en consultas): petición de TAC de pared abdominal para valorar seroma (para valorar si la infusión de anestésico durante las 48 horas influencia en el aumento del seroma postquirúrgico en al eventroplastia laparoscópica).
- Al mes (revisión en consulta, previa al alta para volver a realizar sus actividades cotidianas tanto laborales como sociales).
- A los 6 meses.

Resultados: En el grupo de estudio no observamos aumento del seroma postoperatorio, existiendo el mismo tipo de seroma (Tipo I-II) que en intervenciones sin uso de catéter (en exploración y control por TAC). No existieron otras alteraciones (hematomas, infección, enrojecimiento, etc.). Comprobamos una disminución del EVA postoperatorio inmediato del 50 % en todos los casos con catéter al alta y a la semana ($p < 0,01$), comparado con el grupo control) y prácticamente ausencia del dolor en la primera revisión en consulta al mes y a los 6 meses.

Conclusiones: Mejor control y confort postoperatorio. Ausencia de complicaciones. Gran aceptación por los pacientes. Aumento del tiempo quirúrgico 10 minutos por intervención. Explicaciones al alta y revisión para retirar el catéter. Posibilidad de aplicación de cara a régimen CMA o corta estancia. En el análisis contrastado con el grupo control hay una disminución del 50 % aproximadamente del dolor en todas las revisiones precoces frente al grupo control.

Palabras clave: Hernia, eventración, laparoscopia, CMA.

P-76 NUEVA ALTERNATIVA EN HEMORROIDECTOMÍA. TÉCNICA RAFFAELLO (RADIOFRECUENCIA PARA PATOLOGÍA HEMORROIDAL)

J. M. Suárez Grau, A. Bellido Luque, J. Gómez Menchero, J. A. Bellido Luque, J. F. Guadalajara Jurado

Objetivos: La cirugía hemorroidal es una de las técnicas con mayor extensión en las unidades de CMA. La hospitalización de este tipo de patología suele ser por dolor en la zona perianal, y es un motivo muy frecuente de reingreso. El uso de nuevas técnicas quirúrgicas son de gran ayuda para mantener el índice de ambulatorización del proceso. Presentamos el uso de radiofrecuencia en hemorroides. La técnica se denomina Raffaello.

Métodos: Este tipo de cirugía se realiza en pacientes con hemorroides clínicamente manifiestas (dolor, sangrado, etc.), con síntomas mayor de 6 meses y con indicación quirúrgica. Está indicado en hemorroides Tipo II y III. No precisa de anestesia raquídea ni general. Se puede realizar con sedación y anestesia local.

Resultados: Los resultados en los primeros casos han sido satisfactorios. Todos los pacientes fueron alta a las 4 horas del proceso y no existió complicaciones en nuestra serie. No existió ningún reingreso. Los pacientes se han recuperado con un seguimiento de 6 meses.

Conclusiones: Actualmente tenemos varias alternativas a las técnicas exérecas en la cirugía hemorroidal. Una de las nuevas y más prometedoras es la técnica Raffaello usando radiofrecuencia.

Palabras clave: Hemorroides, CMA, Raffaello, radiofrecuencia.

P-77 COLECISTECTOMÍA AMBULATORIA, 4 AÑOS DEL INICIO DE UN PROTOCOLO

E. Sánchez, J. de la Cruz, A. Hugue, L. A. Hidalgo, X. Suñol

Objetivos: La colecistectomía en régimen de Cirugía Sin Ingreso (CSI) es un procedimiento válido y seguro, en pacientes seleccionados, con un protocolo y guía clínica adecuada a este procedimiento. Nuestro centro posee una Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI) de largo recorrido, con gran cantidad de procedimientos, una solidez contrastada y controles de calidad exhaustivos.

Métodos: Se inicia un programa de colecistectomía en régimen de CSI. Se establecen los criterios de inclusión, edad < 70 años, participación voluntaria, ASA I-II, tiempo quirúrgico < 1 h, no complicaciones en el acto quirúrgico, estará acompañado mínimo 24 h y en un entorno social responsable y criterios de exclusión, alergia a anestésicos locales, obesidad, EPOC, tratamiento con anticoagulantes, colecistitis previas, cirugía supramesocólica, cirugía > 1 h, voluntariedad del paciente. Se define la técnica quirúrgica y anestésica. Se evalúa el índice de sustitución, los ingresos no planteados, el tiempo en la UCSI, las com-

plicaciones inmediatas, el dolor, la valoración por parte del paciente.

Conclusiones: El periodo junio 2013-diciembre 2016 se intervienen un total de 737 pacientes de colecistectomía laparoscópica, de ellos 215 (29 %) se proponen vía UCSI y de estos 144 (19 %) completan el régimen de CSI. El tiempo mínimo de estada en reanimación postquirúrgica es de 3 h y de estada en la UCSI es de 6 h. El dolor al alta es de EVA 2 y a las 24 h < 1. Los pacientes que finalmente no completaron el régimen de CSI fue por voluntad propia, complicaciones/tiempo quirúrgico, náuseas/vómitos. La colecistectomía en régimen de CSI es una alternativa válida a la cirugía con ingreso. Validamos la guía clínica inicial, se introducen modificaciones una vez evaluados los primeros resultados.

Palabras clave: Colecistectomía ambulatoria, cirugía sin ingreso.

P-78 RESULTADOS DEL EMPLEO A LARGO PLAZO DEL BLOQUEO NERVIOSO SELECTIVO EN LA PATOLOGÍA DE LA PARED ABDOMINAL EN UNA UNIDAD INTEGRADA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

V. Vega Ruiz, A. Díez Núñez, A. Moreno Arciniegas, G. M. Mendoza Esparrel, J. M. Salas Álvarez, F. J. Campos Martínez

Objetivos: Analizar los resultados en el tratamiento quirúrgico de la patología de la pared abdominal en régimen de CMA mediante el empleo del bloqueo nervioso selectivo (BNS) frente a otras técnicas anestésicas en una unidad integrada de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en un Hospital General de Especialidades.

Métodos: Durante el periodo comprendido entre los meses de abril 2009-diciembre 2016 fueron intervenidos un total de 1.105 pacientes con patología de la pared abdominal en régimen de CMA en el Hospital Universitario de Puerto Real (HUPR). Las patologías intervenidas fueron las siguientes: hernia inguinal 792, hernia crural 24, hernia umbilical 251, hernia epigástrica 33 y 5 inguinodinia. Las técnicas anestésicas empleadas fueron las siguientes: BNS + mascarilla laríngea (ML) 145 pacientes (13,12 %); BNS + sedación 510 pacientes (46,2 %); bloqueo intradural 442 pacientes (40 %). En las hernias inguinales se realizó BNS de los nervios iliohipogástrico, ilioinguinal y genitocrural. En las hernias de la línea media se realizó bloqueo anterior rectal y TAP. Los criterios de inclusión fueron los sociales de CMA y anestésicos ASA I-III compensado. Todos los bloqueos nerviosos fueron realizados por el cirujano, empleando mepivacaína + bupivacaína 0,1 + 0,25 % sin vasoconstrictor, aguja retrobulbar 25 G de 45 mm y técnica anestésica según el capítulo II de la Guía Clínica Pared

Abdominal de la AEC. Para el bloqueo TAP se realizó apoyo ultrasonográfico de forma habitual.

Conclusiones: Tras el periodo operatorio, todos los pacientes intervenidos mediante local + sedación pasaron directamente a sillón sin pasar a cama de URP. El alta se produjo en las siguientes 3-5 h en la práctica totalidad de los pacientes intervenidos por bloqueo a diferencia de los intervenidos con bloqueo intradural raquídeo que requirieron un periodo superior a 8 h en su mayoría. El equipo multidisciplinar realizó control telefónico al día siguiente y revisiones posteriores por cirujano de referencia. No hubo reingresos en pacientes intervenidos con bloqueo. Hubo 5 reingresos en pacientes con anestesia raquídea (dos cefaleas, dos retenciones urinarias con necesidad de sondaje y 1 mal control del dolor). Ha habido cuatro casos de hematoma escrotal que no precisaron drenaje quirúrgico. El índice de satisfacción del paciente fue superior al 85 % en técnicas de bloqueo (encuesta escrita). El uso de bloqueo anestésico selectivo con sedación en régimen de CMA y alta es seguro, eficaz y mantiene un alto grado de satisfacción en los pacientes. Conlleva a una estancia postoperatoria mínima y una reducción en la tasa de morbilidad. Abogamos por su uso prioritario

Keywords: CMA, pared abdominal, bloqueo nervioso selectivo, fast-track.

P-79 RESULTADOS DEL EMPLEO A LARGO PLAZO DEL BLOQUEO PUDENDO EN COLOPROCTOLOGÍA EN UNA UNIDAD INTEGRADA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

V. Vega Ruiz, A. Díez Núñez, A. Moreno Arciniegas, G. M. Mendoza Esparrel, J. M. Salas Álvarez, F. J. Campos Martínez

Objetivos: Analizar los resultados en el tratamiento quirúrgico de la patología coloproctológica en régimen de CMA mediante el empleo del bloqueo pudendo (BP) frente a otras técnicas anestésicas en una unidad integrada de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) en un Hospital General de Especialidades.

Métodos: Durante el periodo comprendido entre los meses de abril 2009-diciembre 2016 fueron intervenidos un total de 1.014 pacientes con patología proctológica en régimen de CMA en el Hospital Universitario de Puerto Real (HUPR). Las patologías intervenidas fueron las siguientes: fístula perianal 163, fisura anal 122, hemorroides 159 y sinus pilonidal 300. Las técnicas anestésicas empleadas fueron las siguientes: anestesia local + bloqueo pudendo 513 pacientes (50,6 %); bloqueo intradural 501 pacientes (49,4 %). Los criterios de inclusión fueron los socia-

les de CMA y anestésicos ASA I-III compensado. Todos los bloqueos nerviosos fueron realizados por el cirujano, empleando mepivacaína + bupivacaína 0,1 + 0,25 % con vasoconstrictor, aguja retrobulbar 25 G de 45 mm, para realizar la infiltración interesfinteriana bilateral y bloqueo perineal pudiendo con el paciente en posición de decúbito prono en navaja mediante rodillo ventral neumático.

Conclusiones: Tras el periodo operatorio, todos los pacientes intervenidos mediante local + bloqueo pasaron directamente a sillón sin pasar a cama de URP. El alta se produjo en las siguientes 3-5 h en la práctica totalidad de los pacientes intervenidos por bloqueo pudiendo a diferencia de los intervenidos con bloqueo intradural raquídeo que requirieron un periodo superior a 8 h en su mayoría. El equipo multidisciplinar realizó control telefónico al día siguiente y revisiones posteriores por cirujano de referencia. No hubo reingresos en pacientes intervenidos con bloqueo. Hubo 7 reingresos en pacientes con anestesia raquídea (dos cefaleas, dos retenciones urinarias con necesidad de sondaje y 3 por dolor no controlado). En el seguimiento hubo tres casos de abscesos anales postcirugía que requirieron drenaje quirúrgico que fue realizado en dos casos con anestesia local y uno con raquianestesia. El índice de satisfacción del paciente fue superior al 85 % en técnicas de bloqueo (encuesta escrita). El uso de bloqueo anestésico selectivo pudiendo con sedación en régimen de CMA y alta es seguro, eficaz y mantiene un alto grado de satisfacción en los pacientes. Conlleva a una estancia postoperatoria mínima y una reducción en la tasa de morbilidad. Abogamos por su uso prioritario frente a la anestesia con bloqueo intradural en patología coloproctológica en CMA.

Palabras clave: CMA, proctología, bloqueo pudendo, fast-track.

P-80 CIRUGÍA DE DELORME COMO POSIBILIDAD TERAPÉUTICA PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO RECTAL EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y CORTA ESTANCIA

S. Nicolás de Cabo, A. J. Cabello Burgos, J. Rivas Becerra, J. Damián Turiño-Luque, A. Martínez Ferriz, J. Santoyo Santoyo

Objetivos: Técnica de Delorme como posibilidad terapéutica en la actualidad para el tratamiento del prolapso rectal en paciente joven en una unidad de CMA y corta estancia.

Métodos: Paciente mujer de 29 años, con antecedentes ginecológicos de tres gestaciones (un aborto y dos partos) y estreñimiento crónico, acude a consulta de cirugía por prolapso rectal mucoso grado III asociado a sangrado con el esfuerzo defecatorio, tras realización de tratamiento conser-

vador sin mejoría durante 2 años. A la exploración muestra descenso del suelo pélvico, rectocele grado II, hemorroides grado IV y prolapso mucosos de aproximadamente 3-4 cm. En colonoscopia previa se describen hemorroides internas con signos de sangrado y pólipo cloacogénico que se reseca, con AP de lesión benigna. La paciente es intervenida bajo anestesia raquídea, realizándose reparación del prolapso rectal mediante técnica de Delorme, con alta precoz sin incidencias. En seguimiento en consulta se constata buen resultado funcional, continencia conservada, buen tono esfinteriano y mejoría del estreñimiento que presentaba.

Conclusiones: La cirugía de Delorme es uno de los posibles tratamientos quirúrgico para el propaso rectal. Clásicamente se ha utilizado en pacientes de edad avanzada o alto riesgo quirúrgico por su carácter menos invasivo, la posibilidad de anestesia locoregional y su baja morbilidad. Se realiza en prolapso de corta longitud < 3-4 cm y está asociado a mejoría significativa del estreñimiento previo a la cirugía y a menor tasa de estreñimiento *de novo*, al compararlo con las técnicas abiertas. Aunque se ha hablado de una mayor tendencia a la recidiva comparándolo con la cirugía abierta, en grandes series a largo plazo estas diferencias dejan de ser significativas y estudios realizados en pacientes de edad media demuestran buenos resultados a > 2 años. Como conclusión, el Delorme es una técnica válida y segura tanto para pacientes de alto riesgo quirúrgico como para jóvenes con alteraciones del tránsito o en los que se prefiera realizar una cirugía menos agresiva, pudiéndose realizar con la infraestructura adecuada en unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria y corta estancia.

Palabras clave: Delorme, prolapso rectal, Cirugía Mayor Ambulatoria.

P-81 HIPERTROFIA DE CORNETE INFERIOR: TURBINOPLASTIA CON RADIOFRECUENCIA

A. M. Peña de la Cruz, E. Sánchez Gaitán, J. Espadas Barba, N. Morales Clemente, J. Plazuelo Lozano, R. Luque Ruiz

Objetivos: La turbinoplastia con radiofrecuencia es la técnica quirúrgica que tiene como finalidad disminuir el tamaño de los cornetes inferiores, para facilitar una mayor permeabilidad nasal y aumentar la presión y el flujo respiratorio. Esta técnica quirúrgica se presenta entre los profesionales sanitarios como una herramienta terapéutica rápida y segura, así como una alternativa más beneficiosa y menos agresiva, que permite la reincorporación rápida del paciente a su vida cotidiana.

Métodos: Los cornetes nasales inferiores se disponen de forma alargada en el interior de la cavidad nasal y actúan de filtro de aire. En situaciones concretas actúan más de lo habitual, hipertrofiándose o dilatándose debido a un aumento de tamaño de los vasos sanguíneos que los irrigan. Esta

hipertrofia provoca una obstrucción del paso de aire e impide una correcta respiración, que obliga al paciente a respirar por la boca, provocando afonías, ronqueras, dolor de garganta, tos irritativa y trastornos del sueño. Con la turbinoplastia por radiofrecuencia se consigue la disminución del tamaño de estos cornetes, que facilita al paciente una mayor permeabilidad nasal y aumenta la presión y el flujo respiratorio. Es un procedimiento sencillo. Se realiza a través de un aplicador de radiofrecuencia con un electrodo bipolar a una frecuencia muy alta. La técnica consiste en aplicar calor (temperaturas próximas a 70-75 °C) directamente por debajo de la capa superficial del cornete inferior, reduciendo el tamaño de los tejidos hipertrofiados. La energía de radiofrecuencia se aplica en la cabeza, el cuerpo y la cola del cornete, creando así una zona de coagulación, de manera que los vasos sanguíneos que los irrigan, y que habían sufrido una vasodilatación, vuelven a recuperar su estado y tamaño normal.

Ventajas: mínimos riesgos de la anestesia (se realiza con anestesia local y/o sedación). Proceso rápido. Se realiza en unidades de CMA, no requiriendo ingreso hospitalario. Escasa presencia de hemorragias nasales. Bajo riesgo de infecciones postoperatorias ni necesidad de antibiótico. Mínimos requerimientos analgésicos. Cuidados postquirúrgicos de corta duración (15 días -1 mes).

Complicaciones: discreta rinorrea sanguinolenta en el postoperatorio inmediato. Presencia de costras postoperatorias, que desaparecen en un mes. Disminución leve de la capacidad olfativa, reversible una vez terminado el periodo de cicatrización.

Conclusiones: La turbinoplastia por radiofrecuencia es un procedimiento quirúrgico sencillo, que no requiere hospitalización y con un postoperatorio rápido y prácticamente indoloro. Las complicaciones de este procedimiento son escasas, y superadas de forma notoria por las numerosas ventajas que conlleva. Se presenta como una herramienta terapéutica segura y eficaz, de excelentes resultados, y con un porcentaje de éxitos en torno al 90 %. Además, es una técnica poco agresiva y con múltiples beneficios para el paciente, ya que es una cirugía que no deja cicatrices, no causa grandes trastornos en su vida diaria y le permite una vuelta casi inmediata a su rutina habitual.

Palabras clave: Cornetes nasales, hipertrofia, tratamiento por radiofrecuencia pulsada.

P-83 ESTUDIO DEL DOLOR POSTOPERATORIO INMEDIATO PERCIBIDO POR EL PACIENTE TRAS CIRUGÍA EN RÉGIMEN AMBULATORIO

R. Cobos Cuesta, I. Martínez Casas, J. Lucena López, R. Ortega Higuero, M. A. Madero Morales, J. M. Capitán Vallvey

Objetivos: El control del dolor postoperatorio es de vital importancia para el éxito de la Cirugía Mayor Ambulatoria. La escala visual analógica (EVA) es una herramienta útil para conocer el grado de dolor y la idoneidad de las pautas de analgesia.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de base de datos prospectiva (enero 2015-marzo 2017) sobre el dolor postoperatorio tras CMA. La pauta analgésica postoperatoria fue común para todos los pacientes. La variable principal es el dolor percibido por el paciente tras CMA mediante la valoración de la EVA previa al alta. Se estudian variables demográficas, el tipo de cirugía y técnica anestésica realizadas. Para el análisis se emplean test de comparaciones de medias.

Conclusiones: En el periodo de estudio se han intervenido 1.773 pacientes. Son varones en el 67 %, con una edad media (\pm DE) de 50 ± 23 años. Los procesos realizados fueron: cirugías de pared (hernias inguinales, umbilicales y eventraciones) 63 %, colecistectomías 14 %, sinus pilonidales 13 %, y coloproctología 10 %. En 70 casos (4 %) se realizan dos intervenciones combinadas. En el 43 % se realiza anestesia raquídea, general en el 28 %, local con sedación 19 %, local en el 9 % y en un 1 % se requiere cambio de estrategia anestésica. La mayoría de pacientes (58 %) presentan cierto grado de dolor, si bien es mayoritariamente leve. Las mujeres manifiestan significativamente más dolor ($1,22 \pm 1,5$ vs. $1,62 \pm 1,7$; $p < 0,0001$). Por grupos diagnósticos y procedimientos, los pacientes sometidos a colecistectomía son los que presentan significativamente más dolor, seguidos de las cirugías de pared (hernias inguinales). Los pacientes con anestesia local presentan significativamente menos dolor comparados con los que reciben anestesia raquídea o general. Los pacientes sometidos a más de un procedimiento no tienen más dolor ($1,59 \pm 1,6$ vs. $1,34 \pm 1,6$; $p = 0,21$).

Palabras clave: Dolor, EVA, CMA, estudio.

P-84 EFECTO DE LA APLICACIÓN DE BUPIVACAÍNA EN EL LECHO DE LA VESÍCULA EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN CMA

C. Ruiz Marín, A. Reguera Teba, M. A. Madero Morales, J. M. Capitán Vallvey

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar la efectividad de la infiltración con anestesia local a nivel del lecho quirúrgico en colecistectomía laparoscópica en CMA, para reducir el dolor postoperatorio.

Métodos: El presente estudio es retrospectivo, analizando los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica

en CMA desde enero de 2015 hasta marzo de 2017. Los datos categóricos se compararon con porcentajes y test de Fischer. Para las náuseas y vómitos se siguió el método de Chi cuadrado. Para analizar el dolor se siguió el método general lineal.

Resultados: Se operaron 320 pacientes, de los cuales fueron incluidos en el estudio 224. 174 con infiltración y 47 sin infiltración. La media de edad fue de 48 años (16-81), con predominancia en sexo femenino (4:1) y un porcentaje de ASA I-II del 87 %. El tiempo quirúrgico medio fue de 49 minutos (10-120). No se halló disminución de las náuseas y vómitos. El grado del dolor fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$) en el grupo con irrigación con bupivacaína.

Conclusión: La irrigación de bupivacaína en el lecho quirúrgico de las colecistectomías laparoscópicas, controla el dolor durante las primeras 24 horas, favoreciendo el alta precoz de los pacientes en régimen de CMA.

Palabras clave: Bupivacaína, colecistectomía laparoscópica, Cirugía Mayor Ambulatoria.

P-85 TRATAMIENTO CIRÚRGICO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA: EXPERIÊNCIA DE 3 ANOS DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

T. Feiteira Fonseca, A. Alves, J. Costa, R. Sousa, G. Gonçalves, M. Nora

Objetivos: A doença hemorroidária constitui uma das patologias ano-retais mais comuns, verificando-se uma prevalência elevada na população geral. O tratamento cirúrgico na doença hemorroidária pretende oferecer um tratamento definitivo e eficaz. Nos últimos anos, com um maior reconhecimento clínico, padronização de técnicas cirúrgicas e dos cuidados perioperatórios, tem-se constatado uma acentuada diminuição da morbidade associada à cirurgia da doença hemorroidária. Os autores apresentam a sua série de cirurgia da doença hemorroidária, revendo indicações, via de abordagem, técnica cirúrgica e morbi-mortalidade, nos primeiros 30 dias de pós-operatório.

Métodos: Estudo retrospectivo baseado na consulta do processo clínico dos doentes submetidos a tratamento cirúrgico de hemorroidas, no período compreendido entre Janeiro de 2014 e Dezembro de 2016, na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga.

Conclusões: 226 doentes, com média de idade de 49 anos, foram submetidos a tratamento cirúrgico de hemorroidas; Hemorroidopexia por técnica de Longo (177), Hemorroidectomia (Ferguson: 28; Miligan-Morgan: 12); Exérese de

Hemorroidas externas (9). Duração média do procedimento foi de 30 minutos; 122 (54 %) eram do sexo masculino. Todos os doentes integraram o plano de cirurgia de ambulatório. A morbilidade global foi de 4 %. A taxa de admissão no Serviço de Urgência foi de 10,6 %: dor intensa no pós-operatório (12); hemorragia (7); trombose hemorroidária (2); cefaleias (2); retenção urinária (1). Taxa de internamento foi de 1,8 %. 3 doentes foram re-intervencionados para controlo de hemorragia. Não houve registo de mortalidade. Os resultados obtidos na nossa série são sobreponíveis com os observados na literatura. Há necessidade de um reforço educacional dos doentes. A cirurgia proctológica em regime de ambulatório apresenta baixa morbimortalidade, sendo fundamental para o seu sucesso a seleção criteriosa dos doentes.

Palabras clave: Doença hemorroidária, hemorroidopexia, hemorroidectomia.

P-86 HIPERHIDROSIS EN RÉGIMEN AMBULATORIO

I. Capitán del Río, A. Corma-Gómez, J. Solé Montserrat, J. M. Capitán Vallvey

Introducción: La hiperhidrosis, o exceso de sudor impredecible e incontrolable, afecta fundamentalmente a manos, axilas y pies. Requiere, en casos graves, un tratamiento quirúrgico.

Objetivo: Describir el manejo quirúrgico y la evolución de los casos de hiperhidrosis intervenidos en el Hospital Vall d'Hebrón, y analizar los factores relacionados con la estancia hospitalaria.

Métodos: Serie de casos, transversal retrospectiva, descriptiva y analítica, entre noviembre de 2009 y enero de 2017, en el área de salud dependiente del Hospital Vall d'Hebrón. Se seleccionaron los casos diagnosticados de hiperhidrosis tratados mediante cirugía. *Variables:* sociodemográficas, antecedentes personales, diagnóstico, relativas al proceso asistencial y evolutivas. Se realizó un análisis descriptivo (frecuencias absolutas y relativas; medidas de tendencia central, dispersión, posición), bivariante (Chi cuadrado, Mann-Whitney U, Pearson) y multivariante mediante regresión lineal múltiple para determinar la variabilidad del tiempo de estancia hospitalaria por las demás covariables del modelo. El análisis se llevó a cabo con Microsoft Excel y SPSS v.20.

Resultados: Se incluyeron 119 pacientes (46,3 % hombres, 53,7 % mujeres). La edad media fue 28,6 años. El 34,5 % presentaba alguna comorbilidad relevante. El 63,9 % eran ASA I. Los diagnósticos más frecuentes fueron la hiperhidrosis palmar y la axilo-palmo-plantar (23,5 % en ambos casos). Se registraron 7,4 % de clipajes y 89,9 % simpaticotomías, siendo los niveles más frecuentes R3-R4 en ambas

(55,6 y 44,7 %, respectivamente). La complicación más frecuentes en el postoperatorio inmediato fue el neumotórax (26,1 %); el 66,7 % se resolvió espontáneamente. La aparición de complicaciones aumentó la estancia media en 0,893 días ([0,451;1,334] $p = 0,000$), y la realización de simpaticotomías en 1.268 ([0,475; 2,061] $p = 0,002$). Bajo régimen de CMA se intervino el 30,3 % de los pacientes, 41,7 % con alta en régimen ambulatorio, siendo la estancia media de 0,49 días menor ($p = 0,000$). En régimen con ingreso se intervino el 69,7 % en un periodo de tiempo en el que se anuló en programa de CMA; en este periodo el 69,9 % permaneció hospitalizado 1 día, no presentando ninguna complicación el 79,3 %.

Conclusión: Es beneficioso implementar el régimen de CMA para hiperhidrosis, puesto que la gran mayoría de pacientes pueden ser dados de alta ambulatoria sin ninguna complicación.

Palabras clave: Hiperhidrosis, tratamiento quirúrgico, CMA.

P-87 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: SEGURIDAD Y EFICIENCIA EN RÉGIMEN AMBULATORIO

C. Zaragoza Fernández, G. Valderas Cortés, R. Gómez Contreras, S. Jareño Martínez, L. Costa Claret, A. Serralta Serra

Objetivos: La colecistectomía laparoscópica es el gold estándar del tratamiento quirúrgico de la coledocistitis sintomática. El abordaje mínimamente invasivo ha permitido una pronta recuperación postoperatoria, disminuyendo la estancia hospitalaria hasta permitir su incorporación al régimen de CMA. Dar a conocer el porcentaje de ambulatorización de las colecistectomías laparoscópicas (CLA) realizadas en nuestro servicio de CMA.

Métodos: Entre enero de 1999 y enero de 2017 se intervinieron bajo anestesia general con mascarilla laríngea a 736 pacientes (558 mujeres (75,9 %) y 178 hombres (24,1 %); edad media 51,01 años) afectados de coledocistitis sintomática o con pólipos vesiculares, mediante colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Los criterios de inclusión fueron: coledocistitis sintomática, criterios de CMA, ASA I, II y III bien compensados y aceptación voluntaria del régimen ambulatorio. Tras la intervención pasaron a la URPQ, siendo altados antes de las 12 horas. Se realizó control en consulta externa a los 30 días.

Conclusiones: La principal indicación clínica de CLA fue el cólico biliar en 623 pacientes (84,6 %) y la coledocistitis simple ecográfica en 629 (85,5 %). La CLA se completó en 713 pacientes (96,9 %) requiriendo conversión a

cirugía abierta en 25 (3,4 %). Las causas fueron dificultades técnicas en 11 pacientes (47,8 %), hemoperitoneo en 10 pacientes (43,5 %) y lesión de la vía biliar en 2 pacientes (8,7 %). Se registraron 19 complicaciones postoperatorias: 12 biliorragias, 3 requirieron reintervención; 5 colecciones subhepáticas, 4 de ellas drenadas percutáneamente; y 2 hemoperitoneos que requirieron reintervención, uno a las 24 horas y otro a los 13 días. Permanecieron menos de 12 horas, 371 pacientes (50,4 %), entre 10-23 h, 315 (42,8 %); en total, 686 pacientes (93,2 %) con ingreso inferior a 24 h. 50 pacientes (6,8 %) permanecieron ingresados > 24 h, (32 con ingreso 24-48 h, 15 entre 5-7 días y 3 entre 7-14 días). En consultas externas se registraron 7 eventraciones y 3 coledocolitiasis residuales. Traduciéndose una morbilidad acumulada del 6,6 % (49 pacientes). La colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio es segura, reproducible y presenta un índice de complicaciones y morbilidad similar a las realizadas con ingreso hospitalario.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, cirugía ambulatoria.

P-88 RESULTADOS DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y CORTA ESTANCIA

J. Turiño Luque, S. Nicolás de Cabo, J. Rivas Becerra, A. J. Cabello Burgos, A. Martínez Ferriz, J. Santoyo Santoyo

Objetivos: Conocer los resultados obtenidos en las intervenciones laparoscópicas realizadas por nuestra unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia.

Métodos: Análisis prospectivo desde enero de 2015 hasta marzo de 2017 de los procedimientos realizados por cirugía laparoscópica en nuestra unidad. Se generó una base de datos registrándose: sexo, edad, ASA, tipo de patología, estancia y causas de pernocta no planificada.

Resultados: Durante el periodo de estudio se programaron un total de 2.382 pacientes de los que 429 (18,01 %) se sometieron a un procedimiento de cirugía laparoscópica. De estos, 17 pacientes fueron suspendidos (4 %). De forma global la distribución fue:

- Sexo: 148 hombres y 264 mujeres (35,9 y 64,1 %, respectivamente).
- Edad: mediana 54 años (DS ± 13,95). Rango 19 a 94 años.
- Índice de masa corporal: mediana 26,91 (DS ± 4,52). Rango 16,56-42,29.
- ASA: I (29,6 %), II (63 %), III (4,5 %), no consta (2,9 %).
- Por patologías en régimen de CMA: 89,68 % colelitiasis (n = 252), 6,4 % hernia inguinal unilateral o bilateral

- (n = 18), 3,92 % hernia de hiato o enfermedad por reflujo gastroesofágico (n = 11).
- Tasa de pernocta no planificada fue del 27 % (n = 76). Dentro de cada procedimiento la tasa de pernocta no planificada fue: procedimientos: 27 % colecistectomías (n = 68), 30 % hernioplastia inguinal (n = 6), 18,2 % funduplicatura (n = 2); causas de pernocta no planificada: 68,4 % criterios médicos/anestésicos (n = 52), 25 % criterio del cirujano (n = 19), 5,3 % propio paciente (n = 4), no consta (n = 1); mediana estancia pernocta no planificada 1 día (DS ± 0,79); rango 1-5 días.

El 75 % de los pacientes fueron alta a las 24 horas de la intervención.

Conclusiones: La implantación de técnicas laparoscópicas en Cirugía Mayor Ambulatoria es factible pero mejorable con una correcta selección de los pacientes, coordinación con anestesia y tipo de anestésico empleado, así como optimizando el tratamiento de los síntomas tras la cirugía.

Palabras clave: Cirugía laparoscópica, pernocta no planificada.

P-89 EXPERIENCIA EN CIRUGÍA DE PARED EN NUESTRA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y CORTA ESTANCIA

J. Turiño Luque, S. Nicolás de Cabo, A. J. Cabello Burgos, J. Rivas Becerra, A. Martínez Ferriz, J. Santoyo Santoyo

Objetivos: Conocer nuestros resultados y opciones de mejora en los procedimientos sobre pared abdominal realizadas por nuestra unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia.

Métodos: Análisis prospectivo desde enero de 2015 hasta marzo de 2017. Se generó una base de datos registrándose: sexo, edad, ASA, tipo de patología, estancia, causas de pernocta no planificada. Análisis de los mismos mediante el programa SPSS 15.0 (IBM Statistics).

Resultados: Durante el periodo del estudio se programaron un total de 2.382 pacientes de los que un 52,73 % (n = 1.256) correspondían a patología de pared abdominal. La tasa de desprogramación se situó en el 5,4 % (n = 68). Se intervinieron 1.188 pacientes (1.245 procedimientos) con la siguiente distribución:

- Sexo: 853 hombres y 335 mujeres (71,8 y 28,2 %, respectivamente).
- Edad: mediana 57 años (DS ± 14,22). Rango 16 a 93 años.
- Índice de masa corporal: mediana 26,95 (DS ± 4,37). Rango 15,62 a 41,65.

- ASA: I (24,4 %), II (64,3 %), III (10 %), no consta (1,5 %).
- CMA versus CE: 812 vs. 376 (68,4 vs. 31,6 %).
- Por forma de presentación de la hernia en régimen de CMA (n = 826 [14 pacientes con doble procedimiento]: 50,48 % inguinal unilateral (n = 417), 30,75 % umbilical (n = 254), 4,61 % ventral (n = 38), 4,47 % inguinal recurrente (n = 37), 3,87 % inguino-escrotal (n = 32), 2,91 % inguinal bilateral y por trócar (n = 24 en cada grupo).
- La tasa de pernocta no planificada fue del 29,3 % (n = 154). Por tipo de hernia: 18,22 % inguinal unilateral (n = 76); 8,27 % umbilical (n = 31); 50 % ventral (n = 19); 50 % inguinal bilateral (n = 12), 24,32 % inguinal recurrente (n = 9), 25 % inguino-escrotal (n = 8), 20,8 % hernia por trócar (n = 5). Las causas de pernocta no planificada: 66,2 % criterios médicos/anestésicos (n = 102), 18,8 % criterio del cirujano (n = 29), 7,8 % no consta (n = 12); 3,9 % propio paciente (n = 6), 3,2 % quirófano de tarde (n = 5). La mediana de la estancia pernocta no planificada fue de 1 día (DS \pm 0,84). Rango 1-6 días. El 87 % de los pacientes fueron alta a las 24 horas de la intervención (n = 134).

Conclusiones: La cirugía de pared supone el mayor volumen de trabajo en la Cirugía Mayor Ambulatoria. Nuestra tasa de pernocta no planificada en CMA y CE es elevado y precisamos de una mejora en la selección del paciente, coordinación con anestesia y el control postoperatorio del paciente a fin de acercarnos al estándar.

Palabras clave: Cirugía pared, pernocta no planificada.

P-90 IMPACTO DE LA INTRODUCCIÓN DE TÉCNICAS ONCOPLÁSTICAS EN UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE CÁNCER DE MAMA

J. Jimeno Fraile, A. Martínez Solá, M. Segura Badía, V. Juncá Valdor, N. Argudo Aguirre, L. Grande Posa

Introducción: El tratamiento quirúrgico conservador del cáncer de la mama ha permitido realizarse en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). La introducción de técnicas oncoplásticas (TO) han permitido disminuir la realización de mastectomías, por lo que puede aumentar la posibilidad de realizar esta cirugía en CMA.

Objetivo: Valorar el impacto de la introducción de técnicas oncoplásticas (TO) en la realización de la cirugía de cáncer de mama en régimen de CMA.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de pacientes consecutivas operadas por cáncer de mama entre 2015 y 2016. Se registraron datos demográficos, oncológicos, técnica cirugía y complicaciones postoperatorias. Se excluye-

ron del circuito de CMA las pacientes a las que se realizó mastectomía o linfadenectomía axilar, así como las que tuvieron contraindicación por causas clínicas y sociales.

Resultados: Se realizaron 251 operaciones de cáncer de mama, siendo 143 en régimen de CMA (índice de sustitución: 90,5 %). Se realizaron técnicas oncoplásticas en 37 (14,7 %) excluyéndose 26 pacientes de CMA. De los 11 pacientes susceptibles se operaron 7 en CMA (índice de sustitución TO 63,6 %). Estudiamos de los pacientes de CMA los pacientes con cirugía convencional (CV) vs. TO. La edad media fue similar (CV vs. TO: 60,8 \pm 1 vs. 60,4 \pm 4 años, p = 0,94). El tamaño tumoral fue mayor en el grupo TO (13,1 \pm 9 vs. 24,8 \pm 13 mm; p = 0,002). Los pacientes con CV acudieron a urgencias más frecuentemente (10/136 vs. 0/7 pacientes; p < 0,001). Ningún paciente operado en CMA requirió reingreso ni reintervención quirúrgica por complicaciones. Ningún paciente del grupo TO presentó complicaciones (14/136 vs. 0/7 pacientes; p < 0,001). Las reintervenciones por motivos oncológicos fueron similares en ambos grupos (13/136 vs. 1/7; p = 0,52). La causa más frecuente fue la realización de biopsia de ganglio centinela tras diagnóstico definitivo de la pieza quirúrgica.

Conclusión: Las técnicas oncoplásticas en la cirugía del cáncer de mama se pueden realizar en régimen de CMA con seguridad desde el punto de vista oncológico y de las complicaciones postoperatorias. Además, permiten ambulatorizar pacientes que serían subsidiarias de mastectomía si no se implementaran estas técnicas.

Palabras clave: Cáncer de mama, cirugía oncoplástica, cirugía sin ingreso, mamoplastia, tumorectomía.

P-92 REPARACIÓN SIMULTÁNEA DE HERNIA INGUINAL BILATERAL EN CMA: NUESTRA EXPERIENCIA EN 17 AÑOS

C. Zaragoza Fernández, G. Valderas Cortés, M. Oviedo Bravo, A. Serralta Serra, M. Bruna Esteban, A. Salvador Martínez

Objetivos: Presentar nuestra serie de pacientes intervenidos de hernia inguinal bilateral de forma simultánea en régimen estricto de CMA en un periodo de 17 años.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de los pacientes intervenidos de hernia en régimen de CMA, seleccionando los pacientes intervenidos de hernia inguinal bilateral de forma simultánea, en el periodo 1998-2015.

Conclusiones: Durante el periodo 1998-2015 se intervinieron 9.546 pacientes de hernia en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria, siendo 849 (8,9 %) intervenidos de hernia inguinal bilateral de forma simultánea. La edad media fue de 58,9 (17-88) años, el 95,3 % de los pacientes eran varones y el 93 % ASA I-II. La anestesia fue gene-

ral con mascarilla laríngea en el 98 %, se aplicó anestesia intradural a 49 pacientes al principio de la serie. La necesidad de consumo de analgésicos fue la misma que para los pacientes intervenidos de un lado. Las técnicas realizadas son Rutkow-Robbins (57,17 %), Lichtenstein (39,5 %), laparoscópica-TAPP (1,26 %) y otras (2,07 %), en los últimos 5 años el porcentaje de procedimientos laparoscópicos ha sido mayor. La tasa de reingresos fue de 0,42 %, siendo las principales causas hemorragia y dolor no controlable. La morbilidad fue del 6,77 % y la mortalidad nula. La tasa de recidiva global fue inferior al 1,61 %. La reparación de la hernia inguinal es el procedimiento por excelencia realizado en régimen de CMA, siendo la hernia inguinal bilateral el 10 % de estas reparaciones. La cirugía abierta con malla sigue siendo el procedimiento más empleado en la reparación de las hernias de la región inguinal y puede ser aplicada de forma simultánea y segura en pacientes que se presentan con hernia inguinal bilateral.

Palabras clave: Hernioplastia inguinal, bilateral, cirugía ambulatoria.

P-94 ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO COMPARATIVO. COLECISTECTOMÍA MINILAPAROSCÓPICA AMBULATORIA VS. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA MULTIPUERTO

C. Zaragoza Fernández, A. Melero Abellán, C. Navarro Moratalla, A. Salvador Martínez, M. Bruna Esteban, J. F. Noguera Aguilar

Objetivos: Dentro de los últimos avances de la cirugía endoscópica, la cirugía minilaparoscópica usa instrumental de 3 mm pero sin renunciar a las ventajas del material de 5 mm: la seguridad en la prensión y la rapidez para ejecutar

gestos quirúrgicos. Nuestro objetivo consiste en mostrar si el abordaje minilaparoscópico es eficaz y reproducible específicamente en la colecistectomía ambulatoria, comparando si existen diferencias en la tasa de conversión, de infección de herida quirúrgica y eventraciones respecto de los estándares internacionales.

Métodos: Estudio prospectivo comparativo de 22 pacientes con edad comprendida entre 18 y 65 años sometidos a colecistectomía electiva en régimen ambulatorio y con un seguimiento postoperatorio de 6 meses. Para ello establecemos 2 grupos: Grupo A de 11 colecistectomías convencionales frente al Grupo B en el que se incluyen 11 colecistectomías con mininstrumentos.

Conclusiones: Ambos procedimientos mostraron resultados similares en cuanto a tiempo quirúrgico, tasa de sangrado intraoperatorio y pérdida de agarre. En un 18,2 % de los casos fue necesario añadir un instrumento de 3 mm adicional en el Grupo B. La tasa ambulatorización en el Grupo B fue de 63,3 % y 81,8 % en el Grupo A. En ninguno de los grupos se produjo sangrado de herida ni infecciones postquirúrgicas. La tasa de eventraciones a los 6 meses fue del 0 %. Existe una pérdida de pacientes en el seguimiento de un 18,2 % en ambos brazos. Se trata de un estudio que demuestra que la minilaparoscopia no es inferior a laparoscopia convencional. La minilaparoscopia es más estética y menos traumática e igual de eficaz y segura en términos de ambulatorización y dolor postoperatorio que laparoscopia convencional. Presenta misma visibilidad, maniobrabilidad y mismas complicaciones intraoperatorias sin mayor incidencia de hemorragias detectando el mismo problema de agarre con 3 mm que con 5 mm.

Palabras clave: Colecistectomía, minilaparoscopia, ambulatorización, mininstrumentos.