

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

ANESTESIA

P-01 APLICACIÓN DE VENTILACIÓN POR PRESIÓN SOPORTE EN CIRUGÍA AMBULATORIA: COMPARACIÓN DE TRES NIVELES DE CICLADO ASOCIADA A BLOQUEO REGIONAL

M. Roca Campos, N. Jarma Antacle, M. Sas Canadell, G. Adsera Gebelli, I. B. Martínez, N. Fons Murillo

Hospital San Pau y Santa Tecla. Tarragona

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es el estudio y análisis comparativo de tres niveles de presión de ciclado durante la aplicación de la ventilación con presión soporte en cirugía ambulatoria.

Métodos: Estudio comparativo entre tres grupos de pacientes (randomizado) a los que se aplicó ventilación por presión soporte con niveles distintos de ciclado asociado a bloqueo regional de la zona a operar. Al primer grupo (n = 38) se les aplicó una presión soporte de 10 cm H₂O, al segundo grupo (n = 40) se les aplicó una presión de 12 cm H₂O y al tercer grupo (n = 37) una presión de 14 cm H₂O. Se administró anestesia general (fentanilo 0,15 ug, propofol 2 mg/kg y mantenimiento con sevoflurane), ventilación mecánica (Temel Supra CM) mediante presión soporte (inicial: PS = 10, 12 o 14/frec seg. = 8/FiO₂ O₂-Air = 50 %) y sin relajantes musculares. En el caso de que el EtCO₂ supere los 50 mmHg se aumenta la presión soporte en dos unidades a intervalos de tiempo pautados hasta conseguir no rebasar esta cifra. Se recogen también los parámetros hemodinámicos básicos (frecuencia cardiaca, P.A. máx. y min., SaO₂). Se realiza un estudio estadístico descriptivo estándar.

En el análisis estadístico previo considerando el EtCO₂ en primer lugar como valor indicativo de la comparación y el volumen corriente en segundo lugar, se considera que diferencias en estos valores del 10 % tendrían significancia clínica. Se estudiaron un total de 115 pacientes (38 grp I/40 grp II/37 grp III) sometidos a cirugía ambulatoria (fundamentalmente traumatológica, aunque también se incorporaron cirugías abdominales y ginecológicas). Se realiza un estudio estadístico descriptivo estándar.

Los tres grupos fueron homogéneos en cuanto a los datos demográficos, ASA, intervenciones y saturación de oxígeno. Se registraron los parámetros hemodinámicos, (PA máx., PA min. y frec. card) no mostrando diferencias significativas ni entre los dos grupos ni durante la intervención que se mantuvieron hemodinámicamente estables.

Resultados: Se observaron diferencias significativas entre los volúmenes corrientes: VtPS10: 343,3 (+ 107,9) ml - VtPS12: 456,0 (+ 122,5) ml - VtPS14: 511,9 (+ 133,7) ml; VtPS10 y VtPS12 p < 0,01; VtPS10 y VtPS14 p < 0,01; VtPS12 y VtPS14 p < 0,05.

A más presión, más volumen todo y que las diferencias en los volúmenes se van haciendo menores a medida que se aumenta la presión de soporte.

Diferencias significativas en el nivel de anhídrido carbónico espirado: EtCO₂PS10: 43,4 (+ 7,11) - EtCO₂PS12: 39,0 (+ 7,42) - EtCO₂PS14: 37,7 (+ 9,39) mmHg; EtCO₂PS10 y EtCO₂PS12 p < 0,01; EtCO₂PS10 y EtCO₂PS14 p < 0,01; EtCO₂PS12 y EtCO₂PS14 ns.

Se comprueba que a más presión mejor ventilación y es más fácil obtener unos resultados en cuanto a la capnografía más adecuados a la normocapnia, los volúmenes se van haciendo menores a medida que se aumenta la presión de soporte, dejando de ser significativas entre los valores de PS12 y PS14.

La frecuencia respiratoria no mostró diferencias entre dos grupos: la anestesia con sevoflurane, proefferalgan 1 g endovenoso y desketoprofeno 50 mg endovenosos y un máximo 0,030 mcg de fentanilo y sevoflurane 1,87 (+ 0,42) %. El tiempo medio de ventilación mecánica fue de 32 minutos y el inicio de la actividad espontánea con disparo del ciclo respiratorio fue a los 10 minutos de media.

Conclusiones: La ventilación por presión soporte en la cirugía ambulatoria es una alternativa ventilatoria más que se debe situar entre los modos controlados y la ventilación espontánea. Su aplicación es sencilla y aumenta la seguridad respecto a la espontánea frente a cualquier depresión

respiratoria (farmacológica o accidental), ayuda a mantener los niveles adecuados de CO₂ en sangre y minimiza la aparición de atelectasias.

La presión de soporte de 12 o 14 cm H₂O permite volúmenes corrientes y un EtCO₂ más cercano a las medias establecidas.

Palabras clave: Presión soporte, anestesia.

P-02 ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA MASCARILLA LARÍNGEA PROTECTOR EN PACIENTES SIN BLOQUEO NEUROMUSCULAR: RESULTADOS PRELIMINARES

E. Burchés Feliciano¹, J. Martínez Giner¹, J. Domenech², A. I. Fernández³, J. Zaballos⁴, S. López⁵, C. Norton Mexedo⁶, M. Zaballos¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital Clínic. Barcelona. ³Asistencial de León. ⁴Policlínica Guipúzcoa. San Sebastián. ⁵Unidad de Cirugía sin Ingreso del Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. ⁶Centro Hospitalar do Porto.

Objetivos: La LMA-Protector (LMAP) es el último dispositivo supraglótico (DSG) de segunda generación desechable actualmente disponible. Posee un canal gástrico y permite la intubación. La evidencia de su uso clínico es limitada. Hemos diseñado un estudio prospectivo, multicéntrico e internacional para evaluar el funcionamiento y perfil de seguridad de la LMAP en pacientes de CMA.

Métodos: Tras aprobación por comité de ética (registro:NCT03272776) se incluyeron pacientes ASA I-III con indicación de DSG para su cirugía. Se excluyeron pacientes con VAD prevista, riesgo de broncoaspiración y obesidad mórbida. Investigadores expertos en DSG realizaron el estudio. Se analizó facilidad de inserción, tiempo, número de intentos, presión de fuga orofaríngea (PFO), calidad de ventilación, facilidad de paso de SNG y morbilidad de vía aérea. Se evaluó la visión glótica con fibrobroncoscopio. Los datos se analizaron con el software estadístico SPSS-20

Conclusiones: Se incluyeron 247 pacientes (67 % mujeres) con edad 51 ± 14 años e IMC de 25,89 ± 4,5 kg/m². En el 97,2 % de pacientes la inserción fue exitosa (primer intento en un 85 %) con tiempo de inserción de 16,2 ± 6,7 segundos. La técnica de inserción más usada fue la combinación de abordaje lateral y extensión de la cabeza (37 %). La ventilación fue óptima en un 98 % (maniobras de ajuste en 26 pacientes) e imposible 4 casos. La PFO fue de 30,5 ± 7,26 cm H₂O. La

inserción de SNG (16-F) fue exitosa en el 94,3 % de pacientes (imposible: 5,7 %). El examen fibrobroncoscópico (n = 118) mostró visión completa de cuerdas vocales: 33 %; visión de epiglotis no obstructiva: 52 %. Se observó sangre en retirada en 10 casos y un 4,5 % de pacientes refirió dolor de garganta en postoperatorio.

Nuestros resultados muestran que la LMAP en manos expertas consigue PFO elevadas y ventilación efectiva en la mayoría de pacientes. El paso de la SNG puede ser difícil en algunos pacientes. La tasa de éxito de inserción fue elevada, aunque precisó de maniobras de ajuste.

Palabras clave: Mascarilla laríngea, vía aérea.

P-03 BLOQUEOS ANALGÉSICOS ECOGUIADOS EN CIRUGÍA DE MAMA: RECORRIDO HISTÓRICO

J. C. Galán Gutiérrez¹, B. Tobera Noval², R. Avello Taboada³, D. García Rodríguez¹, L. A. Fernández Meré¹, M. Estrada Rodríguez¹, L. A. Sopena Zubiria¹, J. Frieyro González²

¹Hospital Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital de Cabueñes. Gijón. ³Hospital Universitario de Burgos

Objetivos: La ambulatorización de la cirugía no reconstructiva de mama tiene en el adecuado manejo del dolor postoperatorio uno de los pilares sobre los que asentar una rápida y efectiva recuperación.

La descripción e incorporación a la práctica clínica de los bloqueos interfasciales de la pared torácica guiados por ecografía (pese a que el gold standard, desde el punto de vista analgésico, continúa siendo el bloqueo paravertebral) ha resultado fundamental puesto que existe evidencia científica con nivel A que recomienda su realización como coadyuvante de la anestesia general por múltiples motivos entre los que se incluyen no solo la mejoría del dolor agudo postoperatorio, sino también la menor incidencia de dolor crónico, la mejoría en la rehabilitación postquirúrgica, la disminución de las complicaciones asociadas... Se realiza una revisión cronológica de los principales nervios periféricos bajo visión ecográfica directa disponibles, incidiendo en sus indicaciones y técnica de realización.

Métodos: Revisión anatómica, técnica de realización e indicaciones para los principales bloqueos anestésicos en cirugía de mama: PECS1, PECS2, BRILMA, BRCA, SIFB, TTPB...

Conclusiones: El uso de técnicas regionales bajo visión ecográfica no solo ha permitido masificar y realizar de forma más segura los bloqueos regionales, sino que además, en los últimos años, ha incrementado la búsqueda de

nuevos accesos y técnicas que amplíen nuestros horizontes y mejoren la calidad de la atención a nuestros pacientes. En este sentido, y dada la confusión generada en recientes publicaciones en cuanto a la utilidad y nomenclatura de estos nuevos bloqueos, los estudios han de centrarse ahora en discernir qué tipo de bloqueo es el más indicado según la intervención quirúrgica propuesta.

Palabras clave: PECS, BRILMA, SIFB, TTPB, BRCA.

P-04 PRESENTACIÓN DE UN ESQUEMA DE REALIZACIÓN DE BLOQUEOS ANALGÉSICOS EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE MAMA EN FUNCIÓN DE LA LOCALIZACIÓN DEL PROCESO TUMORAL

J. Galán Gutiérrez, L. A. Fernández Meré, L. A. Sopena Zubiria, M. González Rodríguez, J. C. Gutiérrez del Valle, V. R. Loução Prada, H. Díaz Castro, S. Suárez Fernández

Hospital Central de Asturias. Oviedo

Objetivos: Ofrecer un protocolo para la realización de bloques periféricos ecoguiados en cirugía oncológica no reconstructiva de mama en función de la localización del proceso tumoral.

Métodos: Recuerdo anatómico, descripción e indicaciones de los bloqueos infraclavicular (BI), bloqueo del plano del transverso torácico (TTPB) y bloqueo interfascial del serrato (SIFB).

Conclusiones: Se empleará el BI para bloquear las ramas cutáneas del plexo cervical superficial mediante la obtención de un habón subcutáneo infraclavicular con 3-5 ml de anestésico local (AL). El TTPB se realizará paraesternalmente, entre la 4.^a y la 5.^a costilla, ubicando la punta de la aguja entre el músculo intercostal interno y el transverso torácico. Utilizaremos 15 ml de AL. El SIFB se punciona en el tercio externo de la clavícula, a nivel de la 2.^a costilla, colocando la punta de la aguja entre el músculo serrato anterior y el músculo intercostal externo, empleando 20 ml de AL.

Según la localización del proceso tumoral, el BI se empleará en tumores que afecten a cuadrantes superiores, el TTPB en cuadrantes internos y el SIFB en cuadrantes internos.

En tumores que afecten al complejo areola-pezones efectuaremos los 3. En nuestro centro ya hemos iniciado un estudio clínico prospectivo, randomizado y ciego con el objeto de determinar la calidad de la analgesia postoperatoria con estos bloqueos. Pronto expondremos los resultados.

Palabras clave: Bloqueo infraclavicular, TTPB, SIFB.

P-05 ORQUIDOPEXIA LAPAROSCÓPICA EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS: ¿REALMENTE PUEDEN SER PACIENTES AMBULATORIOS?

L. Barragán González, L. Álvarez, E. San Juan, A. Romera, A. Galve, B. Fernández-Bautista, M. Hervías

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: La criptorquidia constituye la patología del aparato genital masculino más frecuente. En los testes no palpables el tratamiento de elección es la orquidopexia por laparoscopia. La cirugía mayor ambulatoria (CMA) pediátrica se puede aplicar en la infancia hasta en un 60-70 % de los casos.

El objetivo de este estudio es analizar distintos parámetros epidemiológicos y de seguridad en todos los pacientes pediátricos operados de criptorquidia abdominal por laparoscopia en el año 2017 en un hospital de primer nivel como parte de un programa de CMA.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes menores de dos años intervenidos de criptorquidia abdominal por laparoscopia durante el año 2017 en la Unidad de CMA del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Como parámetros epidemiológicos se evaluaron la edad, la patología previa, el dispositivo de mantenimiento de vía aérea utilizado, el tiempo quirúrgico, el grado de dolor según la escala correspondiente a su edad, el tratamiento del dolor en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA), el tiempo transcurrido hasta la tolerancia completa, el tiempo de estancia hospitalaria, la existencia y motivo de reingreso y el tiempo transcurrido hasta la recuperación actividad normal.

Como parámetros de seguridad se evaluaron las complicaciones intraoperatorias (broncoespasmo, laringoespasmo, dificultad ventilación y/o sangrado) y postoperatorias (depresión respiratoria, dolor, náuseas y/o vómitos, no tolerancia oral, agitación, sangrado) que retrasaran o impidieran el alta.

Conclusiones: Durante el año 2017 se realizaron 24 intervenciones de criptorquidia por laparoscopia para descenso de testículos intrabdominales en pacientes menores de dos años.

La edad media fue de 21 meses. Todos los pacientes fueron ASA I y II. Las patologías coexistentes observadas fueron el reflujo gastroesofágico (cinco niños), el retraso psicomotor (cinco niños) y la hernia diafragmática intervenida (un niño). En lo que respecta al lado quirúrgico, en ocho casos la presentación fue bilateral, en nueve derecha y en siete izquierda. La vía aérea se manejó con mascarilla laríngea Proseal® en cuatro casos y en los restantes veinte se realizó

intubación orotraqueal. En ambos grupos la técnica resultó satisfactoria. El tiempo medio de intervención fue de 60 minutos en las criptorquidias bilaterales y de 45 minutos para los unilaterales.

Todos los pacientes presentaron buen control del dolor. El dolor intraoperatorio se manejó con fentanilo, metamizol e infiltración subcutánea con anestésico local. Para control del dolor postoperatorio tanto inmediato como domiciliario se emplearon antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol.

No se constataron complicaciones quirúrgicas, pero sí un episodio de laringoespasmio con la extubación en un paciente y una agitación postanestésica en la URPA en otro. Ambas complicaciones se resolvieron con las medidas habituales y no retrasaron ni impidieron el alta hospitalaria. No se objetivaron náuseas ni vómitos, siendo posible iniciar tolerancia entre 90 y 120 minutos después de la cirugía en todos los casos.

La estancia hospitalaria de todos los pacientes fue inferior a 24 horas (media de 4 horas 40 minutos) y la recuperación de la actividad normal diaria a las 48-72 horas de la intervención. Ningún paciente acudió posteriormente a urgencias ni fue reingresado.

Las características básicas del paciente pediátrico (escasa patología de base, acompañamiento familiar obligatorio, necesidad de cirugías de corta duración y gran ansiedad derivada del contacto hospitalario) lo convierten en el candidato ideal para la CMA. En nuestro centro, la orquidopexia laparoscópica en el niño menor de dos años ofrece buenos resultados tanto de efectividad quirúrgica como de seguridad y puede ser subsidiaria de ser incluida como procedimiento de CMA.

Palabras clave: Criptorquidia, orquidopexia, laparoscopia, CMA, niño.

P-06 CIRUGÍA DE CATARATA CON ANESTESIA TÓPICA. ¿ES SEGURA EL ALTA INMEDIATA DESDE QUIRÓFANO?

V. Jiménez Guitián, J. Montoro García, Z. C. Benzo Aguilera, R. Muñoz Expósito, L. Muñoz Corsini

Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos: La cirugía de catarata es la más prevalente en las unidades de cirugía mayor ambulatoria. Los avances tecnológicos han minimizado la invasividad y agresión de la misma y, paralelamente, la necesidad de anestesia y cuidados postquirúrgicos específicos. Pero suelen ser pacientes ancianos y con comorbilidades asociadas, siendo la hipertensión arterial el problema intraoperatorio más frecuente. El tratamiento de esta puede estar justificado y

suponer un riesgo para el alta precoz y la inclusión de esta cirugía en régimen ambulatorio. Nuestro objetivo es determinar prospectivamente la tasa de hipertensión arterial intraoperatoria (HTAi) y si su tratamiento está relacionado con una mayor incidencia de episodios hipotensivos postoperatorios que pudiera hacer inseguro el régimen ambulatorio para esta cirugía.

Métodos: Elegimos 125 pacientes sometidos a cirugía de catarata bajo anestesia tópica, 84 (67,2 %) hipertensos (grupo A) y 41 (32,8 %) no (grupo B). Recogimos los siguientes datos: fenilefrina tópica preoperatoria y/o intracamerular, administración oral de medicación antihipertensiva habitual (MAH), HTAi (> 20 % de la basal), necesidad de tratamiento e hipotensión (< 90/50) postoperatoria.

Resultados: El 58,33 % del grupo A había tomado su MAH; 14 (28,6 %) padecieron HTAi y solo 4 (28,57 %) precisaron urapidilo. Del 41,66 % sin su MAH, 20 (57,14 %) tuvieron HTAi y necesitaron urapidilo 12 (60 %). No pudo encontrarse relación entre la administración de fenilefrina pre o intraoperatoria y la ocurrencia de hipertensión. Solo avisaron de CMA por un caso de hipotensión entre los pacientes tratados (6,25 %).

Conclusión: La administración del MAH reduce la ocurrencia de HTAi y, por tanto, la necesidad de cuidados médicos asociados. El tratamiento de la HTAi no provoca daño postquirúrgico. El uso de fenilefrina no aumenta la incidencia de HTAi.

Por ambas razones parece razonable plantear la realización de esta cirugía en circuito ambulatorio. Este sistema permitiría utilizar las unidades para cirugías que precisen mayores cuidados postquirúrgicos.

Palabras clave: CMA, seguridad, catarata.

P-07 LARINGOSPASMO POR EL USO DE DESFLUORANO QUE CEDE TRAS EL CAMBIO DE HALOGENADO A SEVOFLUORANO

E. García Pérez, O. González Larrocha, U. Ortega Mera, S. Telletxea Benguria, B. del Val Villanueva, M. Errazquin Agurre, I. Ereño Orbea, A. Arizaga Maguregui

Hospital Universitario de Guadalajara

Objetivos: Mujer 69 años de edad (63 kg, 152 cm), sin antecedentes personales de interés, no fumadora y sin patología respiratoria conocida, iba a ser sometida a una colecistectomía laparoscópica programada. La evaluación preoperatoria, clínica, analítica, electrocardiográfica y radiológica fue normal. Únicamente en la evaluación de la vía aérea

(VA) se objetivó un Mallampati III sin otros predictores sugestivos de dificultad de intubación o ventilación.

Previamente a la intervención quirúrgica se premedicó con 2 mg de midazolam y se monitorizó de manera estándar (pulsioximetría, registro electrocardiográfico continuo, presión arterial no invasiva y BIS). Se procedió a la inducción anestésica con fentanilo 150 mcg y propofol 150 mg, administrándose a continuación rocuronio 25 mg, a los 2 min la paciente se encontraba con un BIS de 30, por lo que se procedió a la colocación de un DSG "Aura gain" del número 3, sin incidencias. Se comprobó inmediatamente una ventilación adecuada confirmada mediante la onda de capnografía. Asimismo, se mantuvo una presión de inflado de manguito de 60 cm H₂O y se confirmó un flujo cervical laminar sin estridor ni turbulencias. El respirador se programó con el modo de ventilación controlada por volumen con un volumen tidal de 450 ml, una frecuencia respiratoria de 12 rpm, una relación I:E de 1:2 y una FiO₂ al 0,4 %, objetivándose una Ppico de 18 cm H₂O, sin fugas audibles ni medibles con una bucle con cierre completo en la monitorización D-lite (espirimetría flujo lateral Datex Ohmeda).

Se realizó un test de fugas según técnica convencional comenzando con una presión de sellado del dispositivo en 32 cm H₂O. El mantenimiento anestésico se realizó con desflurano, fentanilo y rocuronio a demanda para conseguir una adecuada relajación quirúrgica durante la cirugía laparoscópica. La administración del desflurano fue progresiva hasta conseguir una CAM de 0,6 - 0,7 (CET de 3,5-3,7).

Métodos: A partir de los primeros 5 minutos se comenzó a oír un flujo turbulento que inicialmente se interpretó como fuga, pero se siguió objetivando el cierre completo del bucle de la ondas de flujo inspiratoria. Tras la inducción de neumoperitoneo y la colocación inicial en trendelemburg la presión pico aumentó a 33 cm H₂O con una fuga manejable de aproximadamente 1 litro por minuto en ese momento. Se confirmó un plano anestésico profundo con BIS de 25 y una relajación adecuada con un TOF de 1-2 respuestas a pesar de lo cual se administran 10 mg adicionales de rocuronio sin objetivar cambios en las presiones ventilatorias ni en el ruido, confirmando a los 3 min un TOF de 0. Ante esta situación se decide hacer una comprobación fibróptica para confirmar una adecuada posición del DSG y se objetiva una hipertonía de las cuerdas vocales sugestivo de espasmo glótico con reducción significativa del área de apertura glótica (confirmado por ORL del área).

Ante esta situación de laringospasmo manejable con plano anestésico y de relajación profundo no explicable por ningún estímulo local en la VA, se decide debido a la posible asociación del desflurano con fenómenos de irritación de la VA, suspender la administración del desflurano y hacer una transición a sevoflurano.

A los 10 minutos se objetiva una disminución progresiva del flujo turbulento hasta normalizarse, así como una disminución de la Ppico de 33 a 24 para conseguir el mismo volumen minuto. Se procede de nuevo a comprobación fibróptica objetivándose ausencia de hipertonía y aumento del área de paso glótico, que se mantiene durante toda la intervención. Se continúa durante hora y media sin incidencias.

En la educación anestésica la paciente no presenta complicación alguna retirándose el dispositivo sin incidencias, y siendo trasladada al área de recuperación.

Resultados: Este es el primer caso de hipertonía-laringospasmo documentado fibrópticamente, relacionado con la administración de desflurano y que, además, se soluciona con el cambio de halogenado a sevoflurano, en una paciente sana, no fumadora y sin patología respiratoria ni hiperreactividad bronquial de base.

Se descartaron otras causas de laringospasmo y se confirmó en todo momento un plano anestésico profundo, analgesia y relajación adecuadas objetivándose una relación temporal causa efecto de desaparición del laringospasmo tras cambio de desflurano a sevoflurano, sin otras actuaciones adicionales.

Sorprende esa hipertonía significativa de las CV con un plano anestésico (BIS 25) y de relajación profundo (TOF 0).

Podrían ser varias las hipótesis que justificasen el caso, como que el DSG a pesar de estar bien colocado, con una buena presión de sellado, estuviese ejerciendo una estimulación traqueal y que este no fuese minimizado con el uso de desflurano y si lo hiciese el sevoflurano más tardíamente. Ya ha sido demostrado anteriormente por P. Allan Klock y cols. que con una CAM de 1 el sevoflurano es superior al desflurano suprimiendo las respuestas de la vía aérea frente a estímulos traqueales. Del mismo modo, Lerman y cols. demostraron que la incidencia y la severidad de los eventos adversos con desflurano era mayor en pacientes pediátricos durante el mantenimiento de la anestesia. De hecho, el sevoflurano se ha utilizado con éxito como terapia de rescate en pacientes pediátricos con asma grave refractario al tratamiento convencional. Esta podría ser otra hipótesis aplicable a nuestro caso.

Conclusiones:

- El sevoflurano es superior al desflurano suprimiendo las respuestas en la vía aérea.
- La incidencia de eventos adversos sobre la vía aérea es mayor con el uso de desflurano.
- El sevoflurano podría utilizarse como tratamiento ante casos de broncoespasmo refractario.

Palabras clave: Broncoespasmo, desflurano, sevoflurano, dispositivo supra-glótico.

P-08 EXTENSIÓN RADIOLÓGICA DE DOS VOLÚMENES DE CONTRASTE RADIOPACO EN EL BLOQUEO INTERFASCIAL BRILMA EN UN MODELO EXPERIMENTAL PORCINO

I. Fernández-López¹, O. Varela¹, S. García¹, A. Melone¹, S. López², R. López-Menchaca¹, I. Mantilla¹, M. Zaballos¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivos: Recientemente existe un renovado interés en los bloqueos interfasciales de la pared torácica realizados en algunos procedimientos ambulatorios como el bloqueo BRILMA para cirugía de mama. Estudios previos han evaluado su eficacia analgésica, aunque desconocemos su extensión en relación con el volumen de la solución administrada. Nuestro objetivo fue comparar la distribución de dos volúmenes de contraste radiopaco tras bloqueo BRILMA bilateral en un modelo porcino.

Métodos: Tras aprobación por comité de ética animal, ocho cerdos fueron premedicados con ketamina, anestesiados con tiopental sódico y sevoflurano (2,6 %). Tras la instrumentalización y monitorización, se realizó el bloqueo BRILMA ecoguiado, por el mismo operador, inyectando un volumen de 10 cc de contraste (iopamidol) en el lado izquierdo del animal y 20 cc en el lado derecho. La punción se realizó a la altura de la primera mamila del animal, en línea axilar media y dirección cráneo caudal. Se evaluó la difusión con visión fluoroscópica y se grabó para su análisis posterior. Estadístico: Test de Spearman para evaluar la relación volumen/difusión radiológica.

Conclusiones: Se realizaron 16 bloqueos (14 fueron analizados). La administración de 10 cc se asoció con una difusión media de $2,37 \pm 0,31$ espacios intercostales (IC 95 %, 2,04 a 2,70) y el volumen de 20 cc tuvo una difusión de $3 \pm 0,28$ espacios (IC 95 %, 2,75-3,24). Hubo una correlación estadísticamente significativa entre el volumen inyectado y la difusión del contraste (coeficiente de correlación Spearman de 0,75; $p = 0,002$).

Los resultados de nuestro estudio demuestran una difusión volumen dependiente en el bloqueo BRILMA. Sin embargo, apreciamos una difusión de un limitado número de espacios intercostales en relación con la analgesia descrita en los estudios clínicos. No obstante, debemos considerar las limitaciones inherentes de los modelos animales y su extrapolación a los estudios en humanos.

Palabras clave: BRILMA, difusión, bloqueo interfascial.

P-09 ESTUDIO DE LAS CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE ROPIVACAÍNA TRAS LA REALIZACIÓN DE UN BLOQUEO BRILMA BILATERAL. EVALUACIÓN DE PARÁMETROS DE FARMACOCINÉTICA EN UN MODELO EXPERIMENTAL PORCINO

I. Fernández-López¹, O. Varela¹, A. Melone¹, R. López-Menchaca¹, S. García¹, M. Fajardo², O. Quintela³, M. Zaballos¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital Universitario de Móstoles. ³Universidad Complutense de Madrid

Objetivos: Los bloqueos interfasciales se han popularizado en los procedimientos anestésicos en la CMA. El bloqueo "BRILMA" o serrato-intercostal ha mostrado eficacia en la recuperación en cirugía mamaria. Sin embargo, no existen estudios que hayan evaluado la farmacocinética de los anestésicos locales en este bloqueo. Nuestro objetivo fue evaluar las concentraciones plasmáticas de ropivacaína en un bloqueo BRILMA tras administración de 15 ml de ropivacaína bilateral (dosis total 3 mg/kg), en un modelo experimental porcino.

Métodos: Tras aprobación por comité de ética animal 7 cerdos (Large-White) fueron premedicados con ketamina, anestesiados con tiopental sódico y el mantenimiento con sevoflurano al 2,6 % (CAM 1). Tras instrumentalización y monitorización, se realizó bloqueo BRILMA ecoguiado a la altura de la primera mamila, en línea axilar media, dirección cráneo caudal. Se administró la ropivacaína de forma bilateral. Se midieron niveles de ropivacaína: basal y a los 2,5, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 50, 60, 90, 120, 150 y 180 minutos de la realización del primer bloqueo. Se analizaron los niveles de ropivacaína mediante cromatografía de líquidos acoplada a espectrometría de masas. Análisis estadístico: área bajo la curva y test de Wilcoxon.

Conclusiones: El bloqueo BRILMA fue realizado en todos los animales. La concentración media máxima de ropivacaína fue de $2,49 \pm 1,02$ $\mu\text{g/ml}$ (IC 95 %, 1,41-3,57 $\mu\text{g/ml}$) y el tiempo en alcanzar la concentración máxima fue de $15,83 \pm 9,17$ min, (IC 95 %, 6,2-25,4 min). El 67 % de los animales alcanzaron niveles $\geq 2,2$ $\mu\text{g/ml}$, y la máxima concentración alcanzada fue de 4,28 $\mu\text{g/ml}$. Nuestro estudio muestra que los niveles de ropivacaína tras un bloqueo BRILMA bilateral utilizando la dosis máxima recomendada, alcanzan cifras potencialmente tóxicas mayores a 2,2 $\mu\text{g/ml}$. Deberán realizarse estudios en humanos para establecer la seguridad y corroborar estos hallazgos preliminares.

Palabras clave: Dosis tóxicas, ropivacaína, BRILMA, plexo interfascial.

P-10 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN PREOPERATORIA NO PRESENCIAL REALIZADA POR ENFERMERÍA AVANZADA

E. Pujol Rosa, C. Garrote López, I. Rosell Barrachina, J. Masdeu Castellví

Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona

Objetivos: Implementar el nuevo modelo de valoración preanestésica de los pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria.

Métodos: Tras el diseño del circuito de valoración preanestésica, en el que la enfermera avanzada hace un cribado de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica (cirugía mayor ambulatoria), y si disponen de valoración preanestésica realizada por un anestesiólogo (disponible en la historia clínica digitalizada) y son pacientes de bajo riesgo (ASA I-II), esta misma enfermera procede a la valoración no presencial (revisión historia clínica, receta electrónica y llamada telefónica), se inicia un plan piloto para la implementación de este circuito.

Resultados: Desde septiembre de 2017 hasta febrero de 2018 se han valorado 2189 pacientes pendientes de intervención quirúrgica. 687 de estos cumplían los criterios exigidos y se han valorado de forma no presencial, validándose posteriormente el documento preoperatorio por parte de un médico anestesiólogo. A todos los pacientes se les ha ofrecido la posibilidad de acudir a una valoración presencial realizada por un anestesiólogo, posibilidad rechazada por todos ellos. Ninguna de las intervenciones ha tenido que ser suspendida por déficits en la valoración preanestésica. Los pacientes se han mostrado satisfechos con esta modalidad de valoración preoperatoria.

Conclusiones: La valoración preanestésica no presencial realizada por una enfermera avanzada permite una adecuada valoración en pacientes ASA I-II y para cirugías de bajo riesgo, disminuyendo la presión asistencial en la consulta preoperatoria, disminuyendo los costes y sin aumentar el riesgo para el paciente. No se ha incrementado la tasa de suspensión de pacientes a la puerta de quirófano. El nivel de satisfacción en el propio paciente es elevado.

Palabras clave: Valoración preoperatoria, anestesia, enfermería.

P-11 ENSAYO CLÍNICO PARA DETERMINAR LA CONCENTRACIÓN DE SEVOFLURANO EN CO-INDUCCIÓN CON REMIFENTANILO NECESARIA PARA LA INSERCIÓN EXITOSA DE LA MASCARILLA LARÍNGEA SUPREME™ Y DE LA MASCARILLA LARÍNGEA PRO-SEAL™

C. Monteserín Matesanz, T. González, M. I. Canal, M. Zaballos García

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Las mascarillas laríngeas Supreme™ (MLS) y Pro-Seal™ (MLP) son dispositivos de gran interés para pacientes intervenidos en régimen ambulatorio. Estudios previos han evaluado las necesidades de sevoflurano para su adecuada inserción (1-3), sin embargo no se ha estudiado el impacto de la asociación de remifentanilo. Nuestro objetivo fue determinar la concentración de sevoflurano en coinducción con remifentanilo requerida para la inserción de la MLS y la MLP sin emplear relajantes neuromusculares en el 50 % de los pacientes adultos (CE-50).

Métodos: Tras la aprobación por el comité ético, se realizó un ensayo clínico aleatorizado con 45 pacientes, ASA I-II, 18-60 años. Todos los sujetos recibieron 1 mg de midazolam i.v. y fueron preoxigenados con O₂ al 100 %. La inducción anestésica se realizó con sevoflurano asociado a remifentanilo (sistema TCI a concentración efecto de 4 ng/ml). La concentración de sevoflurano se determinó según la metodología "up-and-down" de Dixon (concentración inicial 2,5 % y ajustes 0,5 %) y se mantuvo estable durante 10 minutos antes de insertar los dispositivos. Estadística: la CE-50 de sevoflurano se calculó como la media de la concentración de los puntos medios de todos los pares independientes de pacientes que manifestaron *cross-over*. Los parámetros hemodinámicos se analizaron mediante el test de ANOVA de medidas repetidas.

Resultados: La CE-50 de sevoflurano en co-inducción con remifentanilo para la inserción de la MLS fue de 0,55 ± 0,38 % (95 % IC: 0,14 %-0,95 %) y para la inserción de la MLP fue de 1,20 ± 0,41 % (95 % IC: 0,76 %-1,63 %) (p = 0,019). La respuesta hemodinámica fue moderada en ambos grupos, aunque 7 pacientes precisaron atropina. No se registraron episodios de laringoespasmo.

Conclusiones: La CE-50 de sevoflurano asociado a remifentanilo para la inserción de la MLS fue menor en un 54 % que para la inserción de la MLP. La técnica anestésica fue segura para los pacientes, si bien puede asociarse con un aumento de episodios de bradicardia.

Bibliografía:

1. Kodaka M, Okamoto Y, Koyama K, Miyao H. Predicted values of propofol EC50 and sevoflurane concentration for insertion of laryngeal mask Classic and ProSeal. Br J Anaesth 2004;92(2):242-5.

- Ghai B Jain K, Bansal D, Bhatia N. End-tidal sevoflurane concentration for ProSeal™ versus Classic™ laryngeal mask airway insertion in unpremedicated anaesthetized adult females. *Anaesth Intensive Care* 2016;44(2):221-6.
- Zaballos M, Bastida E, Jiménez C, Agustí S, López-Gil MT. Predicted end-tidal sevoflurane concentration for insertion of a Laryngeal Mask Supreme: a prospective observational study. *Eur J Anaesthesiol* 2013;30(4):170-4. DOI: 10.1097/EJA.0b013e32835c5512.

Palabras clave: Mascarilla laríngea Supreme™, mascarilla laríngea Pro-Seal™, sevoflurano, remifentanilo.

P-12 ESTUDIO DE COHORTES PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA (QOR-15) TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A BLOQUEO NEUROMUSCULAR PROFUNDO

J. Martínez Giner, E. Burchés Feliciano, A. Reyes, M. Rodríguez, E. Velasco, S. Agustí, M. López Gil, M. Zaballos

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: La colecistectomía laparoscópica (CL) es un procedimiento común en algunas unidades de cirugía mayor ambulatoria (CMA). La utilización de presiones bajas de pneumoperitoneo asociado a un bloqueo neuromuscular (BNM) profundo han demostrado mejorar la recuperación, reduciendo el dolor posoperatorio. Existen escasos estudios que hayan evaluado la calidad de la recuperación (QoR) desde el punto de vista del paciente. Nuestro objetivo fue evaluar la QoR de pacientes sometidos a CL bajo BNM profundo.

Métodos: Tras aprobación por el CEIC, 75 pacientes programados para CL (ASA I-II) con edad de 51 ± 14 años fueron reclutados. El protocolo incluyó analgesia multimodal y profilaxis multimodal de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) incluyendo dexametasona. Se realizó BNM profundo durante el neumoperitoneo y hasta el final de cirugía (contaje postetánico de 1 o 2 respuestas). Se revirtió con sugammadex (4 mg/kg,) confirmándose recuperación del BNM antes de extubación. Se realizó cuestionario de recuperación QoR-15 antes y a las 24 h de la cirugía (puntuación máxima de 150). Estadística: T Student para datos pareados.

Conclusiones: Cinco pacientes sufrieron ingreso imprevisto, todos por complicaciones quirúrgicas. La mediana de EVA en la unidad de recuperación postanestésica (URPA) fue de 3,5, rango intercuartil (RIQ) de 2 a 5; y de 2, RIQ de 1 a 3 a las 24 h. Seis pacientes (8 %) presentaron náuseas moderadas en URPA y ninguno a las 24 h. El QoR-15 disminuyó a las 24 h de la cirugía. En preoperatorio la

mediana del QoR era de 149, RIQ de 146-150; en postoperatorio: mediana de 141, y RIQ de 132-146 ($p < 0,0001$). El porcentaje de disminución del QoR-15 respecto al basal fue 7 %. Los parámetros más afectados fueron componente emocional, confort físico y presencia de dolor moderado.

La aplicación de BNM profundo en pacientes sometidos a CL ofrece una excelente calidad de recuperación tras el alta, con mínima presencia de dolor y náuseas en el postoperatorio temprano.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, bloqueo neuromuscular profundo.

P-13 ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL DE LA PRESIÓN DE FUGA OROFARÍNGEA DE LA MASCARILLA LARÍNGEA PROTECTOR EN RELACIÓN CON EL TAMAÑO EMPLEADO Y EL GÉNERO DEL PACIENTE

E. Burchés Feliciano¹, J. Martínez Giner¹, J. Domenech², A. I. Fernández³, J. Zaballos⁴, A. Lluch⁵, C. Norton Mexedo⁶

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital Clínic de Barcelona. ³Complejo Asistencial de León. ⁴Policlínica Guipúzcoa. San Sebastián. ⁵Hospital la Fe. Valencia. ⁶Centro Hospital do Porto

Objetivos: La facilidad de inserción y la presión de fuga orofaríngea (PFO) de los dispositivos supraglóticos (DSG) dependen, entre otros factores, del tamaño del dispositivo utilizado. La LMA Protector (LMA P) es un DSG más voluminoso que sus predecesores, por lo que se suelen elegir tamaños inferiores a la recomendación tradicional por peso para facilitar la inserción. Desconocemos el impacto del tamaño en el funcionamiento de este DSG. Nuestro objetivo fue evaluar la PFO y su relación con el tamaño de la LMA P y con el género del paciente.

Métodos: Tras la aprobación por el comité de ética y registro del estudio (NCT03272776), se incluyeron pacientes ASA I-III con indicación de DSG para el procedimiento quirúrgico propuesto. Se excluyeron los pacientes con criterios de vía aérea difícil prevista, con riesgo de broncoaspiración y con obesidad mórbida. Investigadores expertos en el uso de DSG realizaron las inserciones de la LMA P. Se recomendó inserción de LMA P en relación al peso del paciente, aunque el investigador tenía libertad para modificarlo según criterio clínico. Se analizó la PFO y su relación con el tamaño de la LMA P así como con el género del paciente. Estadística realizada con el programa SPSS-20. Se realizó el test de Anova, T-Student y el test de la Chi cuadrado.

Conclusiones: Se incluyeron 247 pacientes (67 % mujeres), edad 51 ± 14 años e IMC $25,89 \pm 4,5$ kg/m². La inser-

ción fue exitosa en 97,2 % (tiempo de inserción: $16,2 \pm 6,7$ segundos). En el 48,4 % de pacientes la LMAP se insertó acorde al peso, en un 2,4 % se insertó un número superior y el 49,2 % de los pacientes recibió un número inferior. El 26 % de los pacientes que recibieron una LMAP inferior al tamaño aconsejado según la recomendación clásica del peso presentó una PFO inferior a 25 cm de H₂O frente a un 12,8 % en los que la LMAP se insertó acorde al peso, $p = 0,008$. En un 41 % de las mujeres la inserción se ajustó al peso, sin embargo en los hombres la proporción fue superior: 63 % ($p = 0,001$), sin diferencias observadas en la PFO y el género. La inserción de la LMAP siguiendo recomendaciones por peso arrojó PFO superiores: $32,21 \pm 6,2$ vs. $29,27 \pm 7,2$ cm H₂O ($p = 0,001$). La ventilación fue óptima en el 98 % de los pacientes (precisando maniobras de ajuste en 26 pacientes) y fue imposible en 4 casos.

Nuestros resultados muestran que un porcentaje elevado de pacientes recibe números inferiores de LMAP al recomendado. Las PFO de la LMAP son superiores cuando la elección se hace según la recomendación clásica según el peso.

Palabras clave: Dispositivo supraglótico, mascarilla laríngea.

P-14 EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE PREDICTORES DE VÍA AÉREA DIFÍCIL Y FUNCIONAMIENTO DE LA MASCARILLA LARÍNGEA PROTECTOR

J. Martínez Giner¹, E. Burchés Feliciano¹, J. Domenech², A. I. Fernández³, J. Zaballos⁴, A. López⁵, C. Norton Mexedo⁶, M. Zaballos¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital Clínic de Barcelona. ³Complejo Asistencial de León. ⁴Policlínica Guipúzcoa. San Sebastián. ⁵Hospital La Fe. Valencia. ⁶Centro Hospitalar do Porto

Objetivos: La LMA-Protector (LMAP) es el último dispositivo supraglótico (DSG) de segunda generación desechable, actualmente disponible en la práctica clínica. Desconocemos si la presencia de parámetros de vía aérea difícil (VAD) se asocia a dificultad en la inserción o ventilación con este dispositivo. Nuestro objetivo fue evaluar si la asociación de varios predictores de VAD se relacionó con la facilidad y maniobras de inserción de la mascarilla laríngea protector (LMAP), con la eficacia de la ventilación inicial, cambio de tamaño o cambio por otro dispositivo supraglótico.

Métodos: Tras la aprobación por el comité de ética y registro del estudio (NCT03272776) se incluyeron pacientes ASA I-III con indicación de DSG para el procedimiento quirúrgico propuesto. Investigadores expertos en el uso de DSG realizaron las inserciones de la LMAP. Se registraron los siguientes parámetros de evaluación de VAD: presen-

cia de Mallampati III-IV, distancia tiromentoniana < de 6 cm, rigidez de cuello, disminución de apertura bucal y se incluyó la presencia de obesidad (IMC > 30). Se relacionó la presencia de estos factores con la facilidad de inserción y funcionamiento de la LMAP. Estadística: SPSS-20; se realizó el test de Anova y el test de la Chi cuadrado.

Conclusiones: Se estudiaron 247 pacientes (67 %-mujeres) con edad de 51 ± 14 años, y clasificación ASA I: 41 %; ASA II: 54 % y ASA III: 5 %. El 72,3 % de los pacientes no presentaba ningún predictor de VAD, el 20,9 % un predictor, el 5,3 % 2 predictores y el 1,5 % 3 predictores. Un 16 % presentaba un IMC > 30 kg/m². No se relacionó la presencia de predictores de VAD con resistencia en la inserción, tiempo de inserción, necesidad de cambio en el tamaño de la LMAP, ventilación inicial óptima ni con la presión de sellado obtenida con el dispositivo.

Nuestros resultados muestran que en manos expertas, la presencia de predictores de VAD y un IMC > 30 kg/m² no ha condicionado la técnica de inserción ni el funcionamiento de la LMAP. Debemos destacar que la proporción de pacientes con más de tres predictores ha sido mínima en la cohorte evaluada.

Palabras clave: Mascarilla laríngea, vía aérea difícil.

P-15 ¿ES LA ROPIVACAÍNA UN ANESTÉSICO LOCAL NO CARDIOTÓXICO?

S. García, I. Fernández, A. Melone, O. Varela, R. López-Menchaca, I. Mantilla, D. Callejo, M. Zaballos García

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: Las técnicas de anestesia locorregional forman parte esencial del manejo analgésico multimodal en la cirugía ambulatoria. La ropivacaína es considerada como un agente anestésico local potente y asociado a una menor toxicidad cardíaca en comparación con otros anestésicos locales. Sin embargo a pesar de esta consideración se han descrito numerosos casos clínicos en los que su administración accidental ha ocasionado complicaciones importantes incluyendo arritmias graves, episodios de taquicardia ventricular e incluso parada cardíaca. Su mecanismo de cardiotoxicidad se relaciona con el bloqueo de la corriente rápida de sodio durante la despolarización de las células cardíacas. Estudios *in vitro* han mostrado que esta toxicidad se incrementa con el aumento de la frecuencia cardíaca.

Este hecho puede condicionar que ante una intoxicación accidental por ropivacaína puede existir una intoxicación cardíaca grave oculta, que se evidenciaría con el incremento de la frecuencia cardíaca. Nuestro objetivo fue caracterizar en un modelo *in vivo* la cardiotoxicidad de la ropivacaína relacionada con la frecuencia cardíaca.

Métodos: El estudio fue aprobado por el comité de ética animal. Se estudiaron 8 animales de la raza Large White que fueron premedicados con ketamina y anestesiados con tiopental sódico, 5 mg/kg. El mantenimiento anestésico se realizó con sevoflurano 1 CAM (2,6 %). Se procedió a la instrumentalización del animal mediante la canalización de los vasos femorales. Se avanzaron los catéteres intracavitarios mediante control fluoroscópico hasta posicionarlos en la aurícula, ventrículo derecho y en la región del Haz de His. Tras un periodo de estabilización se determinó el umbral de estimulación ventricular, se realizaron los registros basales y se evaluó la conducción ventricular en ritmo sinusal y tras un protocolo de estimulación ventricular con altas frecuencias de estimulación a 400 ms (QRS400; a 150 lpm) para evidenciar el efecto tóxico dependiente de la frecuencia cardíaca. A continuación se administró ropivacaína (6 mg/kg en dos animales y 5 mg en 6 animales) evaluándose los efectos de toxicidad al 1, 5, 10, 15 y 30 minutos. Estadística: análisis de la varianza de medidas repetidas.

Resultados: Dos animales, que recibieron 6 mg/kg ropivacaína, fallecieron a los minutos por hipotensión grave. En el resto de animales se administró 5 mg/kg. Los niveles de ropivacaína se situaron entre 7940 a 5450 ng/ml, desde el minuto 5 hasta los 30 minutos respectivamente. La ropivacaína ocasionó un efecto muy intenso de toxicidad tanto en ritmo sinusal como en ritmo estimulado, así el intervalo QRS se prolongó en ritmo sinusal desde 67 ± 9 ms hasta 97 ± 18 ms; $p = 0,0001$; con la estimulación a 400 ms se prolongó desde 99 ± 6 ms a 355 ± 73 ms; $p = 0,0001$. El incremento medio máximo del QRS400 fue de 260 %. A los diez minutos de la administración de ropivacaína, todavía persistía un incremento intenso del 90 % en este parámetro, sin embargo, el intervalo QRS en ritmo sinusal presentaba valores en rango normal (82 ± 6 ms).

Conclusión: La ropivacaína se ha asociado con un efecto cardiotoxico muy importante y que ha sido evidenciado con frecuencias rápidas de estimulación. Este experimento ha desenmascarado un fenómeno cardiotoxico oculto que persiste de forma intensa incluso a los 10 minutos de la administración del fármaco. Estos hallazgos sugieren que ante una intoxicación accidental por ropivacaína, se deben extremar las medidas de precaución y evitar la estimulación simpática hasta que los parámetros de cardiotoxicidad estén totalmente restablecidos.

Palabras clave: Ropivacaína, cardiotoxicidad.

P-16 LIDOCAÍNA INTRAVENOSA Y REQUERIMIENTOS DE OPIÁCEOS EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE DOS RÉGIMENES DE ADMINISTRACIÓN

E. González Benito, S. García Ramos, J. V. Martínez Giner, E. Burchés, N. Fernández, A. Reyes, M. López-Gil, M. Zaballos García

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Los efectos adversos de los opiáceos en cirugía mayor ambulatoria (CMA) se relacionan con parámetros de recuperación postoperatoria, incluyendo la presencia de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), mareo, retraso en la deambulacion y en el alta domiciliaria. Existe una intensa búsqueda de alternativas a la administración de opiáceos como el uso de ketamina, magnesio, gabapentina y lidocaína intravenosa. Sin embargo, con excepción de la lidocaína el resto de agentes puede asociarse con efectos adversos y retrasos en el despertar que los hacen inapropiados para CMA. La lidocaína ha mostrado su eficacia analgésica, antihiperalgésica y antiinflamatoria. Desconocemos cuál es la pauta de lidocaína eficaz en la colecistectomía laparoscópica (CL) ambulatoria. El objetivo de nuestro estudio fue comparar el efecto de dos regímenes de administración de lidocaína en parámetros de dolor postoperatorio, consumo de opiáceos e incidencia de NVPO en pacientes intervenidos de CL.

Métodos: Se incluyeron 78 pacientes programados para CL (ASA I-III) con una edad media de 51 ± 14 años. El protocolo anestésico incluyó: analgesia multimodal (AINE, infiltración de la herida) y profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios según criterios de Apfel. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: grupo perfusión lidocaína (GPL; $n = 41$): dosis bolo de 1,5 mg/kg en la inducción, seguido de una perfusión de 1,5 mg/kg/h; y grupo dosis bolo (GBL; $n = 37$) en el que solo se administró la dosis de bolo de la inducción. El grupo GPL recibió propofol y el grupo GBL desflurano en el mantenimiento. Se evaluaron el dolor mediante escala numérica verbal (ENV) incidencia de NVPO, estancia en la unidad e ingresos no previstos. Estadística: T de Student, U de Mann-Whitney y X².

Resultados: No hubo diferencias en los parámetros antropométricos y clasificación ASA de los pacientes entre ambos grupos. La duración de la cirugía fue superior en GPL: 54 ± 15 vs. 44 ± 10 min en GBL; $p = 0,0001$. La dosis total de fentanilo (quirófano y URPA) fue inferior en el GPL: 121 ± 49 vs. 199 ± 65 μ g, $p = 0,0001$. No hubo diferencias en el grado de dolor (ENV) en la URPA: GPL mediana de 3 rango intercuartil de 2-5; y GBL 4 (2,75-5); $p = 0,56$. La incidencia de NVPO fue inferior en el GPL 2,4 % vs. 16 % en el GBL, $p = 0,037$. El tiempo de estancia en la unidad fue inferior en el GPL: 350 ± 78 vs. 391 ± 111 minutos; $p = 0,08$. Cinco pacientes ingresaron de forma no prevista 2 en el GPL y 3 en el GBL; NS. No hubo diferencias en el dolor a las 24 h de la cirugía ni en la presencia de NVPO en domicilio.

Conclusiones: La administración de lidocaína en la CL en perfusión continua ha disminuido significativamente las necesidades de opiáceos perioperatorios en comparación con una dosis en bolo única. Asimismo se ha asociado con una menor incidencia de NVPO y tiempos de estancia en la unidad, aunque en el límite de la significación estadística. Estos resultados muestran un perfil más favorable de recuperación postoperatoria en la CL con la utilización de una perfusión continua de lidocaína.

Palabras clave: Lidocaína, analgesia, CMA.

P-17 ALGORITMO SIMPLIFICADO DE NÁUSEAS Y VÓMITOS POSTOPERATORIOS. APLICABILIDAD EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

E. González Benito, S. García, I. Fernández, A. Reyes, S. Agustí, M. López Gil, M. Zaballos

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: La identificación de pacientes de riesgo de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) y su profilaxis es un elemento esencial en la práctica de la anestesia en cirugía ambulatoria. Clásicamente se vienen utilizando los criterios de Apfel que consideran los siguientes factores de riesgo: mujer, no fumador, antecedentes de NVPO/cinetosis y la administración de opioides postoperatorios. En función de la presencia de factores de riesgo de NVPO, se establece o no la administración de diferentes fármacos o estrategias antieméticas como la realización de una anestesia total intravenosa (TIVA). Sin embargo, el seguimiento de esta escala es muy variable en la práctica clínica. Recientemente se ha propuesto simplificar la escala de NVPO y aplicar una pauta que en mujeres incluiría el uso de tres fármacos o medidas antieméticas y en hombre dos. El objetivo de nuestro estudio fue comparar en una muestra de pacientes intervenidos en CMA el grado de cumplimiento de la profilaxis de NVPO considerando la escala de Apfel *versus* la escala simplificada.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una recogida de datos prospectiva de pacientes programados para CMA y sometidos anestesia general. Se analizaron los factores de riesgo de NVPO según la escala de Apfel y según escala simplificada por género. Se analizó los agentes antieméticos administrados y la incidencia de eventos eméticos en el postoperatorio.

Análisis estadístico realizado con SPSS versión 20. Se muestran datos descriptivos y porcentajes. Test de Chi cuadrado.

Resultados: Se analizaron los datos de 200 pacientes, 58 % mujeres. La edad media fue de 46 ± 17 años, y la clasificación ASA I: 60 %; II: 38 % y III: 2 %. La profilaxis de NVPO según criterios de Apfel fue realizada correctamente en un 22 % de los pacientes, se realizó sobretratamiento en un 71,5 % e infratratamiento en un 6,5 % de los casos. Cuando se evaluó mediante la nueva escala simplificada, se hizo tratamiento adecuado en el 38 % de los casos, tratamiento por defecto en el 59,5 % y por exceso en el 2,5 % de los casos. Se analizó la incidencia de eventos eméticos precoces que ocurrieron en 17 (8,5 %) pacientes, en 15 de los cuales la profilaxis estuvo bien o por exceso de acuerdo a criterios de Apfel. Sin embargo, al evaluar la incidencia de eventos eméticos según la escala simplificada, 14 pacientes con NVPO pertenecían al grupo de profilaxis por defecto ($p = 0,045$).

Conclusiones: Los resultados iniciales de nuestro análisis muestran que la realización de una profilaxis de NVPO de acuerdo con criterios simplificados en función del género del paciente predice de una forma más eficaz la incidencia de NVPO en CMA. La implementación de esta nueva escala simplificada en estudios prospectivos realizados en el ámbito de la CMA puede resultar en una mayor adherencia a la profilaxis y conseguir una disminución de los eventos eméticos postoperatorios.

Palabras clave: Náuseas, vómitos, profilaxis.

CIRUGÍA

P-18 CONTROL SINTOMÁTICO Y MORBILIDAD EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO SOBRE 582 PACIENTES

C. Bustamante Recuenco¹, A. Andonaegui de la Madrid¹, M. T. Alonso Ramos², M. J. Castillo Fe², B. Ramos Lojo², E. Quirós Higuera², C. Sánchez-Cabezudo Díaz-Guerra², J. L. Porrero Carro²

¹Hospital Universitario de Getafe. ²Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Objetivos: El control del dolor postoperatorio y las complicaciones inmediatas suponen los principales obstáculos a la hora de incluir una determinada intervención en régimen de CMA. En este estudio analizamos la evolución postoperatoria inmediata de los pacientes en una unidad de cirugía ambulatoria.

Métodos: Planteamos un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo en el que incluimos a todos los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria en nuestro centro entre el 1 de enero y el 31 diciembre de 2015. A las 24 horas de la intervención mediante entrevista telefónica se reunieron datos sobre: dolor, fiebre, náuseas o vómitos, complicaciones herida quirúrgica, admisión en Urgencias, consulta telefónica y estado general. También se recogieron datos relativos a: sexo, edad y clasificación ASA.

Resultados: Se registraron 582 pacientes: 452 varones y 130 mujeres. Edad media: 48,67 años (DT: 16,26). ASA: 156 ASA I, 403 ASA II, 23 ASA III. Diagnóstico: 454 patología pared abdominal, 116 patología proctológica y 12 partes blandas. Datos tras 24 horas: dolor: 43,81 % no refirieron dolor, 49,48 % dolor leve y 2,40 % dolor intenso; fiebre: 2 pacientes; náuseas o vómitos: 6 pacientes. Complicaciones herida quirúrgica: 15 pacientes inflamación y 5 sangrado, todos ellos autolimitados. 4 pacientes acudieron a urgencias: 1 por dolor y 3 por sangrado herida, no requiriendo tratamiento específico. 1 paciente consultó telefónicamente.

Estado general: 98 % bueno o muy bueno.

Conclusiones: El control sintomático en el postoperatorio temprano en esta serie fue de una gran calidad, presentándose dolor intenso en menos del 5 % de los pacientes y con un 43 % que no refirieron ninguna molestia. Se objetivaron efectos adversos en únicamente 10 pacientes (1,71 %). La morbilidad postoperatoria temprana fue escasa en nuestra serie, ya que solo el 3,43 % de los pacientes presentaron complicaciones a nivel de la herida quirúrgica, siendo todas ellas de carácter menor.

Palabras clave: Dolor, morbilidad, temprana, ambulatoria, sangrado.

P-19 TASA DE RECURRENCIA Y MORBILIDAD EN REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO SOBRE 252 PACIENTES

C. Bustamante Recuenco¹, J. L. Porrero Carro², O. Cano Valderrama³, M. T. Alonso García², M. J. Castillo Fe², E. Quirós Higuera², S. M. Villar Riu², C. Sánchez-Cabezudo Díaz-Guerra²

¹Hospital Universitario de Getafe, Madrid. ²Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid. ³Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid

Objetivos: La eventración es una patología muy frecuente, al presentarse en el 12-15 % del total de laparotomías realizadas. Su reparación quirúrgica en régimen de CMA supone una alternativa eficiente. En el presente estudio realizamos una revisión de los resultados en nuestra unidad de CMA.

Métodos: Llevamos a cabo un estudio descriptivo, observacional y de tipo retrospectivo en el que hemos analizado las eventraciones intervenidas desde el 01/2004 hasta el 31/12/2015. Se recogieron datos relativos a: sexo, edad, tipo laparotomía previa, tipo eventración, tamaño y área defecto pared, técnica anestésica, técnica quirúrgica, complicaciones y tasa de recidiva.

Resultados: El número total de eventraciones fue de 1081, de las cuales 252 (23,3 %) se realizaron en régimen de CMA. El 8,7 % de las laparotomías previas fueron laterales, el 41,7 % medias y el 49,6 % por orificio de trocar. La localización fue principalmente periumbilical, con un 17,85 % tipo M2 y un 64 % tipo M3. El tamaño medio del defecto fue de 2,70 cm (DT: 1,86) x 2,47cm (DT: 1,26), con un área media de 8,08 cm². Anestesia: anestesia regional (70,23 %), general (21,82 %) y local (7,95 %). Técnica quirúrgica: eventroplastia preperitoneal (74 %), eventroplastia intraabdominal (20,7 %), retromuscular preaponeurótico (3,96 %). Se registraron 7 complicaciones postquirúrgicas

(1 neuralgia crónica, 1 hematoma y 5 seromas) resueltas con tratamiento conservador. Se objetivó un 8 % de recidivas tras un seguimiento medio de 3 años (DT: 1,6).

Conclusiones: La reparación de las hernias incisionales puede ser llevada a cabo en régimen de cirugía ambulatoria, ya que presenta índices de efectividad y seguridad similares a los de cirugía con ingreso, si bien se debe realizar una adecuada selección según las características del paciente y de la eventración. Las técnicas protésicas y en especial de las mallas composite autoexpandibles representan una buena alternativa para el tratamiento ambulatorio de eventraciones de tamaño pequeño-mediano.

Palabras clave: Eventración, CMA, eventroplastia, complicaciones, recidiva.

P-20 VALOR ECONÓMICO DE LA SAFENECTOMÍA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

M. Mozo Segurado¹, J. C. Cagigas Lanza¹, L. E. Gutiérrez Cantero¹, M. Bolado Oria¹, P. Ruiz Álvarez¹, P. Cagigas Roecker², C. R. Lavín¹, A. J. Gutiérrez Ruiz¹

¹Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria. ²Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo, Vizcaya

Objetivos: La necesidad de conocer los costes de la actividad realizada para conseguir una mayor eficiencia en el rendimiento de los recursos públicos, y la asignación de recursos a cada centro proveedor ha propiciado la necesidad de conocer los costes de la actividad realizada en CMA.

Métodos: En el coste por estimación por proceso se analizan el hospital (H) Valdecilla, nivel III, H Sierrallana, nivel II y H de Laredo, nivel I. Se obtiene el coste medio de todos los pacientes dados de alta en el determinado Grupo relacionado con el diagnóstico (GRD) código I19 y CIE-9 con 38.59 de safenectomía.

Conclusiones: Se observa menor coste en CMA que con ingreso. Durante el año 2014 el HUM Valdecilla (III) tiene menor coste la cirugía de varices mediante la safenectomía (954,55) que la prevista en la orden de precios (1082,15). El GRD 119 presenta en CMA un coste en el 2012-2014 desde 1345,1/ 1191,05/954,55 (III), 625,54/540,20/673,28 (II) y 1396,34/1211,55/1268,88 (I), respectivamente. El GRD 119 presenta un coste en el 2012-2013 en el ingreso, desde 2820,77/2696,53/ (III), 1816,90/1709,99 (II) y -/2287,97 (I) €, respectivamente. En el año 2014, hay reducción del coste respecto al 2013, en H de Valdecilla. Hay un leve aumento en el Hospital Sierrallana y Hospital de Laredo. El mayor coste por proceso de CMA es en el hospital de Laredo, respecto a la orden de precios en 2014.

Los hospitales de nivel I y II son más baratos que el hospital de nivel III para realizar CMA de la safenectomía. Solo el Hospital Sierrallana de nivel II es más barato que los conciertos y la orden de precios (673.28 €), por lo que es el más idóneo para la Comunidad de Cantabria en coste-efectividad.

Palabras clave: CMA, coste, eficiencia, safenectomía.

P-21 MODELO GEOGRÁFICO DE LA CIRUGÍA AMBULATORIA DE LAS VARICES EN EL ÁREA III-IV DE LA COMUNIDAD DE CANTABRIA

M. Mozo Segurado¹, J. C. Cagigas Lanza¹, L. Cotruta¹, P. Ruiz Álvarez¹, R. Gonzalo González¹, P. Cagigas Roecker², C. R. Lavín¹, A. J. Gutiérrez Ruiz¹

¹Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria. ²Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo. Vizcaya

Objetivos: Actualmente estamos aplicando la geografía de la atención sanitaria en el estudio de la distribución y relación de la patología de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), y sus centros de salud afectados.

Métodos: Se estudiaron 382 pacientes intervenidos por CMA, (210/3290 en 2013; 172/3006 en 2014) dentro del área III y IV de la Comunidad de Cantabria-España. Se aplicó la codificación en GRD de 119 y CIE-9 de 38,59.

Conclusiones: Se han intervenido con safenectomía en el circuito de CMA pacientes procedentes de 64 de 307 y 49 de 306 poblaciones en 2013 y 2014, respectivamente. Se aprecian 15 poblaciones menos en 2014. En la zona de alta montaña como Potes y la zona costera como Polanco, tan distintas no hay esta cirugía. En zonas de alta montaña con buen acceso son > 50 % de la CMA. En 2013 no hay pacientes de San Vicente de la Barquera, y al contrario no hay de Santander en 2014. En las poblaciones grandes con ASA I disminuyen en 2014, con respecto a 2013. La población de Torrelavega, que es la principal del área III-IV, tiene el mayor número de ASA I y II. Se observa que en 2014 en las poblaciones cercanas se hicieron menos ASA moderados I y II que en 2013. En poblaciones grandes, los pacientes con ASA II y III aumentan y pueden ser atendidos como CMA. En la geografía de las varices, la población con más habitantes del área III-IV, (Torrelavega), presenta mayor cantidad de esta cirugía (66 más 53) en CMA, en el estudio bianual respectivamente.

La CMA por población nos permite ver el comportamiento de los pacientes hacia su área sanitaria y centro de salud para estimar cálculo de coste y dotación.

Palabras clave: CMA, safenectomía, ASA.

P-22 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN ADULTOS MAYORES

M. Mozo Segurado¹, J. C. Cagigas Lanza¹, L. Cotruta¹, C. R. Lavín¹, J. L. Ruiz Gómez¹, P. Ruiz Álvarez¹, P. Cagigas Roecker², A. J. Gutiérrez Ruiz¹

¹Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria. ²Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo. Vizcaya

Objetivos: Se estudió a los adultos mayores o > 65 años de edad en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del área III-IV de Cantabria, de forma bianual, 2013-2014.

Métodos: Se analizaron 1674 pacientes intervenidos sobre 3290 de CMA (50,8 %) en el año 2013 (a) y 1508 pacientes intervenidos sobre 3006 de CMA (50,1 %) en el año 2014 (b), con edad > 65 años. Por sexo fue de 56,9 % (a)/54,11 % (b) en mujeres, respectivamente. La edad media fue de 76,91 (a)/76,99 (b), con rangos de (66-101) años.

Conclusiones: Se analizó el riesgo anestésico que fue 3,8/5,1 % ASA 0, 3,2/2,9 % ASA I, 60,8/65,3 % ASA II, 29,09/25,3 % ASA III, 0,7/1,12 % ASA IV, a/b respectivamente). La oftalmología fue un 78,07/76,40 %, la cirugía general, con 10,39/12,26 %, la traumatología disminuyó de 5,85/3,84 %, la anestesia con 2,15/3,77 % aumentó, la ginecología con 1,61/1,92 % tuvo menor aumento, la otorrino (ORL) no varió de 1,43/1,39 %, de a/b. La vigilancia anestésica monitorizada (VAM) se utilizó en 1446/1776, la raquianestesia con 54/58, la anestesia general con intubación 52/57, la mascarilla laríngea con 60/47, el plexo braquial con 6/2, bloqueo retrobulbar con 5/2, la anestesia regional endovenosa (ARE) fueron 6/6, bloqueo troncular fueron 16/1, la anestesia local con sedación en 24/45 casos, siguiendo la relación a/b respectivamente. La tasa de ingresos fue del 2,32 % en los dos casos a/b, y una edad media de 75,4/76,2 años, con rangos (66-97). Hubo más varones en 2014 (> 12,8 %). La cirugía general fue la más frecuente con 19/16 pacientes, en a/b. La hernia inguinal fue el ingreso más frecuente con 12 (a)/8 (b), por hematomas. Por anestesia fue la VAM (11/12), la ML (9/5), y raquianestesia (7/6).

La edad mayor de 65 años no influyó en el tiempo quirúrgico y coste-oportunidad. En nuestro estudio encontramos que 1 de cada 2 pacientes de CMA son mayores de 65 años.

Palabras clave: CMA, ASA, anestesia.

P-23 BRAQUITERAPIA PROSTÁTICA DE ALTA TASA: UN PROCEDIMIENTO ADECUADO PARA CMA

L. Muñiz Suárez, J. Gracia Bernad, C. Plaza Alonso, A. T. Roberto Alcácer, O. Matos Orozco, D. Hijazo, A. Asensio Matas, B. Blasco Beltrán

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Objetivos: Revisar todos los casos, evaluar la satisfacción de los pacientes y los costes de la braquiterapia HDR realizada en el HCU Lozano Blesa, tanto en régimen de ingreso como en cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Métodos: Revisión de todas las braquiterapias HDR realizadas en el Hospital Clínico Lozano Blesa desde el año 2010 hasta 2017, tanto en régimen de ingreso como de CMA, evaluando la satisfacción de los pacientes, mediante un cuestionario telefónico de 14 preguntas, cuya puntuación máxima es de 5 puntos por pregunta y estructurado en 4 bloques (información previa, estado del paciente en el pre y postoperatorio, complicaciones y evaluación del servicio de Urología).

Análisis de los costes que suponen ambas formas de realizar la braquiterapia HDR, ingreso y CMA.

Resultados: Se realizaron 117 procedimientos de los cuales 91 han sido llevados a cabo con ingreso y 26 en régimen de CMA. Contestaron al cuestionario 64 pacientes, los 53 pacientes restantes no respondieron por distintos motivos (éxito [6], cognitivo [4], negación [2], ausencia de respuesta telefónica [41]).

Complicaciones en el postoperatorio inmediato: 0 en ambos grupos.

Las medias (sobre un máximo de 5 puntos) de los bloques han sido:

- Información previa: en ingreso 4,41/5, en CMA 4,25/5.
- Estado del paciente: en ingreso 4,01/5, en CMA 3,98/5.
- Complicaciones: 5 en ambos grupos.
- Evaluación del Servicio de Urología: en ingreso 4,65/5, en CMA 4,73/5.

La media de satisfacción global de pacientes ingresados ha sido de 4,47/5, mientras que la media de CMA ha sido de 4,45/5. Gastos hospitalarios: 500 € cama/día. Ingreso de tres días: 2500 € frente a CMA: 500 €.

Conclusiones:

- La braquiterapia de próstata de Alta Tasa (HDR) es un procedimiento adecuado para realizar en régimen de CMA, ya que no supone, en sí, un riesgo para la aparición de complicaciones.

- La realización de HDR en CMA disminuye el gasto hospitalario.
- La satisfacción de los pacientes es muy similar en ambas modalidades de realización de la intervención.

Palabras clave: Braquiterapia, HDR, próstata, CMA.

P-24 PROCTOLOGÍA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) Y CORTA ESTANCIA (CE). CASUÍSTICA 2015-2017

J. Damián Turiño-Luque, A. J. Cabello Burgos, C. Rodríguez Silva, A. Bayón Muñiz, J. Rivas Becerra, M. Pérez Reyes, A. Martínez Ferriz, J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Conocer los resultados en proctología en nuestra unidad.

Métodos: Análisis observacional descriptivo de los pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria desde el 1 de enero de 2015 a 31 de diciembre de 2017.

Registro de datos prospectivo mediante el programa SPSS 19.0 (IBM Statistics) incluyendo: características demográficas, patología y procedimiento, estancia, complicaciones, causa de pernocta no planificada, revisión en consulta.

Resultados Se programaron un total de 715 pacientes, de los que se intervinieron 681 (tasa de suspensión 4,75 %; n = 34), realizándose 699 procedimientos. 581 pacientes (85,3 %) fueron programados en régimen de CMA, siendo alta el 89 % (n = 517).

Principales causas de suspensión: falta de tiempo 41,2 % (n = 14); cuadro catarral/fiebre 14,7 % (n = 5); no presentado 11,8 % (n = 4); preoperatorio insuficiente 8,8 % (n = 3).

Distribución por sexos 65,1 vs. 34,9 % (hombre vs. mujer). Edad (años): media 42,25; mediana 42 (DS ± 16,666); rango 14 a 82.

Estancia CMA + CE (días): media 0,27; mediana 0 (DS ± 0,699); rango 0 a 11.

Distribución de patologías y principales procedimientos:

1. Sinus pilonidal (n = 228; 32,6 %): exéresis bloque 96,5 % (n = 220).
2. Fístula perianal (n = 185; 26,5 %): fistulotomía 43,2 % (n = 80); fistulectomía 16,7 % (n = 31); fistulectomía + fistulotomía 18,4 % (n = 34); setón 14,6 % (n = 27).
3. Hemorroides (n = 178; 25,5 %): Milligan-Morgan 76,9 % (n = 137); Harmonic FOCUS® Shears 10,1 % (n = 18); Bandas 3,3 % (n = 6).

4. Fisura anal (n = 62; 8,8 %): esfinteromía lateral interna 93,5 % (n = 58).
5. Condilomas (n = 30; 4,3 %): exéresis 100 %.
6. Otros (n = 16; 2,3 %): plastias, Delorme, exéresis.

Tasa de pernocta no planificada fue del 11 % (n = 64) por causas: médico/anestésico 67,2 % (n = 43), no consta 14,1 % (n = 9), propio paciente 10,9 % (n = 7), quirúrgico 7,8 % (n = 5). Revisión en consulta y complicaciones:

1. Sinus pilonidal: alta 83,3 % (n = 190); complicación 6,1 % (n = 14); seguimiento 0,4 % (n = 1); ILEQ 3,5 % (n = 8).
2. Fístula perianal: alta 72,9 % (n = 135); complicación/seguimiento 22,7 % (n = 42); ILEQ 4,3 % (n = 8).
3. Hemorroides: alta 77,5 % (n = 138); complicación 9,5 % (n = 17); seguimiento 1,6 % (n = 3).
4. Fisura anal: alta 96,7 % (n = 60); complicación 1,6 % (n = 1); ILEQ 1,6 % (n = 1).
5. Condilomas: alta 76,7 % (n = 23); complicación/seguimiento 6,6 % (n = 2).
6. Otros: alta 93,7 % (n = 15); seguimiento 6,3 % (n = 1).

Conclusión: El 80,2 % de los procedimientos realizados son alta en la primera o segunda revisión. Nuestra tasa de complicaciones en hemorroides y sinus son 9,5 % (n = 17) y 6,1 % (n = 14) respectivamente, si bien de estos el 17 % (n = 3) y el 7 % (n = 1) precisan de seguimiento. El setón es la principal causa de seguimiento en la fístula perianal.

Palabras clave: Proctología, cirugía mayor ambulatoria, complicaciones, seguimiento.

P-25 100 CASOS DE HERNIOPLASTIA LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

R. Díaz¹, C. Guijarro¹, F. Hernández¹, H. Aguado¹, S. Aguado², L. M. Hernández², F. J. Granell¹, F. Nogueras¹

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. ²Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares, Madrid

Objetivos: Presentamos nuestros resultados en cirugía mayor ambulatoria en 100 casos consecutivos de reparación laparoscópica de hernia inguinal, con dos años de seguimiento en consultas externas.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo consecutivo incluyendo variables de necesidad de ingreso, dolor postquirúrgico, reconversión a cirugía abierta y recidiva.

Conclusiones: Las revisiones se han realizado a las 3 semanas (el tiempo en el que se revisa al paciente cara a la reincorporación laboral), 6 meses, 1 año y dos años.

Hemos recopilado un total de 100 casos, con 2 años de seguimiento en consultas externas.

De ellos, ninguno requirió conversión a cirugía abierta durante el procedimiento. 4 de ellos requirieron ingreso (los 4 fueron hernioplastia bilateral, uno de ellos con hernia umbilical asociada) siendo este inferior a 24 h. Han presentado recidiva 4 casos. Solo 1 caso ha presentado dolor más allá de 3 semanas (a los dos meses le hubo desaparecido). Ninguna neuralgia ni anestesia postquirúrgica.

Con estos resultados, podemos afirmar que la hernioplastia laparoscópica es un procedimiento seguro y con buenos resultados en el contexto de la reparación herniaria en unidades de cirugía mayor ambulatoria.

Palabras clave: TAPP, TEP, laparoscopia, UCMA, hernioplastia.

P-26 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN SIN INGRESO, 4 AÑOS DE EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

E. Julià Verdaguer, E. Sánchez Sáez, J. de la Cruz Verdún, A. Ciscar Belles, M. Vila Tura, L. A. Hidalgo Grau, X. Suñol

Hospital de Mataró. Barcelona

Introducción: La colecistectomía laparoscópica (CL) en régimen de cirugía sin ingreso (CSI) es un procedimiento válido y seguro en pacientes seleccionados. Nuestro centro posee una Unidad de cirugía sin ingreso (UCSI) con experiencia. Iniciamos el programa de CL en la misma en junio de 2013.

Métodos: Valoramos todos los pacientes intervenidos de CL del periodo de junio 2013 a diciembre 2017 que cumplieren criterios de inclusión. Criterios de inclusión: mayor de edad, menor de 70 años, ASA I-II, tiempo quirúrgico < 1 h, no complicaciones quirúrgicas ni anestésicas, soporte social adecuado 24 h posoperatorias y entendimiento y aceptación del procedimiento.

Criterios de exclusión: comorbilidades médicas con afectación orgánica, tratamiento con anticoagulantes, colecistitis agudas previas, cirugía supramesocólica y tiempo quirúrgico > 1 h.

Se evaluó el índice de sustitución, los ingresos y reingresos, el tiempo de recuperación en la UCSI, las complicaciones inmediatas, el dolor (EVA), el grado de satisfacción del paciente.

Resultados: De junio 2013 a diciembre 2017 se intervinieron un total de 975 pacientes de CL electiva, de ellos 298 (30 %) se propusieron vía UCSI y de estos 216 (22 %) completaron el régimen de CSI. El tiempo mínimo de estancia en reanimación postquirúrgica fue de 3 h y de estancia en la Sala de Adaptación al medio de UCSI de 6 h. El dolor medio al alta fue de 2 y

a las 24 h < 1. Los pacientes que finalmente no completaron el régimen de CSI debido a prolongación del tiempo quirúrgico, complicaciones anestésicas, náuseas y vómitos o por error en la programación. No hubo ninguna visita a urgencias las primeras 48 h posoperatorias ni reintervenciones urgentes.

Conclusiones: La CL en régimen de CSI es una alternativa válida en pacientes seleccionados. En nuestro centro presentamos resultados similares a los publicados en la bibliografía. En un futuro nos proponemos aumentar la tasa de ambulatorización.

Palabras clave: Colectectomía laparoscópica, UCSI.

P-27 PROGRAMA DE CIRUGÍA PARATIROIDAL SIN INGRESO, 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO

E. Sánchez Sáez, E. Julià Verdaguer, J. de la Cruz Verdún, A. Ciscar Belles, M. Vila Tura, L. Hidalgo Grau

Hospital de Mataró. Barcelona

Objetivos: La cirugía sin ingreso (CSI) es una alternativa válida y segura en la cirugía paratiroidea en pacientes seleccionados, con un protocolo y guía clínica adecuada a este procedimiento. En nuestro centro disponemos de una Unidad de Cirugía sin ingreso (UCSI) de largo recorrido, con gran cantidad de procedimientos y unos índices de calidad validados. Presentamos los resultados de nuestra unidad en relación con la patología de paratiroides, en el periodo de 2014-2017.

Métodos: Se realiza un análisis retrospectivo en base a una base de datos prospectiva de los pacientes propuestos vía CSI entre enero de 2014 y diciembre de 2017. Se requiere de una guía clínica con unos parámetros ajustados, validados y contrastados. Incluyendo todos aquellos pacientes con enfermedad paratiroidea tributarios de cirugía que acepten la vía CSI y sin patología médico-quirúrgica asociada que impida dicha vía; deben residir en un área próxima (< 1 h traslado) con acompañante durante las primeras 48 h. Se evalúa el índice de sustitución, los ingresos no planteados, consultas a urgencias las complicaciones inmediatas y el dolor.

Conclusiones: En el periodo de 2014-2017 se han intervenido un total de 49 pacientes, 25 en régimen de CSI (51 %), no existiendo complicaciones inmediatas. No ha habido ingresos no planeados ni consultas posteriores a urgencias.

Por tanto, la CSI en patología de paratiroides es una alternativa válida a la hospitalización convencional, siempre y cuando se sigan unos criterios válidos y contrastados en una UCSI con cirujanos de larga experiencia en cirugía tiroidea/paratiroides y en CSI.

Palabras clave: Paratiroides, CSI.

P-28 PROGRAMA DE CIRUGÍA TIROIDAL SIN INGRESO, 9 AÑOS DE SEGUIMIENTO

E. Sánchez Sáez, E. Julià Verdaguer, J. de la Cruz Verdún, A. Ciscar Belles, M. Vila Tura, L. Hidalgo Grau

Hospital de Mataró. Barcelona

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 disponemos de una Unidad de Cirugía sin ingreso (UCSI) de largo recorrido, con gran cantidad de procedimientos y unos índices de calidad validados. Presentamos los resultados de nuestra unidad en relación con la patología tiroidea, en el periodo de 2008-2017.

Métodos: Análisis retrospectiva en base a una base de datos prospectiva de los pacientes propuestos vía CSI entre enero de 2009 y diciembre de 2017. Se requiere de una guía clínica con unos parámetros ajustados, validados y contrastados. Teniendo los siguientes criterios de inclusión: bocio multinodular o uninodular cuyo tamaño no sea superior a 50 mm, eutiroideo, aceptación del paciente, área de residencia próximo (< 1 h traslado) y con acompañante durante 48 h; y como criterios de exclusión: patología médico-quirúrgica asociada, patología tiroidea neoplásica, nódulos hiperfuncionantes, complejidad de acto quirúrgico. Se evalúa el índice de sustitución, los ingresos no planteados, consultas a urgencias, el tiempo de recuperación en la UCSI, las complicaciones inmediatas, el dolor.

Conclusiones: En el periodo de 2008-2017 se han intervenido un total de 524 pacientes, 180 en régimen de CSI (34 %), la mayoría mujeres con edad media de 46 años. No ha habido ninguna complicación quirúrgica mayor, ni reintervenciones. El EVA al alta ha sido de 2 y a las 24 h de 1. No ha habido hipocalcemia. Complicaciones menores como equimosis de la herida, náuseas o vómitos han sido causas de ingreso junto a voluntariedad del paciente, aplicación del acto quirúrgico o error de programación.

Por tanto, la CSI en patología tiroidea es una alternativa válida a la hospitalización convencional, siempre y cuando se sigan unos criterios válidos y contrastados en una UCSI con cirujanos de larga experiencia en cirugía tiroidea y en CSI.

Palabras clave: Cirugía tiroidea sin ingreso.

P-29 REPARACIÓN DE HERNIA UMBILICAL ASOCIADA A DIÁSTASIS DE RECTOS EN CMA: UTILIZACIÓN DE MALLA DE POLIPROPILENO PREPERITONEAL

C. Guijarro Moreno, R. Díaz Pedrero, F. J. Granell Vicent, F. Hernández Merlo, H. Aguado López, A. M. Slocker de Arce, F. Noguerales Fraguas

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Objetivos: La presencia de diástasis de rectos representa un factor de riesgo de recidivas y recurrencias de hernias de línea media, que muchas veces requieren de intervenciones en pared abdominal no susceptibles de ingreso en unidades de cirugía mayor ambulatoria.

Presentamos la técnica de reparación de pared abdominal de Bezama (colocación de malla de polipropileno preperitoneal en la extensión línea media supraumbilical) como alternativa para tratamiento de esta patología.

Métodos: Presentamos una serie de casos de 20 pacientes intervenidos en régimen de CMA y cirugía de corta estancia entre octubre de 2017 y febrero de 2018. Todos ellos presentaban hernia umbilical con diástasis de rectos asociada.

De los pacientes ingresados se recogieron los datos de tiempo de estancia y escala de dolor postoperatorio.

Conclusiones: Los 20 pacientes intervenidos mediante esta técnica presentaron buen control del dolor en el postoperatorio inmediato, con escala EVA inferior a 4 en todos ellos, pudiendo recibir el alta en el intervalo previsto. 8 de ellos fueron intervenidos en régimen de corta estancia, pernociando una noche dado que fueron intervenidos después de las 18 h, recibiendo todos el alta a la mañana siguiente.

En conclusión, consideramos esta técnica una buena alternativa para poder ambulatorizar el tratamiento de esta patología.

Palabras clave: Cirugía, pared abdominal, preperitoneal, bezama, CMA.

P-31 LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA ES SEGURA Y EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL EN EL ANCIANO

D. Morales, J. A. Martínez, J. A. Blasco, L. Cristóbal, M. Laínez, A. Lozano, P. Martínez, R. García

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria

Introducción: La cirugía de la hernia inguinal es una de las intervenciones quirúrgicas programadas más

frecuentes en un servicio de cirugía y en la actualidad la gran mayoría se realizan en régimen de CMA. El aumento de la esperanza de vida hace que esta patología se trate cada vez con mayor frecuencia en pacientes mayores, existiendo controversia a cerca de las ventajas de la CMA frente al ingreso convencional en el paciente anciano.

Objetivos: Describir las características clínicas y demográficas, técnicas quirúrgicas empleadas, así como la morbimortalidad de un grupo de pacientes mayores de 70 años intervenidos de hernia inguinal en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Métodos: Estudio retrospectivo de 495 pacientes mayores de 70 años intervenidos de hernia inguinal en régimen de cirugía mayor ambulatoria en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander durante el periodo de enero de 2008 y diciembre de 2014. Se analiza el tipo de intervención, comorbilidades y complicaciones de la cirugía de la hernia en estos pacientes.

Resultados: En nuestro estudio se observó un predominio del sexo masculino (86,9 %). La edad media fue de $76,3 \pm 4,3$ años. La HTA (53,5 %), la cardiopatía (17,2 %) y la diabetes (11,7 %) fueron las comorbilidades más frecuentes. El 17,4 % de los pacientes se encontraban en tratamiento con Adiro® y el 6,5 % con Sintrom®. En cuanto al riesgo anestésico, la mayoría de los pacientes fueron clasificados como ASA II (69,7 %). El tipo de anestesia más utilizada fue la local con sedación (44,8 %). Un 84,6 % de pacientes recibieron profilaxis antitrombótica. La mayoría de casos fueron hernias derechas (54,5 %) e indirectas (60 %). La técnica de Lichtenstein fue la más utilizada (80 %). El tiempo medio de la cirugía fue de $47,1 \text{ min} \pm 48,2$ minutos y la estancia media en la unidad fue de $250 \text{ min} \pm 46,1$ minutos. La complicación más frecuente fue el seroma. Nueve pacientes (1,8 %) ingresaron tras la cirugía. Hubo 3 reintervenciones (0,6 %) y 3 reingresos. Un 90,3 % de los pacientes fueron dados de alta en la primera consulta postquirúrgica. No hubo mortalidad.

Conclusiones: La hernioplastia inguinal en régimen de CMA en pacientes ancianos es un procedimiento adecuado y seguro, con una baja morbilidad y unos estándares de calidad de CMA óptimos. La edad cronológica no debe ser un impedimento para la inclusión de estos pacientes en un programa de CMA.

Palabras clave: CMA, anciano, hernioplastia, morbilidad.

P-32 QUISTE DE NUCK ASOCIADO A HERNIA CRURAL TRATADO EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

D. Morales, E. Toledo, J. A. Blasco, J. Cardo, S. Castanedo, L. Cristóbal, M. Laínez, R. García

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria

Objetivos: El quiste peritoneo vaginal o quiste de Nuck es un vestigio embrionario infrecuente que se forma por una inadecuada obliteración del proceso vaginalis en la mujer. Clínicamente suele presentarse como un aumento de volumen en región crural o perivaginal que tiende a aparecer con los esfuerzos abdominales o la bipedestación, y que aparece de forma intermitente, por lo que su diagnóstico es difícil. Se presenta un caso de quiste de Nuck asociado a una hernia crural tratado en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Caso clínico: Mujer de 43 años que acude a consultas por tumoración inconstante en región inguinal derecha de dos meses de evolución. A la exploración física no se objetivan masas, por lo que se solicita ecografía inguinal con el resultado de formación pseudo-diverticular de 4 x 2,6 x 2 cm ocupada por material anecoico con aspecto quístico compatible con quiste de Nuck. Se decidió realizar reparación quirúrgica, llevándose a cabo una exploración inguinal. La reparación se llevó a cabo por vía abierta anterior a través de una incisión inguinal derecha.

Tras identificarse el quiste, de contenido seroso, se disecó hasta el anillo crural, para después seccionarse. La reparación se realizó mediante un “plug” de polipropileno a nivel del anillo crural fijada con puntos sueltos. La paciente se intervinó en régimen de cirugía mayor ambulatoria, presentando un postoperatorio sin incidencias. La anatomía patológica confirmó la presencia de hiperplasia mesotelial reactiva.

Conclusiones: El quiste de Nuck es una entidad muy poco frecuente, pero que plantea un diagnóstico diferencial difícil con las hernias en región inguino-crural, requiriendo pruebas de imagen y cuyo tratamiento es quirúrgico. La unidad de CMA representa el contexto ideal para el tratamiento de estos pacientes.

Palabras clave: CMA, quiste de Nuck, hernia inguinal, hernia crural.

P-33 IMPLEMENTACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA TIROIDEA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

D. Morales García, S. Castanedo, M. F. Miera, J. A. Blasco, E. Capa, I. Hernández, R. Batanero, M. Varea

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) tiene una cartera de servicios cada vez más amplia, a pesar de lo cual la cirugía tiroidea en régimen de CMA se incorpora muy lentamente a la misma.

Objetivos: Nuestro objetivo ha sido describir la implementación de un programa de cirugía tiroidea en régimen de cirugía mayor ambulatoria y mostrar la experiencia preliminar en el mismo.

Métodos: En el año 2017, planteamos la realización de la cirugía tiroidea unilateral en régimen de CMA en el ámbito de un servicio de cirugía con experiencia en cirugía endocrina en régimen de ingreso. Se implican distintos servicios tanto hospitalarios como extrahospitalarios. Se consensuan los protocolos, criterios de selección y se diseña una vía clínica para el “Proceso Cirugía Tiroidea en CMA”.

Resultados: Durante el periodo de septiembre de 2017 a enero de 2018 se han intervenido 5 pacientes con patología tiroidea unilateral en CMA. Todas las intervenciones fueron realizadas por un mismo cirujano. Se exponen los protocolos elaborados. Cuatro pacientes eran mujeres y uno varón, con una edad media de 56 años (rango 42-72 años). Todos ellos ASA II. La indicación de cirugía fue de nódulo tiroideo unilateral con normofunción. Se realizaron 3 hemitiroideomías derechas y dos izquierdas. El tiempo medio de cirugía fue de 65 minutos, y el de estancia en la unidad de 7 horas. No se dejaron drenajes. Se monitorizó el nervio laríngeo recurrente en todos los casos. No hubo reingresos ni visitas a urgencias. Una paciente presentó seroma. Todos los pacientes están libres de tratamiento sustitutivo hormonal tras la cirugía. No hubo malignidad en la anatomía patológica.

Conclusiones: La cirugía tiroidea en régimen de CMA en unidades con experiencia es segura y factible. La adecuada selección de los pacientes y su consideración como proceso asistencial son claves para su realización.

Palabras clave: CMA, tiroidectomía, morbilidad.

P-34 CIRUGÍA AMBULATORIA Y CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LAS TÉCNICAS ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA

F. Barreiro Morandeira, S. González Vinagre, M. Bustamante Montalvo

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña

Objetivos: Estudiar si la inserción de catéteres de diálisis peritoneal se puede realizar de forma segura en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Estudiar si hay diferencias en cuanto a ambulatorización entre la inserción laparoscópica

de catéteres de diálisis peritoneal y la inserción mediante cirugía abierta.

Métodos: Estudiamos dos grupos de pacientes con insuficiencia renal en estadio terminal, que optan por diálisis peritoneal (DP) como terapia renal sustitutiva y a los cuales se les insertó un catéter de DP. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la investigación de Santiago-Lugo. El catéter utilizado es el catéter autoposicionable desarrollado por Di Paolo en la Universidad de Siena (Italia). El primer grupo (n = 51) se intervino mediante cirugía abierta, y el segundo (n = 51) mediante cirugía laparoscópica (n = 51). El tiempo mínimo de seguimiento fue de un año. El análisis estadístico se realizó mediante el programa de libre distribución Epidat 4.2.

Resultados: En el grupo de cirugía abierta se han incluido en lista de espera como CMA 44/51 casos (86,3 %) y como ingreso 7/51 (13,7 %). En el grupo laparoscópico se han incluido en lista de espera como CMA 45/51 casos (88,2 %) y como ingreso 6/51 (11,8 %). Valor p = 1. En el grupo de cirugía abierta se ha realizado el procedimiento con ingreso en 10/51 casos (19,6 %) y se han realizado como ambulatorios 41/51 (80,4 %). En el grupo de laparoscópico se ha realizado el procedimiento con ingreso en 12/51 casos (23,5 %) y se han realizado como ambulatorios 39/51 (76,5 %). Valor p = 0,810. De los pacientes incluidos en lista de espera como CMA, han tenido que ingresar finalmente 3/44 pacientes (6,8 %) en el grupo de abierto y, en el grupo laparoscópico, 6/45 pacientes (13,3 %). No se han registrado complicaciones de gravedad en ninguno de los grupos.

Conclusiones: La elección de la técnica, abierta o laparoscópica, para la inserción de los catéteres de DP no influye en el índice de sustitución. La realización de este procedimiento en una unidad de CMA presenta un indicador “pernocta no planificada” aceptable. Ambas técnicas en régimen ambulatorio se han mostrado seguras para el paciente.

Palabras clave: Insuficiencia renal, diálisis peritoneal, catéter, cirugía ambulatoria, laparoscopia.

P-38 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA. ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS 100 CASOS REALIZADOS

F. Martínez Ródenas, J. E. Moreno Solórzano, G. Torres Soberano, R. Hernández Borlán, Y. Guerrero de la Rosa, A. Alcaide Garriga, E. Pou Sanchís, J. R. Llopart López

Hospital Municipal de Badalona. Barcelona

Objetivos: 1. Averiguar el grado de aceptación de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria (CLA) en los pacientes candidatos. 2. Comprobar la validez de los criterios de inclusión/exclusión. 3. Confirmar la seguridad de la CLA. 4. Valorar el grado de satisfacción de los pacientes.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo, iniciado en abril 2013 y finalizado en mayo 2017. Se seleccionaron pacientes con colelitiasis sintomática que cumplían criterios preoperatorios de CLA. Recibieron una entrevista informativa; si aceptaban, entraban en el programa. Se les entregó un test de satisfacción. Los resultados fueron analizados estadísticamente.

Resultados: Durante el estudio 116 candidatos a CLA fueron invitados a participar en el proyecto y 16 (14 %) prefirieron ingresar. Aceptaron 100 pacientes (65 mujeres y 35 varones).

La edad media del grupo fue de 42,8 años (rango: 17-67 años). Fueron dados de alta el mismo día de la intervención 90 pacientes (índice de ambulatorización del 90 %) y 10 pacientes ingresaron (7 por criterios de exclusión intraoperatorios y 3 postoperatorios). El 15,7 % tuvieron un EVA > 3 la noche de la operación y el 13,5 % a las 24 horas. Tras el alta, un paciente ingresó a las 24 horas por dolor abdominal; las exploraciones complementarias descartaron complicaciones médico-quirúrgicas. No hubo mortalidad ni morbilidad en el seguimiento.

Conclusiones:

- La CLA es aceptada por el 86 % de los pacientes con criterios de CMA.
- La falta de soporte familiar domiciliaria es el motivo principal de rechazo.
- El 90 % de los pacientes con criterios preoperatorios de CLA fueron dados de alta en régimen de CMA.
- La CLA es segura si se cumplen los criterios estrictos de selección pre, intra y postoperatorios. No ha habido morbilidad en la serie.
- Los criterios de selección son válidos.
- Es fundamental prescribir una analgesia eficaz y asegurar su cumplimiento. El grado de satisfacción ha sido elevado.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, cirugía mayor ambulatoria, cirugía sin ingreso.

ENFERMERÍA

P-39 CONOCER EL GRADO DE COMPRENSIÓN DE LA ANALGESIA DOMICILIARIA DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE ARTROSCOPIA DE HOMBRO Y HALLUX VALGUS EN CMA

R. Domínguez Fernández, R. Redondo Moreno

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos: Se ha detectado una deficiencia en la comprensión de la pauta analgésica recomendada que incluye tramadol como tratamiento domiciliario.

Un significativo número de pacientes no entiende bien el tratamiento y lo lleva a cabo de forma inadecuada. El objetivo general es aumentar el número de pacientes que apliquen correctamente el tratamiento analgésico domiciliario y garantizar una completa comprensión del mismo para lograr un control adecuado del dolor.

Métodos: Se revisaron durante un periodo de 6 meses (de julio a diciembre de 2017) los registros de llamadas postoperatorias que se realizan al día siguiente de la intervención de todos los usuarios intervenidos de artroscopia de hombro y hallux valgus (100 %) para ver cuántos de ellos habían comprendido y aplicado correctamente el tratamiento.

Conclusiones: Durante el periodo revisado se intervinieron 334 pacientes: 290 entendieron el tratamiento (87 %), 44 no lo entendieron (13 %).

94 pacientes fueron intervenidos de artroscopia de hombro: 71 entendieron el tratamiento (76 %) y 23 no lo entendieron (24 %).

240 pacientes fueron intervenidos de hallux valgus: 219 entendieron el tratamiento (91 %), y 21 no lo entendieron (9 %).

A pesar de la entrega del protocolo de analgesia y su explicación, un porcentaje significativo de pacientes no lo entienden y sufre dolor.

A partir de estos resultados se definieron las siguientes acciones de mejora:

1. Difusión de los resultados a todos los profesionales de enfermería para implicarlos en la mejora.
2. Establecer un nuevo protocolo de analgesia más gráfico, que haga el tratamiento más sencillo para el paciente.
3. Elaboración de una encuesta para objetivar que el paciente comprende el tratamiento.
4. Nuevo análisis de la situación.

Palabras clave: Dolor, analgesia, domicilio.

P-40 UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN LA ESTIMACIÓN DEL VOLUMEN URINARIO EN UNA UNIDAD DE REANIMACIÓN POSTOPERATORIA (URPA)

A. Barbachano Piquer, M. Pinedo Garrido, M. J. Moreno Rodríguez, P. de Diego Isasa, C. del Olmo Rodríguez

Hospital Asepeyo. Coslada, Madrid

Objetivos: En el postoperatorio inmediato en URPA la palpación de un abdomen globuloso junto con los síntomas que referían los pacientes, era la forma más habitual para

sospechar una retención urinaria, sin embargo, estos síntomas podían quedar enmascarados en el contexto de una anestesia general o regional. La realización de un sondaje urinario como tratamiento de la retención no siempre era adecuado y podía asociarse a complicaciones.

El objetivo de esta presentación es mostrar como la ecografía nos permite evaluar el volumen de orina evitando el sondaje innecesario.

Métodos: Desde hace un año utilizamos en nuestra unidad la ecografía para el diagnóstico de retención de orina.

Para la determinación del volumen urinario se realiza un corte transversal y un corte longitudinal de la vejiga urinaria mediante una sonda convex de 5-8 MHz obteniéndose tres medidas: ancho, largo y altura de la vejiga. El volumen urinario se puede obtener directamente desde el ecógrafo, aunque no todas las máquinas lo permiten o bien a través de una sencilla fórmula que se relaciona de forma bastante exacta con los volúmenes obtenidos tras el sondaje.

La fórmula que nosotros realizamos resulta de multiplicar 0,5 por la anchura (cm) longitud (cm) y altura (cm) de la vejiga. Con el resultado de esta multiplicación se obtiene el volumen de orina de la vejiga en ml.

Resultados:

- Se realiza ecografía vesical en todos los pacientes que ingresan en URPA tras cirugías mayores de 90 min o con síntomas de retención de orina.
- Se procede a sondaje urinario en aquellos casos en los que el volumen es mayor de 600 ml.

Conclusiones: La ecografía mejora el rendimiento de la exploración clínica evitando sondajes innecesarios y disminuyendo por tanto el número de complicaciones.

Palabras clave: Sondaje urinario, ecografía, retención, orina.

P-41 CERTIFICACIÓN DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: INDICADORES DE PROCESO RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

A. Ferreras Fincias, P. Grence Ruiz, A. de los Ángeles Robles Casado, A. I. García Garbaya

CMA. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Describir los indicadores de proceso relacionados con los cuidados de enfermería en una unidad de CMA certificada según NORMA UNE-EN ISO 9001:2015.

Métodos: Se realizó una revisión de la documentación de control del sistema de gestión elaborada en el año 2014, que fue cuando se certificó la Unidad, siguiendo el Manual de Calidad y los 5 procedimientos de Enfermería definidos. Para cada proceso operativo de Enfermería se definieron 12 indicadores que tras su análisis permitieron rediseñar el mapa general de indicadores.

Resultados: El mapa general de procesos ha quedado definido por 4 procesos y 12 indicadores:

- Proceso de acogida y preparación de pacientes en CMA:
 - 100 % pacientes correctamente identificados.
 - 1,3 % cirugías suspendidas por causas de la organización.
 - 1,7 % cirugías suspendidas por causas mixtas.
 - 3,9 % pacientes trasladados a quirófano con registro preoperatorio de Enfermería específico de CMA.
- Proceso de acto quirúrgico:
 - 12,8 tiempo, minutos entre cirugías.
 - 90 % registros informáticos en el que se especifican los datos completos de la cirugía cumplimentada por la enfermera circulante.
 - 84 % de *checklist* cumplimentados correctamente al día. 0 caídas con lesiones moderadas y/o graves.
- Proceso de adaptación al medio:
 - 82 % pacientes al alta con registro de constantes vitales y dolor.
- Proceso de seguimiento:
 - 2,9 % pacientes que contacta telefónicamente con la unidad en las primeras 24-72 horas por dudas.
 - 3,8 % pacientes que contacta telefónicamente con la unidad en las primeras 24-72 horas por complicaciones.
 - 93,7 % pacientes satisfechos con la intervención quirúrgica (datos 2016).

Conclusiones: El proceso de certificación multidisciplinar garantiza la seguridad y empoderamiento del paciente permitiendo la mejora continua de la calidad del servicio y los cuidados. Analizar los resultados y tratar las no conformidades ha servido para rediseñar los indicadores de proceso buscando un servicio más eficiente centrado en el paciente.

Palabras clave: Indicadores de calidad.

P-45 EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE CIRUGÍA DEL PIE EN EL SERVICIO DE CMA. UN AÑO DE FUNCIONAMIENTO (CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA)

I. Prat Borrás, M. J. Torra Feixas

Fundació Althaia. Xarxa Assistencial. Manresa, Barcelona

Objetivos: Evaluar el protocolo de la cirugía del pie en CMA a través de los indicadores de calidad de proceso y de resultado en un año.

Métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo (octubre 2016-2017) de pacientes programados en CMA, un total de 96 pacientes. Los procesos quirúrgicos fueron: hallux valgus simple, metatarsalgias aisladas, hallux valgus más metatarsalgias según indicación médica.

Los indicadores de proceso son: n.º de pacientes con criterios de CMA/n.º pacientes intervenidos de CMA; n.º de pacientes intervenidos de CMA con bloqueo nervioso periférico/n.º pacientes intervenidos de CMA.

Indicadores de resultados: porcentaje de pacientes con grado de dolor ≤ 3 ; porcentaje de pacientes con satisfacción ≥ 8 (sobre 10) y n.º de pacientes que van a urgencias las primeras 72 horas postoperatorias.

Los resultados de los indicadores de proceso se obtuvieron mediante registro manual sobre la programación quirúrgica, se registraba en Excel y sistema informático de la institución. Los bloqueos poplíteos, revisando la hoja de anestesia. Los indicadores de resultado según cuestionario telefónico realizado a todos los pacientes a las 24 horas postoperatorias. La monitorización se obtuvo revisando la historia clínica del paciente.

Resultados:

- Pacientes programados de CMA y alta hospitalaria por el mismo proceso: 63,54 %.
- Pacientes con bloqueo poplíteo realizado: 64,52 %.
- Pacientes intervenidos con grado de dolor ≤ 3 desde la intervención hasta el momento de la llamada telefónica: 46,15 %; y del 80 % en el momento de la llamada.
- El grado de satisfacción de los pacientes: 100 %.
- La monitorización de los pacientes al servicio de urgencias antes de las 72 h postoperatorias, fue un solo paciente por sangrado de la herida.

Conclusiones: Los resultados obtenidos evidencian que podemos mejorar unificando los criterios de todos los profesionales implicados. Los pilares básicos deben ser la implicación de todos los profesionales, la cohesión multidisciplinar, una buena selección y correcta programación de pacientes.

Palabras clave: Hallux valgus, dolor postoperatorio, satisfacción del paciente.

P-46 ENFERMERÍA AVANZADA DE ANESTESIA: VALORACIÓN PREANESTÉSICA

C. Garrote López, E. Pujol Rosa, I. Rosell Barrachina, M. Uribe

Hospital Moises Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona

Objetivos: Diseñar un nuevo modelo de gestión de la consulta de anestesia y valoración preoperatoria realizada telefónicamente por enfermería.

Métodos: Serán candidatos a este tipo de valoración pacientes ASA I y II para intervenciones de cirugía mayor ambulatoria (CMA) siempre que tengan un documento preoperatorio realizado por un anestesiólogo. Estos pacientes serán seleccionados desde la lista de espera quirúrgica. Basándonos en el documento preoperatorio previo se realiza una recogida de datos mediante la historia compartida de Cataluña, curso clínico ECAP y receta electrónica. Se contacta telefónicamente con el paciente para realizar entrevista e informarle del procedimiento. Se le comunica que el consentimiento informado (CI) se firma el mismo día de la intervención.

Tras la entrevista telefónica se actualiza el documento preoperatorio que es validado posteriormente por un anestesiólogo.

Resultados:

- Gestión de la consulta de anestesia más eficiente.
- Valoración preoperatoria no presencial de enfermería.
- Ahorro de pruebas complementarias.
- Listas de espera dentro de los tiempos de garantía.

Conclusiones: La creación de este modelo ayuda a disminuir y ordenar las listas quirúrgicas manteniendo los tiempos de garantía. Mejora la gestión de las agendas de la consulta.

Con la valoración no presencial realizada por enfermería se disminuye la presión asistencial en la consulta preoperatoria y los costes. Además, permite poder hacer frente al incremento del número de cirugías y a la falta de anestesiólogos.

Este método evita desplazamientos a los usuarios, los cuales lo valoran positivamente.

Palabras clave: Valoración preoperatoria, anestesia, enfermería.

P-47 MEJORANDO LA SEGURIDAD. PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE

A. Cano Beltrán, I. P. García Garrido, J. Capitán Vallvey, C. Capiscol Parras, R. García Ureña, C. Lorite Garzón

Complejo Hospitalario de Jaén

Objetivos: La identificación inadecuada de pacientes es una causa importante en la aparición de complicaciones asociada a errores en la asistencia. La forma más habitual de identificación de pacientes es mediante nombre y apellidos, n.º de habitación, cama, diagnóstico o características físicas o psíquicas, esto se presta a error en

muchas ocasiones por ser estos indicadores variables, motivando errores en la práctica clínica. Por otro lado, la identificación verbal no es suficiente en pacientes con disminución del nivel de conciencia, pérdida de atención o problemas de comunicación, aspectos que pueden aumentar la probabilidad de errores. Con la implantación y desarrollo del “Protocolo de identificación inequívoca” se estandarizarán y unificarán los procedimientos que aseguren la inequívoca identificación de los pacientes atendidos.

Objetivo: Evitar las complicaciones asociadas a los problemas de identificación tales como son: errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, etc.

Implantar un sistema de seguridad en la identificación de todos los pacientes que van a entrar en el Área quirúrgica. Valorar la eficacia de la herramienta de seguridad implantada en nuestra UGC, “Protocolo de identificación inequívoca del paciente”.

Métodos: Se realizan sesiones informativas y formativas al personal del área tanto administrativo como de enfermería sobre el contenido y la puesta en marcha del protocolo de identificación inequívoca del paciente y se dota a los puestos de admisión de la UGC de las pulseras identificativas. Se realizarán auditorías antes de la implantación del protocolo y después de su puesta en marcha siguiendo un cronograma establecido, comparando los resultados de errores de identificación detectados. Asimismo se analizan los efectos adversos registrados relacionados con errores en la identificación del paciente y se harán propuestas de mejora.

Conclusiones: Durante los primeros seis meses de la implantación del protocolo se han realizado dos auditorías, una inicial a los dos meses y otra al cabo de seis meses donde los resultados son sensiblemente mejores, pasando de un porcentaje de errores de un 9,6 % a un 2,05 % de error.

Hay que tener en cuenta que en estos porcentajes de errores están incluidos los días que no se ha podido poner la pulsera identificativa por fallo del sistema informático teniendo que recurrir a métodos de identificación más rudimentarios (etiqueta adhesiva sobre brazaletes).

Áreas de mejora: seguir formando e informando a todo el personal, incluyendo al de nueva incorporación, sobre la importancia que conlleva la identificación inequívoca del paciente para evitar errores en la práctica clínica.

Potenciar la coordinación entre las distintas áreas por las que pasa un paciente verificando la correcta cumplimentación del protocolo.

Palabras clave: Calidad asistencial, identificación de pacientes, efectos adversos.

P-48 SEGURIDAD Y LACTANCIA EN MUJERES INTERVENIDAS EN CIRUGÍA AMBULATORIA. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

S. Gersol, M. Zaballos García, L. Egea Moreno, C. Oliver Barrecheguren, G. Martín Martín, J. A. León Luis, M. Valle Vicente

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: La cirugía ambulatoria representa una modalidad asistencial con indudables ventajas para los pacientes, siendo de especial relevancia en situaciones singulares como en el entorno de la lactancia materna. En este contexto se requiere de un manejo integral por parte de todo el equipo asistencial, específicamente de los cuidados y recomendaciones perioperatorias para tratar con seguridad tanto a la madre como al niño. Recientemente asistimos en la unidad de CMA a una paciente intervenida de cirugía de colecistectomía laparoscópica (CL) que estaba lactando. El objetivo del presente trabajo es el de sensibilizar a los profesionales y proporcionar una información consensuada de cómo atender a pacientes que durante su lactancia son intervenidas el área de CMA.

Métodos: Estudio descriptivo a partir de un caso clínico. Se realizó revisión pormenorizada de los estudios relevantes relacionados con el contexto perioperatorio y la lactancia materna.

Caso clínico: Paciente de 20 años que es intervenida bajo anestesia general de CL sin incidencias relevantes. Tras la intervención quirúrgica y durante su estancia en la URPA la paciente refirió dolor moderado precisándose de la administración de paracetamol. En el área de adaptación al medio presentó un cuadro vasovagal que cedió con la administración de líquidos i.v. y posición de Trendelenburg. Tras lograr los criterios de alta domiciliaria de la unidad, la paciente refiere que se encuentra en situación de lactancia materna y pregunta cuando puede reiniciarla. Tal información de su estado no estaba registrado en ningún informe. Tras consultar con el anestesiólogo, se revisaron los fármacos administrados durante el periodo perioperatorio constatándose que se había administrado droperidol como parte de la estrategia antiemética. Se recomendó que interrumpiera una toma y que se reanudara a continuación. Se llamó a la paciente a las 24 horas sin registrarse incidencias reseñables en ella ni en el niño.

Conclusiones: En la actualidad en el manejo perioperatorio se utilizan fármacos de alta seguridad, y con bajo potencial de excretarse en la leche materna en concentraciones relevantes que puedan afectar al niño. Sin embargo, para garantizar el proceso asistencial en estas situaciones específicas los agentes usados, deberían estar enmarcados en

protocolos farmacológicos, en los que se evalúen de forma conjunta las interacciones sinérgicas y potenciales riesgos para el niño. Se recomienda consensuar aquellos con un mejor perfil de seguridad. Las recomendaciones generales en las pacientes que están lactando y son sometidas a una anestesia general es continuar lactando tan pronto como sea posible, siempre que las condiciones maternas lo permitan. Se recomienda la realización de protocolos específicos consensuados con las comisiones de lactancia en la unidad de CMA para guiar a los profesionales durante todo el periodo perioperatorio en la toma de decisiones, con identificación precoz de las pacientes lactantes y así garantizar la seguridad del paciente.

Palabras clave: Seguridad, lactancia.

GESTIÓN Y CALIDAD

P-49 DISEÑO PRELIMINAR DE UN DOCUMENTO DE SEGURIDAD PARA CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA

A. León Fragoso

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

Objetivos: Elaboración de un documento de seguridad para detectar, prevenir y corregir los errores que puedan ocurrir en el manejo de un paciente a su paso por el hospital para someterse a un proceso de cirugía menor.

Métodos: Basándonos en documentos de seguridad para actuaciones de cirugía mayor, hemos elaborado este documento adecuándolo al paciente de cirugía menor. Para ello se ha tenido en cuenta la opinión de los diferentes profesionales implicados. Además se han añadido algunos ítems específicos enfocados a la prevención de problemas acaecidos por las particularidades de nuestro medio (será maquetado como un documento/imagen en el póster).

- Día previo intervención:
 - Enfermería: historia clínica, consentimiento cirugía, condiciones relevantes.
- Sala de preanestesia:
 - Enfermería preanestesia: confirma identidad, confirma procedimiento, acude acompañado, retirados objetos personales, cumple ayuno recomendado, registro de constantes, mantiene medicación crónica, tiene prescritos antiagregantes/anticoagulantes, alergias.
 - Cirujano: confirma identidad, consentimiento cirugía, confirma procedimiento, pruebas complementarias, sitio quirúrgico marcado, procede rasurado, requiere medicación prequirúrgica.

- Enfermería de quirófano: material necesario cirugía, rasurado realizado, medicación prequirúrgica administrada.
- Quirófano:
 - Enfermería: confirma identidad, procedimiento y alergias, identificado todo el personal de la sala, pulsioxímetro colocado, seguridad eléctrica verificada, recuento de material y gasas, muestras etiquetadas, material a retirar prealta.
- Sala de recuperación:
 - Enfermería: criterios médicos obligatorios (estado de consciencia similar al ingreso, sin signos de depresión respiratoria, estable hemodinámicamente, mínimas náuseas/vómitos, dolor controlable con medicación oral, sin sangrado significativo). Criterios médicos relativos (tolerancia a líquidos, micción espontánea). Criterios no médicos (presencia de acompañante, teléfono de contacto del paciente).

Conclusiones: Este documento está siendo evaluado por la comisión quirúrgica de nuestro hospital para su aprobación y puesta a prueba. Una serie pequeña de errores pueden llegar a resultar en un efecto adverso significativo. Y, aunque infrecuentes, pueden causar un impacto importante en la morbilidad y mortalidad del paciente (ancianos, pacientes institucionalizados, portadores de dispositivos que impiden el uso de bisturí eléctrico, con alergias medicamentosas, etc.). Dada la levedad de las intervenciones a las que se someten, se tiende a subestimar la atención que precisan. Todo se agrava además por la alta rotación de pacientes debido a la corta duración de estas intervenciones. Con este documento se favorece la comunicación entre los diferentes profesionales implicados durante todo el proceso, impidiendo así que se salten pasos imprescindibles para el adecuado devenir del paciente a su paso por la unidad. Y aunque implique un esfuerzo inicial y un cambio de hábitos, es una herramienta simple, efectiva y barata que mejora la seguridad del paciente.

Palabras clave: Seguridad, cirugía menor ambulatoria.

P-50 DISEÑO PRELIMINAR DE UN DOCUMENTO DE SEGURIDAD PARA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

A. León Frago

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

Objetivos: Aunar en un solo documento todas las consideraciones y actuaciones realizadas al paciente a su paso por una unidad de CMA. Con esto centralizamos la atención en el individuo y no en el acto quirúrgico exclusivamente. También proveemos una mejor intercomunicación entre todos los profesionales implicados del principio al fin de su estancia en nuestra unidad.

Métodos: Teniendo en cuenta los documentos de seguridad preexistentes en nuestra unidad, hemos ampliado su cobertura a las diferentes áreas por donde pasa el paciente. Para ello se ha tenido en cuenta la opinión de los diferentes estamentos implicados (enfermería, aux. de enfermería, administrativos, anestesiólogos, cirujanos de las diferentes especialidades) intentando completar los ítems desarrollados por la OMS para la seguridad del paciente y adaptarlos a nuestro entorno. Se han incluido algunas consideraciones específicas debidas a la ambulatoriedad del paciente.

- Revisión día previo intervención:
 - Enfermería: historia clínica, consentimiento de anestesia, consentimiento de cirugía, consideraciones.
- Sala de preanestesia:
 - Enfermería: confirma identidad, confirma ayunas necesarias, confirma acompañante, retirados objetos personales, suspendida medicación antiagregante/anti-coagulante, alergias, medias compresivas, rasurado, profilaxis antibiótica, medicación preoperatoria.
 - Anestesiólogo: confirma identidad, consentimiento informado, valoración vía aérea/riesgo de aspiración.
 - Cirujano: confirma identidad, consentimiento informado, confirma procedimiento, pruebas complementarias/imágenes visualizables, sitio quirúrgico marcado.
 - Enfermería de quirófano: material necesario disponible, confirma identidad.
- Quirófano:
 - Entrada:
 - Enfermería: confirma identidad, procedimiento y alergias, identificado todo el personal en la sala, paciente monitorizado, sitio quirúrgico marcado.
 - Anestesiólogo: preparado/disponible todo el material/fármacos necesarios, consideraciones específicas.
 - Previo a la incisión:
 - Enfermería: confirma identidad, procedimiento y sitio quirúrgico, protección ocular, seguridad eléctrica verificada, administrada profilaxis antibiótica, confirmada esterilidad.
 - Cirujano: procedimiento se considera estándar, riesgo de hemorragia.
 - Salida de quirófano:
 - Cirujano: recomendaciones postoperatorio inmediato, recomienda tromboprofilaxis postoperatoria, instrucciones postoperatorias.
 - Enfermería: recuento de material y gasas, muestras etiquetadas.
- Sala de recuperación:
 - Enfermería: criterios médicos obligatorios al alta (estado de consciencia similar la ingreso, sin signos de depresión respiratoria, estable hemodinámicamente, mínimas náuseas/vómitos, dolor controlable con medicación oral, sin sangrado significativo, cumplimiento de instrucciones postoperatorias). Criterios médicos relativos (tolerancia de líquidos, micción espontánea). Criterios no médicos (presencia de acompañante, teléfono de contacto del paciente, informe de alta, medicación para las primeras 48-72 h).

Conclusiones: Este documento está siendo evaluado por la comisión quirúrgica de nuestro hospital para su aprobación y puesta a prueba. Reconocemos que conlleva una actitud de aprendizaje que pudiera resultar tediosa. Para ello se tendría que establecer un responsable por área de paso (sala de preanestesia, quirófano y recuperación de quirófano). En este caso sería enfermería la encargada de protagonizar la lectura a viva voz en los momentos clave hasta el aprendizaje, memorización y automatización del documento. Cada profesional es responsable de su sección y debe cumplimentar la firma del mismo. Integrando en un solo documento todas las actuaciones y evaluaciones realizadas sobre el paciente, aumentando su seguridad (medicamentos administrados en sus diferentes fases, intercambios de responsabilidades, *checklist* quirúrgico e instrucciones de alta). Ofrecemos un documento al profesional que no abandona al paciente durante todo su paso por la unidad. Así cambiamos el protagonismo de la atención en la seguridad, focalizándolo en el individuo y no solo en el acto quirúrgico.

Palabras clave: Seguridad, cirugía mayor ambulatoria.

P-51 TIEMPO DE ESTANCIA POSTOPERATORIA EN UCSI TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: ML VS. TET

A. Belltall Olmos, P. Roselló Añón, T. Simó Cortés, J. Becerra Astaiza, J. V. Cuchillo Sastriques, P. Argente Navarro

Hospital La Fe. Valencia

Objetivos: Evaluar si el dispositivo empleado para control de vía aérea (ML vs. TET) influye en el tiempo postoperatorio de pacientes colecistectomizados por vía UCSI en el hospital La Fe de Valencia en el año 2016.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes adultos sometidos a colecistectomía laparoscópica vía ambulatoria en el 2016. Criterios de exclusión: ingreso no previsto y pernoctación. La información se extrajo de las bases de datos del Hospital La Fe. La muestra final fue de 111 pacientes.

Se obtuvieron los datos horarios de salida del paciente de quirófano y de la UCSI por dos métodos diferentes: método manual y método de radiofrecuencia.

La variable a calcular fue el tiempo de estancia postoperatoria.

Se realizó regresión lineal univariante utilizando el programa estadístico R versión 3.3.3.

Análisis de los datos:

- Por radiofrecuencia: tiempo medio de 6,2 horas para ML y de 5,85 horas para TET, desviación estándar para ML de 1,7 horas vs. 1,89 para TET. Mediana para ML de 6,09 horas y de 6,29 horas para TET. Por método manual: tiempo medio de 6,06 horas para ML y de 5,83 horas para TET, desviación estándar para ML de 1,21 horas vs. 1,79 para TET. Mediana para ML de 5,92 horas y de 6,1 horas para TET.
- Por radiofrecuencia: diferencia de tiempo estimada de -0,35 para TET vs. ML, IC (-1,06, 0,36), no estadísticamente significativa ($p = 0,33$). Por método manual: diferencia de tiempo estimada de -0,23 para TET vs. ML, IC (-0,80, 0,34), no estadísticamente significativa ($p = 0,43$).

Conclusiones:

- No existen diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo postoperatorio en UCSI según el dispositivo de control de la vía aérea empleado.
- Los sistemas de radiofrecuencia pueden ser útiles para monitorizar los tiempos en el área quirúrgica.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria, colecistectomía laparoscópica, estancia postoperatoria, RFID.

P-52 UCSI OVERNIGHT Y REPERCUSIÓN EN NÚMERO DE INTERVENCIONES VESPERTINAS

J. Becerra Astaiza, A. Belltall Olmos, T. Simó Cortés, P. Roselló Añón, J. V. Cuchillo Sastriques, P. Argente Navarro

Hospital La Fe. Valencia

Objetivos: El objetivo del estudio es valorar la implementación de estancias nocturnas sin ingreso hospitalario en la UCSI del Hospital la Fe de Valencia y su influencia en el número total de intervenciones quirúrgicas realizadas en horario vespertino. En el año 2015 se crea la UCSI *overnight*, que permite la pernoctación de algunos pacientes intervenidos por la tarde, que requieren observación médica durante unas horas sin requerir ingreso hospitalario, siendo dados de alta a la mañana siguiente.

Métodos: Se analizaron las bases de datos de cirugía electiva ambulatoria y ordinaria realizadas en el turno vespertino. Criterios de inclusión: pacientes adultos intervenidos vía UCSI en el turno de tarde durante los años 2014 y 2016. Criterios de exclusión: ingreso no previsto.

Resultados: En el año 2014 el total de pacientes intervenidos durante la tarde fue de 6074, de los cuales 900 fueron ambulatorios (14,82 %) y 5174 con ingreso hospitalario programado (85,18 %). De los 900 pacientes intervenidos vía ambulatoria, 37 pacientes necesitaron ingreso no deseado (4,11 %).

Durante el año 2016 el número de pacientes intervenidos durante la tarde fue de 7504, de los cuales 2054 fueron ambulatorizados (27,37 %) y 5450 con ingreso programado (72,63 %). De los 2054 pacientes intervenidos vía ambulatoria 17 pacientes necesitaron ingreso no deseado (0,83 %), 1 paciente fue trasladado a otro hospital (0,05 %), 1 paciente se derivó al servicio de Urgencias (0,05 %) y 49 pacientes requirieron de UCSI *overnight* (2,39 %). Se intervinieron 1154 pacientes más vía ambulatoria en el turno de tarde que en 2014 (56,18 %).

Conclusiones: En nuestra institución, aumentó el porcentaje de casos programados para cirugía ambulatoria vespertina. Aunque no es posible definir causalidad debido al diseño del estudio, la posibilidad de estancias nocturnas sin ingreso promueve la ampliación del parte de tarde y el aumento de casos a intervenir eliminando suspensiones por falta de tiempo UCSI.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria, overnight, cirugía vespertina, ingreso no deseado.

P-53 PRINCIPALES INDICADORES DE CALIDAD EN 2000 PACIENTES EN RÉGIMEN DE CMA

J. Damián Turiño-Luque, M. Pérez Reyes, C. Rodríguez Silva, A. J. Cabello Burgos, J. Rivas Becerra, A. Bayón Muñiz, A. Martínez Ferriz, J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Conocer los resultados de los principales indicadores de calidad en nuestra unidad.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de los pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria desde 2015 a 2017.

Registro de datos prospectivo mediante el programa SPSS 19.0 (IBM Statistics) incluyendo: características demográficas, patología y procedimiento, estancia, complicaciones, causa de pernocta no planificada, revisión en consulta.

Resultados: Se programaron un total de 2869 pacientes, de los cuales 2067 (72,04 %) fueron en régimen de CMA. Se intervinieron un total de 1977 pacientes (tasa de suspensión 4,36 %; n = 90). De ellos 344 pacientes (17,4 %) fueron pernocta no planificada.

Distribución por sexos 62 vs. 38 % (hombre vs. mujer).

Edad (años): media 50,4; mediana 51 (DS ± 15,887); rango 14-94.

Índice de masa corporal: media 27,052; mediana 26,573 (DS ± 4,571); rango 15,62-49,21.

Clase ASA: I 34,8 %, II 56,1 %, III 5,4 %, sin codificar 3,6 %.

Duración ingreso (días): media 0,2401; mediana 0 (DS ± 0,7594); rango 0-14.

Tasa de suspensión:

1. Pared abdominal (n = 1077): 4,82 % (n = 52).
2. Proctología (n = 609): 4,29 % (n = 28).
3. Supramesocólico (n = 381): 2,62 % (n = 10).

Tasa de pernocta no planificada:

1. Pared abdominal (n = 1025): 17,9 % (n = 183).
2. Proctología (n = 581): 11 % (n = 64).
3. Supramesocólico (n = 371): 26,1 % (n = 97).

Causa de pernocta no planificada (quirúrgico/médico/paciente/no consta):

1. Pared abdominal (%): 46 (25,1)/103 (56,3)/15 (8,2)/19 (10,4).
2. Proctología (%): 6 (9,2)/43 (66,2)/7 (10,8)/9 (13,8).
3. Supramesocólico (%): 29 (29,6)/60 (61,2)/5 (5,1)/4 (4,1).

Tasa de ambulatorización:

1. Pared abdominal (n = 1562): 54,4 %.
2. Proctología (n = 680): 77,6 %.
3. Supramesocólico (n = 497): 56,1 %.

Revisión en consulta (Alta 1.ª o 2.ª revisión/complicación - Seguimiento o reintervención/no datos):

1. Pared abdominal (%): 857 (83,6)/37 (3,6) – 6 (0,06) o 7 (0,07)/131 (12,8).
2. Proctología (%): 519 (80,2)/67 (10,3) – 51 (7,8) o 16 (2,4)/61 (9,4).
3. Supramesocólico (%): 313 (84,36)/31 (9,16) – 2 (0,05) o 3 (0,08)/27 (10,01).

Conclusión: Nuestra tasa de suspensión y complicaciones se sitúan dentro del estándar. Nuestra tasa de pernocta no planificada es alta siendo necesario optimizar la elección del paciente y el manejo sintomático en el postoperatorio inmediato. Nuestra tasa de ambulatorización es buena, al ser una unidad integrada y con actividad de corta estancia.

Palabras clave: Calidad, suspensión, pernocta no planificada, revisión.

P-54 ÍNDICE DE SUSTITUCIÓN EN UNIDAD INTEGRADA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y CORTA ESTANCIA. ANÁLISIS DE TRES AÑOS

J. Damián Turiño-Luque, J. Rivas Becerra, M. Pérez Reyes, C. Rodríguez Silva, A. J. Cabello Burgos, A. Bayón Muñoz, A. Martínez Ferriz, J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Conocer los resultados del índice de sustitución en los principales procedimientos realizados en nuestra unidad.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de los pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia desde 2015 a 2017. Registro de datos prospectivo mediante el programa SPSS 19.0 (IBM Statistics) incluyendo: características demográficas, patología y procedimiento, estancia, complicaciones, causa de pernocta no planificada, revisión en consulta.

Conclusiones: Se programaron un total de 2869 pacientes, interviniéndose un total de 2739 (95,6 %). 1977 pacientes se programaron en régimen de CMA (72,07 %).

Distribución por sexos 62,9 vs. 37,1 % (hombre vs. mujer).

Edad (años): media 52,7; mediana 54 (DS ± 16,187); rango 14-94.

Índice de masa corporal: media 27,24; mediana 26,86 (DS ± 4,513); rango 15,62-49,21. Clase ASA: I 30,4 %, II 58,3 %, III 8,1 %, sin codificar 2,1 %.

Duración ingreso (días): media 0,725; mediana 0 (DS ± 1,818); rango 0-49.

Índices de sustitución por GRD más frecuentes:

- Pared abdominal.
- Hernia inguinal unilateral no recurrente (GRD 550,90) 66,66 %.
- Hernia inguinal unilateral recurrente (GRD 550,91) 65 %.
- Hernia inguino-escrotal no recurrente (GRD 550,10) 36,26 %.
- Hernia inguinal bilateral (GRD 550,92) 15,5 %.
- Hernia umbilical (GRD 553,10) 76,33 %.
- Eventración de trócar (GRD 553,20) 47,91 %.
- Supramesocólico coleditiasis (GRD 574,20) 57,45 %.
- Hernia de hiato, enfermedad por reflujo (GRD 530,81: 530,85; 553,3) 38,23 %.
- Proctología.
- Hemorroides (GRD 455,60) 69,49 %.
- Fisura anal (GRD 565,00) 80 %.

- Fístula perianal (GRD 565,10) 75,63 %.
- Sinus pilonidal (GRD 685,10) 83,33 %.

Conclusión: Los procesos proctológicos presentan mayor índice de sustitución. Obtenemos unos resultados aceptables en patología supramesocólica. Los índices de sustitución tanto de la hernia inguinal primaria o recurrente presentan resultados similares. El mejor índice en pared abdominal lo obtenemos en la hernia umbilical.

Palabras clave: Índice de sustitución, cirugía mayor ambulatoria, unidad integrada.

P-55 EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE AMBULATORIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE UN PERIODO DE CINCO AÑOS (2012 A 2017)

L. A. Sopena Zubiria, J. C. Galán Gutiérrez, M. Estrada Rodríguez, V. R. Louçao Prada, M. González Rodríguez, L. A. Fernández Meré, S. Suárez Fernández, D. García Rodríguez

Hospital Central de Asturias. Oviedo

Objetivos: Exponer, mediante el análisis de la evolución del índice de ambulatorización (IA), uno de los indicadores de calidad específicos en el ámbito de la cirugía ambulatoria, el impacto global de la actividad de la CMA sobre la actividad quirúrgica hospitalaria, y subrayar el crecimiento que ha experimentado la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en nuestro centro, fundamentalmente a partir del año 2014-2015, fecha en la que se produce el traslado a un nuevo edificio dotado de unas instalaciones más adecuadas para el desarrollo del programa quirúrgico ambulatorio.

Métodos: Se han recogido los datos entre los años 2012 y 2017, a través del análisis de los principales GRDs ambulatorizables de las especialidades quirúrgicas que se encuentran integradas en la UCMA.

Conclusiones: Desglose del IA por años. La cifra que sigue al IA se corresponde con el total de pacientes intervenidos dentro del programa de ambulatorización quirúrgica en ese año.

- 2012: 36,58 % - 5605 pacientes.
- 2013: 37,30 % - 5778 pacientes.
- 2014: 40,51 % - 5675 pacientes.
- 2015: 42,13 % - 6592 pacientes.
- 2016: 43,80 % - 7129 pacientes.
- 2017: 42,24 % - 6825 pacientes.

Se observa un salto hacia delante a partir del año 2014-2015, periodo en el que se desarrolla el traslado hospitalario

a un nuevo centro con una infraestructura más acondicionada para el desarrollo de la cirugía ambulatoria.

El análisis del IA, así como de otros indicadores específicos de CMA, es una herramienta básica para examinar el crecimiento de la CMA en nuestro centro, corregir las desviaciones en el desarrollo de la misma, y orientar y gestionar nuestros recursos.

Palabras clave: Indicadores, calidad, índice de ambulatorización, gestión.

P-56 ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD AMBULATORIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN EL AÑO 2017

L. A. Sopena Zubiria¹, M. González Rodríguez¹,
V. R. Louçao Prada¹, M. Estrada Rodríguez¹,
J. C. Gutiérrez del Valle¹, H. Díaz Castro¹,
J. C. Galán Gutiérrez¹, B. Tobera Noval²

¹Hospital Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital de Cabueñes. Gijón

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de los datos obtenidos en el año 2017 en la UCMA del HUCA correspondientes a:

- Actividad quirúrgica total en régimen ambulatorio desglosada por especialidades.
- Atención en Hospital de Día (Sala de Readaptación al Medio integrada en nuestra Unidad) de pacientes no quirúrgicos: procedimientos radiológicos intervencionistas, Unidad de Dolor, Digestivo...
- Consultas preoperatorias de CMA.
- Comparativa con resultados obtenidos en años previos.

Métodos: Se han recogido los datos correspondientes al año 2017, a través del análisis de los GRD ambulatorizables de las especialidades quirúrgicas que se encuentran integradas en la UCMA, pacientes no quirúrgicos que requieren estancia en nuestra Sala de Readaptación al Medio tras la realización de procedimientos diagnósticos/terapéuticos y consultas preoperatorias. Se comparan con los resultados en años previos.

Conclusiones:

- Por especialidades, cirugía plástica abarca más de un 25 % de los procedimientos quirúrgicos desarrollados en el ámbito ambulatorio, con una tasa de suspensión del 2,44 %. La siguen cirugía general y urología, con cifras cercanas al 12 %. Cirugía general tiene el porcentaje de suspensión más alto: 5,46 %.
- Es llamativo el crecimiento exponencial de los enfermos no quirúrgicos que hacen uso de nuestra unidad, para un total de 1100 pacientes en Hospital de Día No Qui-

rúrgicos (HDMINT) en el año 2017, por 755 en el año 2016 y 355 en el año 2015. Estos datos demuestran que la popularización de la CMA y su buena integración en el medio hospitalario la lleva a consolidarse como una unidad médico-quirúrgica, donde efectivamente tiene cabida el enfermo médico.

- El número de pacientes valorados en consultas preoperatorias en UCMA se mantiene prácticamente invariable con respecto al 2016. En el pasado 2017, 3398 pacientes acudieron a consulta preanestésica en nuestra unidad.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria, consulta preoperatoria, enfermo no quirúrgico, porcentaje de suspensión.

P-57 ÍNDICES DE SUSTITUCIÓN DE LOS NUEVOS APR GRD PRINCIPALES AMBULATORIZABLES

M. Estrada Rodríguez¹, L. A. Sopena Zubiria¹,
L. A. Fernández Meré¹, V. R. Louçao Prada¹,
M. González Rodríguez¹, J. Galán Gutiérrez¹,
B. Tobera Noval², D. García Rodríguez¹

¹Hospital Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital de Cabueñes. Gijón

Objetivos: En el año 2016, se produjo un cambio sustancial a la hora de agrupar las patologías médico-quirúrgicas, de tal forma que los clásicos GRD ambulatorizables con los que veníamos trabajando y que nos permitían extrapolar los principales indicadores de calidad en el ámbito ambulatorio (índice de sustitución, índice de ambulatorización...) desaparecieron y fueron sustituidos por otros nuevos, creándose una gran confusión tanto en los órganos gestores como en las personas encargadas de organizar las Unidades de CMA.

En nuestro hospital, y tras un trabajo en común con el Servicio de Admisiones, seleccionamos un grupo de nuevos GRD que incluirían porcentualmente la mayor parte de la cirugía ambulatoria.

Métodos: Realizamos un análisis descriptivo de los nuevos GRD vigentes desde 2016: 180, 263, 226, 363, 114, 316, 26, 97, 98, 313, 70, 82, 314, 115, 228, 361, 363, 385, 444, 483 y 501. Comparamos los índices de sustitución (IS) en los dos últimos años (2016 y 2017) correspondientes a dichos GRD.

Conclusiones: Se evidencia la importancia de desarrollar el sistema de GRD en nuestro centro, a pesar de las limitaciones encontradas en muchos casos y las adaptaciones requeridas.

Palabras clave: GRD, índice de sustitución.

P-58 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. NUESTRA EXPERIENCIA

D. García Girona

Hospital del Vinalopo. Elche, Alicante

Objetivos: Nuestro objetivo es hacer balance de la cirugía mayor ambulatoria de nuestro hospital, desde su apertura en junio de 2010 hasta marzo de 2018, así como obtener la tasa de CMA y los índices de ambulatorización, como medidas de calidad.

Métodos: Hemos realizado un estudio observacional y descriptivo durante el periodo 2010-2018 de la cirugía mayor ambulatoria de nuestro hospital, mediante la utilización de dos programas de gestión clínica: FLORENCE GESTION y CORE INSIGHT.

Conclusiones: Durante estos años, nuestro hospital ha realizado 62.666 intervenciones en régimen de cirugía mayor ambulatoria y presenta una tasa de CMA del 72,03 % con un índice de ambulatorización del 84,63 %, a pesar de tratarse de un hospital de nivel III.

Por especialidades, las intervenciones más frecuentes fueron las de cataratas (13.308), maxilofacial (10.553), carcinoma *in situ* (1450), hernia inguinal (1367), síndrome del túnel del carpo (1345), fimosis (1323) y hallux valgus (1066). Los índices de ambulatorización fueron más altos en oftalmología (99 %), dermatología (99 %), cirugía vascular (96 %), cirugía maxilofacial (95 %), ORL (82 %) y cirugía general (80 %), que en ginecología (72 %), traumatología (71 %), urología (65 %) o cirugía plástica (61 %).

Nuestros datos de tasa de CMA e índice de ambulatorización se encuentran por encima de los datos BENCHMARK y también de los estándares y recomendaciones del bloque quirúrgico. Aunque los programas informáticos de gestión utilizados son muy potentes, echamos de menos la inclusión de fenómenos adversos en ellos como medida de calidad en cirugía ambulatoria.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria, tasa de CMA, índice de ambulatorización.

P-59 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN AMBULATORIO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: FACTORES ASOCIADOS A INGRESO NO PREVISTO

*J. C. Galán Gutiérrez¹, S. Suárez Fernández¹,
B. García-Barberena Labiano¹, L. Sopena Zubiria¹,
R. Avello Taboada², D. García Rodríguez¹,
J. Frieyro González³, B. Tobera Noval³*

¹Hospital Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital Universitario de Burgos. ³Hospital de Cabueñes. Gijón

Objetivos: La colecistectomía laparoscópica (CL) ha encontrado tradicionalmente cierta resistencia a ser incluida como uno de los procedimientos susceptibles de manejo ambulatorio, debido a que ciertos autores atribuyen a este régimen una detección tardía de posibles complicaciones derivadas del proceso quirúrgico, y lo que según la literatura es más frecuente: la aparición precoz de síntomas postoperatorios como vómitos o dolor postoperatorio que dificultan el alta precoz de los pacientes. Revisamos retrospectivamente la experiencia del Hospital Central de Asturias durante el último año, analizando qué factores contribuyeron a demorar el alta a domicilio.

Métodos: Revisión retrospectiva del total de colecistectomías practicadas en régimen ambulatorio en el pasado 2017 en nuestro centro.

Se estudiaron las características demográficas de los pacientes sometidos a estudio (edad, sexo, ASA, IMC), quirúrgicas (incidencias intraoperatorias, tiempo quirúrgico, régimen anestésico empleado de forma protocolizada), analizando el dolor, las náuseas postoperatorias y la ambulatorización alcanzada, prestando especial interés a los motivos que ocasionaron el ingreso hospitalario en los casos de "fallo de CMA", que se define como todo ingreso que obligue a pasar una noche de hospitalización aunque el alta fuera dada antes de las primeras 24 horas.

Conclusiones: Entre enero de 2017 y enero de 2018, 103 pacientes fueron intervenidos mediante colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio (41 hombres y 62 mujeres). La media de edad fue de 49,1 años, con un mínimo de 22 y un máximo de 83. El índice de masa corporal medio de los pacientes fue de 27,1. 99 de los pacientes eran ASA I o ASA II, y únicamente 4 fueron considerados ASA III.

El 86 % fueron dados de alta en el mismo día de la intervención, ingresaron una noche el 4,8 %, y más de 24 horas el 8,73 %. La tasa de reingreso fue de 1,94 %.

Entre los factores que motivaron ingreso hospitalario, las causas quirúrgicas (necesidad de reconversión por difícil abordaje quirúrgico, hallazgo de plastrón inflamatorio, sangrado intraoperatorio...) fueron responsables del 57,2 % de los ingresos. Únicamente en 2 casos el dolor fue razón para prolongar la estancia y en 3 las náuseas/vómitos. En cuanto al grado de satisfacción, el 94 % de los pacientes ambulatorizados se encontraban satisfechos o muy satisfechos con el procedimiento, y el 97 % lo recomendaría a un familiar o amigo.

Nuestro estudio avala la CL ambulatoria como una técnica segura y fácilmente realizable. El dolor postoperatorio, principal causa de la no ambulatorización clásicamente, presenta en nuestra serie, un buen control tras el uso combinado de anestesia local (infiltración trócares con AL de larga duración) y suero fisiológico caliente intraperitoneal y en las puertas de entrada, permitiendo la movilización y la ingesta precoz formando parte de un protocolo de fast-track.

Pese a que el riesgo anestésico elevado, el sobrepeso o un tiempo quirúrgico prolongado se asocian con mayor probabilidad de ingreso, es necesario un mayor tamaño muestral para poder generalizar esta afirmación.

Palabras clave: Colecistectomía, laparoscopia, dolor, fallo CMA.

P-60 LA SISTEMATIZACIÓN DE LA BÚSQUEDA DE PACIENTES SUSCEPTIBLES DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DURANTE LA VISITA PREANESTÉSICA PUEDE AUMENTAR LA TASA DE ÉXITOS EN PROCESO DE AMBULATORIZACIÓN

L. Vives Piqueres, A. Nicolau Gozalbo, J. C. Rivera Gaitero

Hospital Universitario de La Plana. Villarreal, Castellón

Objetivos: Para el éxito de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) es fundamental una adecuada selección de procedimientos y pacientes que van a participar de este circuito diferenciado. Es crucial la búsqueda de herramientas que nos permitan discriminar con mayor éxito los pacientes susceptibles de ambulatorización y aquellos con mayor probabilidad de fracaso. No existen evidencias sobre la manera más apropiada de realizar la visita preanestésica, y menos, adaptada a la CMA.

Se pretende observar si la introducción en el formulario preanestésico de preguntas orientadas a la identificación de pacientes CMA puede mejorar su selección.

Métodos: En 2017 se introducen tres preguntas en la historia preanestésica del Sistema x-His:

1. Facilidad de acceso a domicilio: sí/no/no procede.
2. Disponibilidad de acompañante: sí/no.
3. Cirugías previas de CMA que hayan precisado ingreso: sí/no.

Se observa la diferencia en la tasa de ingresos atribuible a no cumplir con los requisitos de ambulatorización establecidos para el periodo 2015-2017. Se compara mediante el test Chi cuadrado.

Conclusiones: Respecto al periodo 2015-2016, la tasa de ingresos disminuye globalmente un 43,7 %, contribuyendo un 30,26 % la mayor detección en consulta de casos no susceptibles de CMA. La tasa de ingresos por selección inapropiada de pacientes disminuyó de 1,68 % hasta 0,51 % durante este proceso, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). La tasa de ambulatorización no pareció resentirse y el Índice de Sustitución Ambulatoria de hernias inguinales creció de 60,16 % hasta un 68,2 %.

La discriminación de pacientes desde la visita preanestésica es de vital importancia para conseguir una gestión más eficaz del circuito CMA. Queda por definir la manera óptima en la que llevar a cabo esta visita, pero la realización de cuestionarios específicos puede ayudar al anestesiólogo a sistematizar la búsqueda de criterios de ambulatorización en la entrevista preanestésica y aumentar la sensibilidad en esta selección.

Palabras clave: Ambulatorización, visita preanestésica.

P-61 ESTANDARIZACIÓN DE LA LLAMADA PREQUIRÚRGICA Y SU INFLUENCIA SOBRE LA TASA DE SUSPENSIÓN EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PLANA

A. Nicolau Gozalbo, L. Vives Piqueres, J. C. Rivera Gaitero

Hospital Universitario de La Plana. Villarreal, Castellón

Objetivos: Es de conocida utilidad y se recomienda encarecidamente, tanto desde estamentos nacionales como internacionales, la realización de la llamada prequirúrgica por personal administrativo a los pacientes que van a ser intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Esta llamada debe efectuarse las 24-48 horas previas a la cirugía y pretende confirmar la cita y asistencia, así como recordar las instrucciones preoperatorias básicas y descartar patología de nueva aparición que contraindique la intervención. Hasta finales del 2016 no se realizaba esta llamada en nuestro hospital y se estandarizó en 2017. Se pretende evaluar el efecto de la llamada prequirúrgica sobre la tasa de suspensiones y cancelaciones en CMA.

Métodos: De forma retrospectiva, a través del sistema de Información x-HIS se recaban los siguientes datos sobre intervenciones de años 2015 a 2017:

- Número total de intervenciones.
- Tasa de suspensiones.
- Tasa de suspensiones por enfermedad.
- Tasa de suspensiones por otras causas.
- Tasa de cancelaciones.
- Tasa de cancelaciones por incomparecencia.

Las tasas anteriores se comparan entre 2015 y 2017 mediante el test Chi cuadrado.

Resultados: Para los años 2015, 2016 y 2017:

- Disminución tasa de suspensiones estadísticamente significativa ($p = 0,006$): 2,23 %, 2,03 % y 1,15 %, respectivamente.
- Disminución suspensiones por enfermedad: 0,98 %, 0,72 % y 0,55 % ($p = 0,101$).

- Disminución suspensiones por otras causas: 0,20 % 0,36 % y 0,09 % ($p = 0,362$).
- Disminución cancelaciones estadísticamente significativa ($p = 0,007$): 0,74 %, 0,68 % y 0,18 %.
- Disminución incomparecencias estadísticamente significativa ($p < 0,001$): 0,64 %, 0,59 % y 0 %.

Conclusiones: Las tasas de suspensiones y cancelaciones son los indicadores del funcionamiento interno de una unidad de CMA. En este caso nos han ayudado a demostrar la utilidad y la eficacia de la instauración de la llamada prequirúrgica en la optimización del circuito en CMA en el Hospital de La Plana.

Palabras clave: Gestión, llamada prequirúrgica, tasa de suspensiones.

P-62 LA ACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA COMO UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

I. P. García Garrido, A. Cano Beltrán, J. M. Capitán Vallvey

Complejo Hospitalario de Jaén

Objetivos: 1) Utilizar una metodología de trabajo que nos permitiera identificar en qué situación nos encontrábamos y determinar hacia dónde queríamos ir, planteando para ello las actuaciones necesarias para la consecución de dicho fin, que no es otro que el impulso de la mejora continua, encaminada a ofrecer al ciudadano un servicio sanitario de calidad, propiciado por el potencial de desarrollo y mejora. 2) Analizar los pros y contras del proceso de acreditación de la Unidad de Gestión por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) y valorar su repercusión en la organización y funcionamiento de la Unidad, así como la repercusión en sus profesionales y en la calidad percibida por los usuarios.

Métodos: La unidad de cirugía mayor ambulatoria inició la autoevaluación o valoración interna de su actividad según los estándares propuestos en el Programa de Unidades de Gestión Clínica de la ACSA. Se constituyeron cinco grupos de trabajo atendiendo a los cinco grupos de estándares propuestos (el ciudadano, la atención sanitaria integral, los profesionales, las áreas de soporte, la eficiencia y los resultados) e integrados por la práctica totalidad de los profesionales de la UGC y con un responsable de grupo. Se estableció un cronograma de reuniones generales de toda la unidad para ir exponiendo el trabajo realizado, documentos generados, problemas a resolver, etc.

Finalizada la autoevaluación se realizó la visita de evaluación externa realizada por profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. En esta visita, tres evaluadores encargados de auditar el circuito administrativo/

gestión, el circuito asistencial y el circuito de soporte son acompañados por un miembro de la unidad que guía, facilita información, aporta documentación y responde a sus preguntas.

La ACSA emite informe basado en la veracidad de los datos facilitados por la Unidad, así como en la información obtenida durante el proceso de certificación y la visita de auditoría externa de evaluación, donde pone de manifiesto las fortalezas y áreas de mejora detectadas en la Unidad dando paso a una fase de estabilización de estándares obligatorios para la Unidad.

Resultados: Medidas de mejora adoptadas a todos los niveles:

- Accesibilidad y continuidad asistencial.
- Información clínica.
- Organización centrada en la persona.
- Profesionales.
- Procesos de soporte.
- Protocolos de limpieza.

Conclusiones: Pese a las reticencias iniciales de los profesionales motivadas por la desinformación, sobrecarga de trabajo, situación de crisis, recortes y endurecimiento de condiciones laborales, el proceso de acreditación de la UGC de CMA se presenta como una oportunidad de mejora, donde, con el liderazgo y la motivación adecuada, y el imprescindible apoyo de la Dirección del Centro, los profesionales nos hemos implicado al 100 % y hemos trabajado en equipo en pro de un objetivo común, quedando patentes las mejoras conseguidas tanto a nivel asistencial, organizativo y de infraestructuras, que han repercutido positivamente en todo el complejo hospitalario.

Palabras clave: Acreditación, mejora continua, calidad asistencial.

P-63 PRÁCTICAS SEGURAS. USO SEGURO DEL MEDICAMENTO EN LOS QUIRÓFANOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA MEDIANTE ETIQUETAS ADHESIVAS IDENTIFICATIVAS

I. P. García Garrido, M. A. Fernández Romo, A. Cano Beltrán, C. Capiscol Parras, R. García Ureña, C. Lorite Garzón, J. Capitán Vallvey

Complejo Hospitalario de Jaén

Objetivos: Los errores relacionados con la medicación constituyen un grave problema sanitario con importantes repercusiones asistenciales y económicas. Por ello se está promoviendo el desarrollo e implantación de prácticas seguras y efectivas dirigidas a minimizar dichos errores y

mejorar así la seguridad del paciente. En la actualidad, tanto la premedicación anestésica como los fármacos propios de la anestesia se preparan en jeringas simultáneamente y se dejan cargados en el carro de medicación, rotulando manualmente las jeringuillas con el nombre del fármaco. Esto conlleva el potencial riesgo de error por la mala letra en la escritura, el borrado parcial o total de las letras en la manipulación o la errónea interpretación al no ser siempre la misma persona la que prepara la medicación y la que la administra.

Objetivos:

- Objetivo general: aumentar la seguridad en la administración de fármacos empleados en la anestesia y evitar los errores que se derivan de la mala identificación de las jeringas y bolsas, donde se carga medicación y posteriormente se administra.
- Objetivos específicos:
 - Promover la utilización de prácticas seguras para la identificación de los medicamentos utilizados en la anestesia.
 - Estandarizar el etiquetado de las jeringas y envases de medicamentos inyectables en el área quirúrgica.
 - Reducir los errores de medicación anestésica derivados de la incorrecta identificación de las jeringas y bolsas empleadas para su administración.

Métodos: Se implanta un sistema de etiquetado que consta de etiquetas impresas con los diferentes fármacos empleados y soporte para dichos rollos, que se sitúan en el lugar de preparación de la medicación, siempre accesibles a todo el personal implicado. La colocación de la etiqueta en la jeringa o bolsa de medicación debe estar estandarizada, siguiendo todo el personal los mismos criterios, es decir, de forma horizontal en la jeringa y sin ocultar la escala de graduación de la misma. En cuanto a los frascos, bolsas o bombas de infusión, se pondrán en el lugar idóneo que se determine en cada ocasión y que en ningún momento dificulte la correcta visibilidad del fluido infundido. Como herramientas de medida se realizarán auditorías antes de la implantación de las etiquetas y después de su puesta en marcha siguiendo un cronograma establecido.

Conclusiones: Durante los primeros seis meses de la implantación de las etiquetas se han realizado dos auditorías, una inicial a los dos meses y otra al cabo de seis meses donde los resultados son sensiblemente mejores, pasando de un porcentaje de escritura sobre la jeringa/o bolsa de medicación de un 2 % a un 0,4%. En estos porcentajes contemplamos que está incluido el personal de nueva incorporación, que por desconocimiento de la existencia del etiquetado, o por el modo de actuar fundado en una tradición a realizarlo siempre de la misma manera (rotular la jeringa/bolsa de medicación) no han usado la etiqueta del fármaco.

Palabras clave: Errores de medicación, etiquetado de medicación.

P-64 UTILIDAD DE LA NORMA ISO 9001:2015 PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

M. A. Martín López, L. Hidalgo Grau, M. Yuste Graupera, X. Suñol Sala

Hospital de Mataró. Barcelona

Objetivos: Existen diversos modelos de control de calidad que se aplican a las unidades de cirugía mayor ambulatoria (UCMA). En nuestra UCMA de tipo integrado hemos venido utilizando la Norma ISO 9001:2008. Actualmente trabajamos en la adecuación a la norma ISO 9001:2015. El objetivo de la comunicación es valorar como esta adecuación nos permite detectar disfunciones y establecer mecanismos correctores en los objetivos de los indicadores de la UCMA.

Métodos: Índice ambulatorización en 2017 de 65,56 %. El Proceso General de la UCMA se divide en 5 subprocesos (entre paréntesis, indicadores y objetivo planteado): selección y acogida (desprogramaciones, < 7 %), acogida (suspensiones, < 2 %; tiempo de espera > 120 min, < 5 %), intervención (tiempo de espera en reanimación < 120 min, < 5 %; reintervenciones, < 0,5 %), recuperación y alta (ingresos, < 2 %) y seguimiento postoperatorio (dolor postoperatorio (EVA) > 3, > 5 %; visitas no programadas, < 5 %; reingresos, < 0,5 %); comparamos la evolución de los parámetros de 2016 con 2017.

Resultados: Desprogramaciones (2016, 11,73 %; 2017, 11,95 %). Suspensiones (2016, 4,25 %; 2017, 4,61 %). Espera prequirúrgica (2016, 3,38 %; 2017, 3,45 %). Espera en reanimación (2016, 3,48 %; 2017, 4,30 %). Reintervenciones (2016, 0,05 %; 2017, 0,02 %). Ingresos (2016, 3,64 %; 2017, 1,78 %). Dolor postop (2016, 0,25 %; 2017, 0,22 %). Visitas no programadas (2016, 1,87 %; 2017, 1,32 %). Reingresos (2016, 1,47 %; 2017, 0,82 %).

No conseguimos disminuir la cifra de desprogramaciones y suspensiones. Los tiempos de espera se mantienen dentro de los objetivos, al igual que las reintervenciones. Ingresos: se realizó un análisis, alcanzando el objetivo en 2017. Reingresos: situación similar, aunque por encima del objetivo. Las visitas no programadas se mantienen en límites correctos. Dolor: porcentajes inexplicablemente bajos, se identificó un problema con la recogida de datos que en la actualidad se ha subsanado.

Conclusiones: La adecuación a la norma ISO 9001:2015 nos ha sido útil para tener un conocimiento real de nuestra actividad dentro del Programa de Calidad.

Palabras clave: Norma ISO, calidad, cirugía ambulatoria.