

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

ANESTESIA

O-01 PROTOCOLO CMA PACIENTES DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL EN EXODONCIAS FUERA DEL ÁREA QUIRÚRGICA: EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS

P. Arnau, F. Manresa, J. Masot, P. Arrarte, J. Agulló, C. Sebastián, A. Martínez

Hospital Universitario San Juan. Alicante

Objetivos: Disminución lista de espera quirúrgica y ahorro de costes, manteniendo la seguridad y satisfacción del paciente.

Métodos: Creación de un área de CMA en el área del servicio de Cirugía Maxilofacial. Adecuada selección del paciente según criterios quirúrgicos (exodoncia de cuatro cordales incluidos y quistectomías) y anestésicos (pacientes ASA I o II mayores de 12 años). Durante la consulta de anestesia se informa al paciente del proceso y firma el consentimiento. Dicha área se compone de sala de recepción del paciente, dotada de sillones, monitores y tomas de oxígeno, donde se recibe al paciente, se realiza el *checklist*, se canaliza vía periférica y se administra profilaxis antibiótica, ansiolítica, antiemética y analgesia preventiva (midazolam 3 mg, ranitidina 50 mg, dexametasona 8 mg, dexketoprofeno 50 mg y ondansetrón 4 mg). Seguidamente el paciente pasa a la consulta anexa de Cirugía Maxilofacial, dotada de monitorización hemodinámica básica (PANI, FC y SpO₂), toma de oxígeno, respirador, dispositivos de asistencia ventilatoria y armario de medicación. La intervención se realiza con anestesia troncular e infiltrativa por parte del cirujano con articaína con epinefrina 40/0,01 mg/ml en los nervios dentario superior e inferior, palatino mayor, bucal y lingual, y sedación con perfusión continua de remifentanilo TCI con concentración plasmática de 1-3 ng/ml y propofol TCI con concentraciones de 0,5-1 mcg/ml, con el objetivo de mantener un grado de sedación nivel 2-3 según la escala de Ramsay. Tras el procedimiento, el paciente pasa a la sala de readaptación al medio, y tras cumplir criterios de alta según escala de Aldrete es dado de alta por parte de anestesista y cirujano, aportando un informe donde se recogen recomendaciones y tratamiento pautado.

Conclusiones: cada sesión se intervienen 5 pacientes, lo que supone un mayor número de intervenciones de las que se realizaban anteriormente. Durante estos dos últimos años, se ha registrado disminución de ingresos hospitalarios y notable disminución de la lista de espera, ya que con anterioridad esta cirugía se realizaba en el área quirúrgica con anestesia general. Esto conlleva una importante reducción de los costes, además del ahorro en pruebas complementarias, ya que no se solicitan por protocolo. El paciente presenta un alto grado de satisfacción, ya que presenta una recuperación más rápida de los efectos de la anestesia y alta precoz a domicilio. Todo el proceso se realiza dentro de los estándares de calidad y seguridad, siendo fundamental la colaboración de los cirujanos maxilofaciales.

Palabras clave: Cordales, exodoncia, sedación, maxilofacial.

O-02 ESTUDIO COMPARATIVO DE LA TÉCNICA ANESTÉSICA: DESFLURANO, SEVOFLURANO O PROPOFOL EN EL FUNCIONAMIENTO DE LA MASCARILLA LARÍNGEA PROTECTOR EN PACIENTES ADULTOS SIN LA UTILIZACIÓN DE BLOQUEANTE NEUROMUSCULAR

V. Palacios Álvarez, A. Moya Sánchez, S. García Hernández, M. A. Reyes Fierro, A. Pizarro Calderón, M. Zaballos García

Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: La mascarilla laríngea (ML) protector (MLP) es uno de los últimos dispositivos de segunda generación disponibles asociando una elevada presión de fuga orofaríngea (PFO). La PFO depende de varios factores entre los que se incluye la técnica anestésica. Existe cierta controversia respecto al uso combinado del desflurano y ML, por su posible asociación con efectos de irritación de la vía aérea. El objetivo del presente estudio fue evaluar la PFO de la MLP, con el uso de desflurano, frente a sevoflurano o propofol. Como objetivo secundario estudiar los efectos adversos respiratorios y su relación con el agente anestésico utilizado.

Métodos: Estudio de cohortes, observacional y prospectivo incluyendo a pacientes de 18 a 75 años, estado físico ASA I-III, intervenidos en cirugía ambulatoria bajo anestesia general y con indicación de ML. La técnica anestésica incluyó la administración de midazolam 1 mg i.v., remifentanilo 0,25 µg/kg/min y propofol 2,5-3 mg/kg, insertándose la MLP sin el uso de bloqueantes neuromusculares. El mantenimiento se realizó con desflurano, sevoflurano o propofol. Se determinó la PFO y la incidencia de complicaciones respiratorias.

Conclusiones: Se evaluaron 171 pacientes, sin diferencias entre los grupos en parámetros demográficos, excepto el porcentaje de mujeres, que fue inferior al grupo de sevoflurano. La proporción de usos avanzados fue similar en los tres grupos. La PFO (media y rango; cm H₂O) fue en el grupo desflurano de 26,7 ± 6,76 (25-36); en el grupo sevoflurano de 27,8 ± 5,4 (26-32) y en el grupo propofol de 27,19 ± 5,72 (23-30); p = 0,52. La ventilación fue óptima tras la inserción de la MLP en el 92,4 % de los casos requiriendo maniobras en un 6,4 % e imposible en dos casos, sin diferencias entre los grupos. Se precisaron ajustes de la MLP en el mantenimiento en un 10 % de los pacientes, sin diferencias entre los tres anestésicos. En la retirada de la MLP la presencia de sangre fue similar, aunque más pacientes del grupo desflurano presentaron líquido gástrico, sin evidencia de broncoaspiración en ningún paciente. Nuestro estudio ha mostrado que no existen diferencias en la PFO de la MLP y el uso desflurano, propofol o sevoflurano junto a remifentanilo. El desflurano se ha asociado con mínimos efectos adversos respiratorios y sin diferencias con los otros agentes anestésicos evaluados.

Palabras clave: Desflurano, sevoflurano, propofol, mascarilla laríngea protector, bloqueante neuromuscular.

CIRUGÍA

O-03 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS CUATRO AÑOS

M. Neuhaus Nevado, J. Rivas Becerra, C. Rodríguez Silva, J. D. Turiño Luque, A. Bayón Muñiz, A. Cabello Burgos, A. Martínez Ferriz, J. Santoyo Santoyo
Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Conocer el manejo de la colelitiasis en nuestra unidad de cirugía, régimen, complicaciones y estudio anatomopatológico.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes intervenidos con diagnóstico de colelitiasis desde 2015 a 2018. Se registraron datos: epidemiológicos, régimen, complicaciones, anatomía-patológica, urgencias, ingreso/reintervención.

Conclusiones: Se intervinieron un total de 588 pacientes, el 76,7 % (n = 451) en régimen de cirugía mayor ambulatoria. No hubo diferencias por sexo (p = 0,124) ni por el IMC (p = 0,089). Edad media pacientes de ingreso fue 59,74 años frente a 53,09 ambulatorios (p < 0,0001). El 21,3 % (n = 19) de los ingresados presentaba ASA III frente al 5,2 % (n = 18) de ambulatorios (p < 0,0001). La pernocta no planificada 26,8 % (n = 121); principales motivos: náuseas y vómitos 34,2 % (n = 41), drenaje 22,5 % (n = 27) y dolor 10,8 % (n = 13). La colecistectomía laparoscópica en 98,44 %, conversión mayoritaria en pacientes de ingreso (3,9 % vs. 0,9 %; p = 0,029). El 95,5 % (n = 558) fueron remitidos por cólicos biliares y un 3,3 % (n = 19) por pancreatitis biliar; 21 pacientes (3,6 %) CPRE previa a la cirugía. Hallazgos intraoperatorios: colelitiasis 278 casos (47,28 %), colecistitis 49 (8,33 %), hidrops vesicular 31 (5,23 %) y vesícula escleroatrófica 25 (4,25 %). Anatomía-patológica: colecistitis crónica 467 casos (79,42 %), colelitiasis 54 (9,18 %) y 1 caso de adenocarcinoma vesicular (0,17 %). Revisión consulta 44 pacientes (7,49 %) presentaron alguna complicación: 9 infección de herida (19,6 %); 7 diarrea (15,2 %); 5 eventración (10,9 %); 5 epigastralgias (10,9 %); 5 sangrado (10,9 %); 4 colección lecho quirúrgico (8,7 %); 2 Kehr por lesión biliar intraquirúrgica (4,3 %); 1 fístula biliar (2,2 %). Acudieron a urgencias 11,6 % (n = 68), motivos relacionados a la cirugía: dolor 12 (17,65 %), revisión herida 7 (10,29 %), seroma 7 (10,29 %), sangrado 5 (7,35 %), infección herida 5 (7,35 %), colección intrabdominal 3 (4,41 %), coledocolitiasis con o sin colangitis 2 (2,94 %), coleperitoneo 1 (1,47 %). El 15,9 % de estos pacientes precisaron de ingreso hospitalario (n = 7). Podemos concluir que la colecistectomía laparoscópica es un procedimiento extendido en CMA, necesitando cuidadosa selección de pacientes, viéndose afectada por edad y ASA, no por IMC. Tasa de conversión laparoscopia 1,56 %. Principal causa de PNP son síntomas médicos seguidos del drenaje. El principal diagnóstico anatomopatológico es colecistitis crónica (79,42 %). La principal complicación es la infección de herida quirúrgica (1,53 %) y lesiones vía biliar 0,51 % (n = 3).

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, CMA, complicaciones, pernocta no planificada, anatomía patológica.

O-04 ANÁLISIS DE CRITERIOS EPIDEMIOLÓGICOS COMO FACTOR DE SELECCIÓN EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

J. D. Turiño Luque¹, P. Gutiérrez Delgado¹, J. Rivas Becerra¹, A. Bayón Muñiz¹, C. Rodríguez Silva¹, A. Cabello Burgos², A. Martínez Ferriz¹, J. Santoyo Santoyo¹
¹Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Hospital Civil. Málaga

Objetivos: Conocer la influencia de las características epidemiológicas como factor de pernocta no planificada en los principales procedimientos de cirugía mayor ambulatoria.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes intervenidos en régimen de CMA desde enero de 2015 a diciembre de 2018. Se registró: sexo, edad (agrupados < 41 años; 41 a 65 años; > 65 años), IMC (agrupados en normopeso IMC < 25; sobrepeso IMC 25-30; obesidad > 30), ASA, diagnóstico con un tamaño muestral superior a los 100 sujetos, tasa de pernocta no planificada y causas.

Conclusiones: 2315 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Análisis global de porcentajes de pernocta no planificada por grupos de patología: a) patología de pared: hombre/mujer (14,7 % vs. 24,77 %; $p < 0,0001$); ASA I/II/III (11,76 % vs. 27,07 % vs. 23,64 %; $p = 0,001$); b) colelitiasis: no hubo diferencias significativas; c) proctología (hemorroides, fístula): hombre/mujer (10,85 % vs. 17,86 %; $p = 0,05$); IMC normopeso vs. sobrepeso vs. obesidad (22,55 % vs. 10,89 % vs. 4,76 %; $p = 0,001$). Por patologías específicas: a) hernia inguinal: ASA III (20 %; $p = 0,001$); edad > 65 años (20,35 %; $p = 0,058$ próximo a la significación); b) hernia línea media: mujer (26,7 %; $p < 0,001$); ASA III (33,3 %; $p = 0,025$); c) fístula perianal: mujer (22,95 %; $p = 0,006$), normopeso (25 %; $p = 0,004$); d) sinus pilonidal y hemorroides: sin diferencias significativas por subgrupos.

Al analizar los motivos de pernocta no planificada en base a criterios quirúrgicos, médicos o del propio paciente no encontramos diferencias por sexo; por edades los comprendidos entre 41 y 65 años pernoctan con más frecuencia por motivos quirúrgicos y anestésicos, mientras los > 65 años a petición del paciente ($p = 0,019$); pacientes ASA II pernoctan más frecuentemente por los tres motivos ($p = 0,006$); mientras por IMC los obesos pernoctan más frecuentemente por motivos quirúrgicos, aquellos con sobrepeso lo hacen por procesos médicos y los pacientes en normopeso por el propio paciente ($p = 0,001$). En conclusión, en patología de pared, el sexo femenino y un grado ASA III se asocia más frecuentemente a pernocta no planificada, mientras que en proctología lo hace el normopeso.

Palabras clave: CMA, edad, sexo, IMC, pernocta no planificada.

ENFERMERÍA

O-05 SEGURIDAD DEL PACIENTE EN QUIRÓFANO

P. Banderas de las Heras, C. Moreno Castillo, M. P. Jiménez Lanzas
Hospital Civil de Málaga

Introducción: La seguridad del paciente es componente esencial de la calidad asistencial. Es necesario que el paciente reciba una atención exenta de daños innecesarios y es labor de los profesionales sanitarios el que no se vea comprometida, para garantizar la calidad asistencial. Aun

así, toda atención sanitaria conlleva el riesgo de aparición de eventos adversos que pueden ocasionar lesiones, discapacidades incluso la muerte del enfermo. Por ello hay que desarrollar estrategias para su prevención.

Objetivos: Hacer posible la reducción de riesgos gracias a una correcta entrevista preoperatoria para la inequívoca identificación del paciente (con el registro quirúrgico de enfermería cumplimentado), la aplicación de *checklist* intraoperatorio, higiene de manos según recomendaciones OMS, uso de medicamentos y cirugía seguros. Sin olvidarnos de la comprobación en las transfusiones de hemoderivados y de las anatomías patológicas. Asegurar la correcta movilización del paciente para prevenir el riesgo de caídas y lesiones, y una transferencia adecuada de información a la URPA, UVI y UCMA. Notificación de eventos adversos a través del Observatorio Para La Seguridad del Paciente.

Métodos: Búsqueda bibliográfica, en bases de datos PubMed, Medline y Cochrane, con las palabras claves: seguridad del paciente, quirófano, *checklist* y cirugía. Y a través de la observación de las actuaciones de los profesionales en quirófano y revisión de los protocolos de nuestra unidad.

Resultados: Se ha comprobado desde nuestra Unidad que desde que estamos aplicando estas medidas de seguridad, la tasa de incidencia de eventos adversos en quirófano ha disminuido demostrando la eficacia del *checklist* y de nuestros protocolos para evitar dichos errores.

Conclusión: Es necesario llevar a cabo estas prácticas seguras y de calidad en los pacientes sometidos a intervención quirúrgica para disminuir el riesgo de posibles eventos adversos en todo el procedimiento quirúrgico. De esta manera se consigue también transmitir seguridad al paciente (disminución del estrés preoperatorio). Dar a conocer estas herramientas de trabajo a disposición de todos los profesionales para garantizar una atención segura y de calidad.

Palabras clave: Seguridad, calidad asistencial, confort, prevención.

O-06 ÁREA DE MEJORA EN CMA: EL CUIDADOR COMO PIEZA CLAVE EN LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE

I. P. García Garrido, A. Cano Beltrán, I. Capitán del Río, J. M. Capitán Vallvey
Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: Es destacable la importancia de la familia en el circuito pre y posoperatorio del paciente que pasa por un proceso de CMA, así como las inquietudes y dificultades que a estos nuevos cuidadores se les pueden plantear. El miedo al dolor incontrolable y a un sangrado inesperado son dos de

las muchas inquietudes que tienen las personas que asumen cuidar a su familiar. Al igual que el paciente (aunque en menor medida) el familiar y/o cuidador también desarrolla estrés, miedo, incertidumbre, dudas e inseguridad frente a la responsabilidad de unos cuidados que desarrollará una vez sea dado de alta el paciente al que acompaña.

Objetivo:

- Evaluar la importancia de la familia en el circuito quirúrgico del paciente. Así como las inquietudes y dificultades que a estos nuevos cuidadores se les pueden plantear.
- Detectar déficits en la atención al cuidador.
- Planificar elementos de mejora frente a estas necesidades y evaluarlas periódicamente.

Métodos: Utilizando las encuestas de satisfacción de los pacientes, así como el control telefónico de las 24 horas, y organizando reuniones periódicas del equipo multidisciplinar, elaboraremos un mapa de actuación que recoja los déficits detectados en la UGC, así como los aspectos en los que debemos mejorar en cuanto a la atención del familiar/cuidador principal.

Resultados: En el último año el 94,88 % de pacientes afirma que repetiría el sistema de cirugía de CMA o se lo recomendaría sus familiares y el 99,68 % de los familiares manifiestan un impresión buena o muy buena de la atención recibida. A pesar de los buenos resultados detectamos una serie de deficiencias y proponemos medidas para solventarlas.

Conclusiones: La tarea del equipo multidisciplinar en CMA es dar una atención integral también al familiar/cuidador para que su cometido se lleve a cabo con éxito y facilite al máximo la recuperación satisfactoria del paciente intervenido.

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

GESTIÓN Y CALIDAD

O-07 25 AÑOS DE GESTIÓN DE UNA UNIDAD INTEGRADA

L. Hidalgo Grau, M. A. Martín López, R. Delgado García, D. Neira Cedrón, E. Julià Verdager, E. Sánchez Saez, X. Suñol Sala
Hospital de Mataró, Barcelona

Introducción: La Cirugía Mayor Ambulatoria se ha desarrollado de forma progresiva en España desde finales del siglo pasado, hasta convertirse en la actualidad en una de las modalidades esenciales dentro de las alternativas a la hospitalización convencional. Es aceptado que representa que constituye uno de los pilares de la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

Objetivo: Evaluar el desarrollo de una Unidad de CMA de tipo integrado dentro de la actividad quirúrgica de un Hospital General a lo largo de 25 años de evolución.

Material y método: Nuestra Unidad de CMA es de tipo integrado, en un Hospital General Docente para un área poblacional de 267.982 habitantes, que genera más de 20.000 altas al año. Consideramos la actividad desde 1994 hasta 2018, tomando en consideración el índice de ambulatorización general y de los diferentes servicios, el programa de calidad y evolución de la cartera de servicios de la Unidad y los índices de substitución. El Programa de Calidad consiste en la adecuación a la Norma ISO 9001:2001 en 2004 hasta la 2001:2015 en la actualidad. Se basa en la división del proceso general de la Unidad de 5 subprocesos con indicadores de calidad: desprogramaciones, suspensiones, tiempo de espera preoperatorio, reintervenciones, tiempo de espera en reanimación, ingresos, visitas no programadas, dolor posoperatorio, índice de satisfacción de los pacientes y ambulatorización: cada indicador tiene un objetivo prefijado. Se han practicado 101.998 procedimientos en el periodo considerado.

Resultados: El índice de ambulatorización general se ha incrementado desde 21,7 % a 64,3 %. Por servicios, cabe destacar Oftalmología y Cirugía Pediátrica, con cifras por encima del 95 %. Por detrás de Oftalmología, con más de 2000 intervenciones/año, Cirugía General y Cirugía Ortopédica rozan las 1000 intervenciones al año, con índices de ambulatorización actuales de 57,06 % y 47,93 %, respectivamente. Respecto al Programa de Calidad, no cumplimos el objetivo de las desprogramaciones (< 10 %), que alcanzó en 2018 13,35 %, pero en resto de indicadores prácticamente se consiguen. Cabe resaltar el grado de satisfacción de los pacientes. Hemos incorporado progresivamente procedimientos de mayor complejidad (colecistectomía laparoscópica, cirugía de tiroides y paratiroides, tratamiento de lesiones de ligamento cruzado anterior de la rodilla, lesiones de hombro etc.). En este aspecto y comparativamente con otras Unidades de hospitales de nivel asistencial similar al nuestro, dentro del Sistema de Salud Público de nuestra comunidad autónoma, nuestra Razón de Ambulatorización (RA) es en 2018 de 0,96, destacando el servicio de Cirugía General (colecistectomía por laparoscopia [RA 1,61], cirugía de tiroides y paratiroides [RA 3,39]) y con cifras mejorables en los Servicios de Cirugía Ortopédica (RA 0,95), Ginecología (RA 0,70), ORL (RA 0,85) y Urología (RA 0,61).

Conclusiones: Hemos desarrollado un proceso de ambulatorización progresivo que alcanza porcentajes altos. Nuestro Programa de Calidad nos permite conocer la evolución de los indicadores y realizar acciones correctivas. Se han incorporado progresivamente procesos complejos con buenos resultados, aunque pensamos que existe margen de mejora en determinados Servicios.

Palabras clave: Gestión, unidades integradas.

O-08 LA TASA DE INGRESOS: INDICADOR CLAVE DE CALIDAD EN CMA

J. M. Capitán Vallvey, I. P. García Garrido, I. Capitán del Río
Complejo Hospitalario de Jaén

Objetivos: La Tasa de Ingresos en CMA se define como el porcentaje de pacientes que habiendo sido programados como CMA finalmente no son dados de alta en el día y pernoctan en el hospital. Se considera uno de los indicadores más importantes en CMA, pues nos refleja el fracaso del proceso ambulatorio, y está en íntima relación con los errores en la selección de pacientes, con la adecuación de los procedimientos quirúrgicos y anestésicos, y con el correcto seguimiento posoperatorio inmediato, en especial por parte de anestesia y enfermería.

Métodos: Análisis retrospectivo de la Tasa de Ingresos de los pacientes intervenidos durante 2018 en la Unidad de CMA del Complejo Hospitalario de Jaén. Total pacientes intervenidos: 7299 Por especialidades: Cirugía General 1510, Traumatología 515, Oftalmología 1965, Cirugía Maxilofacial 1834, Dermatología 1025, ORL 214, Cirugía vascular 146, Estomatología 90. Tasa de Ingresos global: 61 (0,84 %) Tasa de Ingresos por especialidades: Cirugía General 58 (3,84 %), Oftalmología 3 (0,00007 %) Causas de ingreso: Dolor mal controlado 20 (32,79 %), Cirugía compleja 21 (34,43 %), Náuseas/vómitos 7 (11,48 %), Hematoma herida 3 (4,92 %), rechazo del alta 5 (8,2 %), otros 5 (8,2 %).

Resultados: Cirugía General es la especialidad que aporta más ingresos. Por patologías el porcentaje de ingresos ha sido: colecistectomías laparoscópicas 14,58 %, eventroplastias laparoscópicas 12,82 %, hemorroidectomías 8,47 %, hernias inguinales y de primaria de línea media 2,58 %, sinus pilonidales 2,88 %. Pese a que el porcentaje de ingresos global está dentro del estándar aceptado (< 1 %), en Cirugía General es algo elevado y se debe a cirugía más compleja de la prevista y al dolor posoperatorio mal controlado.

Conclusiones: La mejor aplicación de los criterios de inclusión en el circuito de CMA, así como la correcta aplicación de los protocolos de analgesia deben disminuir la tasa de ingresos en CMA.

Palabras clave: Tasa de ingresos, calidad asistencial, indicador clave.

ANESTESIA

P-01 ¿ES LA MÁSCARA LARÍNGEA AMBU UNA ALTERNATIVA EFICAZ AL TUBO OROTRAQUEAL EN LA CIRUGÍA DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PROGRAMADA?

A. Gallego Ledesma, C. Congo Silva, M. L. Moret, V. Hosta
Hospital Platón. Barcelona

Introducción: La colecistectomía laparoscópica (CL) es hoy en día la técnica quirúrgica más utilizada debido a las ventajas en comparación con la colecistectomía abierta. Del mismo modo, la técnica anestésica con respecto a la ventilación asistida bajo anestesia general para la CL ha cambiado en la última década, al elegir la máscara laríngea (LMA) en lugar del tubo orotraqueal (IOT).

Metodología: Se realizó un estudio observacional-descriptivo que comparó el uso de LMA Ambu® *versus* Intubación orotraqueal (IOT) en CL durante un año. Para demostrar que LMA Ambu® es una alternativa eficaz a la IOT, se obtuvo una muestra total de 100 pacientes ASA 1 y ASA 2 programados para CL. Cada paciente recibió anestesia general balanceada, vía aérea asistida con LMA Ambu® o IOT previa rambdomización. Se consideró que LMA AmbuR se colocó correctamente si una presión de fuga orofaríngea (OLP) a 30 mm/Hg con un globo de insuflación < 60 cm/H₂O sin fuga de aire. Para probar la hipótesis, se registraron varias variables cada quince minutos durante la cirugía. La variable principal fue el dióxido de carbono al final de la espiración (EtCO₂) ya que proporciona información confiable sobre el patrón ventilatorio.

Resultados: Se conformaron dos grupos: 58 pacientes para LMA y 42 pacientes para IOT. La variable EtCO₂, no reportó diferencia estadística LMA media: 34,5 mm/Hg vs 33,79 mm/Hg IOT. Todo lo contrario sucedió para el tiempo de inducción y educación: Tiempo de inducción: LMA 4'56" frente a ETT 6'78" P = 0,002. Tiempo de educación LMA 10'03 " vs IOT 12'08 " P = 0,02. Efectos secundarios tempranos Odinofagia 5 pacientes LMA frente a 8 pacientes IOT. Efectos secundarios tardíos náuseas y vómitos 2 pacientes LMA frente a 5 pacientes IOT.

Conclusión: LMA Ambu® es una alternativa eficaz a la IOT para la ventilación asistida en CL programada bajo anestesia general. Además de ser una técnica menos invasiva, la LMA reduce los tiempos de inducción, educación y con menos efectos secundarios.

Palabras clave: Intubación orotraqueal (IOT), mascarilla laríngea (LMA), colecistectomía laparoscópica (CL); presión de fuga orofaríngea (OLP).

P-02 MANEJO ANESTÉSICO PARA CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE HOMBRO AMBULATORIA *VERSUS* INGRESO HOSPITALARIO DE CORTA ESTANCIA EN NUESTRO HOSPITAL

A. Gallego Ledesma, V. Hosta Mateu, C. Congo Silva, O. Alemany Vilalta, M. Miró Domenech, O. Salmerón Zafra, S. Viedma Crespo, L. Moret Ferrón
Hospital Platón. Barcelona

Objetivos: Estudio observacional y retrospectivo para analizar el manejo anestésico peroperatorio en cirugía artroscópica de hombro durante el año 2018 en pacientes ambulatorios como ingresados.

Métodos: Se comparan pacientes intervenidos de artroscopia de hombro ambulatorios (grupo 1) *versus* pacientes que ingresan (grupo 2). En ambos grupos de pacientes se realiza bloqueo interescalénico ecoguiado con anestésico local de larga duración (ropivacaina 0,5 15-20ml), pasan a quirófano donde colaboran con la colocación quirúrgica y se inicia sedación.

Resultados: Durante el año 2018 se han intervenido en nuestro hospital 64 pacientes de cirugía artroscópica de hombro. 53 pacientes (grupo 1) en régimen ambulatorio con estancia media de 7,6 h (5-12 h). 11 pacientes (grupo 2) ingresados con estancia media de 31,8 h (20-96 h). Grupo 1: en URPA, EVA recogido 0 en 50 pacientes, EVA 1 en 1 y EVA 4 en 2. Al alta el EVA 0 en 49 pacientes, EVA 2 en 2 y EVA 5 en 2. Mediante llamada telefónica se han obtenido EVA a las 24 h. EVA 0 a las 24 h en 4 pacientes, EVA 3 en 10, EVA 4 en 17, EVA 5 en 14, EVA 6 en 6 y EVA 8 en 2. No se han recogido efectos adversos. Grupo 2: en URPA, el EVA recogido 0 en 10 pacientes y EVA 1 en 1. Al alta el EVA ha sido 0 en 4 pacientes, EVA 1 en 2, EVA 3 en 2, EVA 4 en 2 y EVA 5 en 1. EVA 0 a las 24 h en 2 pacientes, EVA 2 en 2, EVA 3 en 1, EVA 4 en 4, EVA 2 5 en 1 y EVA 6 en 1. 2 pacientes han presentado vómitos autolimitados. 3 pacientes han precisado anestesia general asociado al bloqueo.

Conclusión: El bloqueo interescalénico más sedación simplifica el manejo peroperatorio de la artroscopia de hombro favoreciendo una recuperación precoz en CMA.

Palabras clave: Artroscopia de hombro, bloqueo interescalénico, CMA.

P-03 ESTUDIO DE COHORTES DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA Y ORTOPÉDICA AMBULATORIA EN EL PERIODO 2017-2018

J. D. Romero Téllez, P. Roselló Añón, A. Belltall Olmos, M. Ródenas Monteagudo, O. Gutiérrez Pérez, F. Tomás Ríos, J. L. CuChillo Sastriques, P. Argente Navarro
Hospital Universitario y Politécnico de La Fe. Valencia

Introducción: La cirugía y anestesia ambulatoria está siendo una de las herramientas con mayor éxito de nuestro sistema de salud, los avances tecnológicos dentro de la cirugía y anestesia ha conllevado a que cirugía de complejidad avanzada se pueda realizar como cirugía ambulatoria consiguiendo la incorporación temprana de los pacientes a su vida habitual así como laboral.

Objetivos:

1. Descripción de procesos quirúrgicos de cirugía traumatólogica y ortopédica intervenidos de forma ambulatoria en el periodo de 2 años
2. Descripción del Tiempo quirúrgico de las cirugías y tiempo de estancia de la UCSI.
3. Obtener la tasa de reingresos y hospitalización en los pacientes de Traumatología y Ortopedia intervinieron de forma ambulatoria.
4. Describir las técnicas anestésicas realizadas para las diferentes cirugías así como el dolor posoperatorio de los mismos.
5. Describe las complicaciones temprana de los pacientes intervenidos ambulatoria.

Métodos: estudio de cohortes retrospectivo de los pacientes intervenidos de cirugía traumatólogica y ortopédica ambulatorio en un periodo de 2 años.

Criterios de inclusión: Reclutamos los pacientes intervenidos de cirugía traumatólogica y ortopédica de carácter ambulatorio en el periodo de 2017-2018. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica sistema informático Mizard, (con exención de consentimiento informado de los pacientes a ser retrospectivo). La información obtenida fue de la hoja quirúrgica así como de la llamada post operatoria en las primeras 24 horas que se realiza a los pacientes de cirugía ambulatoria. las variables estudiadas fueron: sexo y edad, patología, tiempo quirúrgico, estancia en UCSI, asa, con dolor posoperatorio, complicaciones en actividades 24 horas ingreso y hospitalización.

Exclusión: Pacientes que no respondieron a la llamada posoperatoria realizada en las primeras 24 horas. La muestra estudio fueron pacientes operados en el periodo de 2017-2018 de cirugía traumatólogica y ortopédica de carácter ambulatorio, se sometieron a aleatorizar sus grupos por edad por sexo, Valoramos la media del tiempo quirúrgico, estancia en la UCSI, y desviaciones estándar de cada una de ellas, así como para valorar la relación entre las variables a estudio utilizaremos el análisis de comparación de medias y test Chi cuadrado. Tenemos en cuenta el sesgo de información por la falta de datos o incluso por error en la obtención de datos.

Resultados y discusión: Se estudian a 1149 pacientes, en el periodo de febrero-octubre de 2018, se incluyen 992 pacientes, excluyendo 157 que no contestaron a la entrevista telefónica posoperatoria. De ellos el 69 % eran mujeres y el 31 % hombres, con una edad media de 53,3 ± 31,2 años. El 22 % de los intervenidos fueron sometidos a cirugía de la mano, 38 % a cirugía del pie, 15 % cirugía de hombro y 20 % rodilla. El 40 % de esas cirugías fueron de complejidad media-alta. El 85 % de los pacientes fueron ASA I-II, 67,6 % fueron sometidos a anestesia loco-regional, 29,3 % a anestesia general, el tiempo quirúrgico medio fue de 55,3 minutos ± 14,14, la estancia media en UCSI fue de 170 minutos ± 80,7. En el

seguimiento posoperatorio el 4,2 % fueron hospitalizados, las complicaciones se presentaron en < 1 % siendo las más frecuentes el dolor y sangrado de la herida (que no requirieron ingresos). El dolor posoperatorio, 97 % presentaron un EVA < 5, siendo el tto más habitual para el control del dolor opiáceos menores y AINE.

Conclusión: En estos momentos podemos asegurar que un amplio número de pacientes pueden ser sometidos a cirugía de complejidad variable, con escasas complicaciones y con un buen control posoperatorio. Esto supone un menor gasto de recursos sanitarios así como de hospitalización. Finalizamos concluyendo que la potenciación de la cirugía ambulatoria supone una vía importante de reducir las listas de espera y de racionalización de los recursos.

Palabras clave: Dolor posoperatorio.

P-04 RELACIÓN ENTRE DOLOR POSOPERATORIO Y TIPO DE CIRUGÍA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA Y ORTOPÉDICA AMBULATORIA

J. D. Romero Téllez, J. García Cantos, D. Martínez Catalá, B. Castel González, F. Tomás Ríos, J. L. CuChillo Sastriques, P. Argente Navarro

Hospital Universitario y Politécnico de La Fe. Valencia

Objetivos: La cirugía y anestesia ambulatoria está siendo una de las herramientas de éxito de nuestro sistema de salud, los avances en el tratamiento del dolor, así como dentro de la cirugía ha conllevado a que cirugía de complejidad avanzada se pueda realizar como cirugía ambulatoria, con una calidad asistencial adecuada y consiguiendo la incorporación temprana de los pacientes a su vida habitual así como laboral.

Objetivos:

1. Descripción de procesos quirúrgicos de cirugía traumatólogica y ortopédica intervenidos de forma ambulatoria en el periodo de 1 año, 2018.
2. Descripción del tiempo quirúrgico de las cirugías y tiempo de estancia de la UCSI.
3. Obtener la tasa de reingresos y hospitalización en los pacientes de Traumatología y Ortopedia intervinieron de forma ambulatoria.
4. Describir las técnicas anestésicas realizadas para los diferentes cirugías así como el dolor posoperatorio de los mismos.
5. Describe las complicaciones tempranas de los pacientes intervenidos ambulatoria.
6. Valorar si existe relación entre el grado de dolor posoperatorio y la duración quirúrgica, la duración de estancia en UCSI y la complejidad quirúrgica.

Métodos:

1. Estudio de cohortes retrospectivo de los pacientes intervenidos de cirugía traumatólogica y ortopédica ambulatorio en un periodo de 2 años.
2. Valoramos la relación existente entre la complejidad quirúrgica, tiempo quirúrgico, el dolor posoperatorio y el tiempo de estancia en UCSI.

Criterios de inclusión: Reclutamos los pacientes intervenidos de cirugía traumatólogica y ortopédica de carácter ambulatorio en el periodo de 2018. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica sistema informático Mizard (con exención de consentimiento informado de los pacientes a ser retrospectivo). La información obtenida fue de la hoja quirúrgica, así como de la llamada post operatoria en las primeras 24 horas que se realiza a los pacientes de cirugía ambulatoria. las variables estudiadas fueron: sexo y edad, patología, tiempo quirúrgico, estancia en UCSI, asa, con dolor posoperatorio, complicaciones en actividades 24 horas ingreso y hospitalización.

Hipótesis del estudio:

1. Cuanta mayor complejidad quirúrgica mayor tiempo de estancia en la UCSI.
2. Cuanto mayor tiempo quirúrgico mayor tiempo de estancia en la UCSI.
3. Cuanto mayor tiempo y complejidad quirúrgicos, mayor dolor posoperatorio.

Exclusión: pacientes que no respondieron a la llamada posoperatoria realizada en las primeras 24 horas. La muestra estudio fueron 690 pacientes operados en el periodo de 2018 de cirugía traumatólogica y ortopédica de carácter ambulatorio, se sometieron a aleatorizar sus grupos por edad por sexo. Valoramos la media del tiempo quirúrgico, estancia en la UCSI, y desviaciones estándar de cada una de ellas, así como para valorar la relación entre las variables a estudio utilizaremos el análisis de comparación de medias y test Chi cuadrado. Tenemos en cuenta el sesgo de información por la falta de datos o incluso por error en la obtención de datos.

Resultados: Se estudian a 695 pacientes, en el periodo de febrero-octubre de 2018, se incluyen 600 pacientes, excluyendo 95 que no contestaron a la entrevista telefónica posoperatoria. De ellos el 65 % eran mujeres y el 35 % hombres, con una edad media de $53,1 \pm 17,2$ años. El 35 % de los intervenidos fueron sometidos a cirugía de la mano, 38 % a cirugía del pie, resto a cirugía de hombro y rodilla. El 40 % de esas cirugías fueron de complejidad media-alta. El 91 % de los pacientes fueron ASA I-II, 74 % fueron sometidos a anestesia loco-regional, 25 % a anestesia general, el tiempo quirúrgico medio fue de 50,1 minutos $\pm 30,2$ en los paciente que presentaron un EVA < 5 y 60,3 min $\pm 32,2$, la estancia media en UCSI fue de 130 minutos $\pm 56,7$, en los pacientes con EVA > 5 la duración quirúrgica fue de 60 ± 34 , estancia en UCSI 160 min $\pm 72,2$, el 70 % de

estos pacientes fueron sometidos a cirugía de complejidad alta. Observamos que existe una relación significativa entre la existencia de dolor posoperatorio y la duración de estancia en UCSI ($p < 0,0003$) y la complejidad quirúrgica ($p < 0,0002$), sin existir evidencia de diferencias significativas entre la duración quirúrgica y el dolor posoperatorio ($p 0,23$). En el seguimiento posoperatorio el 4,2 % fueron hospitalizados, las complicaciones se presentaron en < 1 % siendo las más frecuentes el dolor y sangrado de la herida que no requirieron ingresos. El dolor posoperatorio, 95 % presentaron un EVA < 5 , siendo el tratamiento más habitual para el control del dolor opiáceos menores y AINES.

Conclusión: En estos momentos podemos asegurar que un amplio número de pacientes pueden ser sometidos a cirugía de complejidad variable, con escasas complicaciones y con un buen control posoperatorio. Esto supone un menor gasto de recursos sanitarios, así como de hospitalización.

Palabras clave: Dolor posoperatorio.

P-05 ¿SE PUEDEN INTERVENIR PACIENTES CON PATOLOGÍA PULMONAR GRAVE POR UCSI? EXPERIENCIA EN PROCEDIMIENTOS DE NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA AMBULATORIA, ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 90 CASOS

J. D. Romero Téllez, J. García Cantos, B. Castel González, A. Belltall Olmos, J. V. CuChillo Sástriques, M. P. Argente Navarro

Hospital Universitario y Politécnico de La Fe. Valencia

Objetivos: Describir y analizar las características y complicaciones de los pacientes sometidos a procedimientos ambulatorios de neumología intervencionista en el Hospital Universitari I Politènic La Fe durante el periodo comprendido entre enero 2017 y septiembre de 2018.

Método: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de todos los pacientes ambulatorios en los que se realizaron procedimientos de neumología intervencionista durante un año. Se recogieron datos de la historia clínica relativos a: edad, sexo, diagnóstico previo a la intervención, tiempo quirúrgico, tiempo en UCSI, complicaciones y clasificación ASA.

Resultados y conclusiones: Se llevaron a cabo 90 procedimientos de neumología intervencionista: 59 criobiopsias (65,6 %), 29 biopsias transbronquiales guiadas por ultrasonido (EBUS-TBNA) (32,2 %), 1 biopsia guiada por navegación electromagnética (1,1 %) y 1 procedimiento de implante de válvula endobronquial (1,1 %). La población en la cual se hicieron las intervenciones eran en su mayoría hombres (54 [60 %]), con una media de edad de $64,3 \pm 13,3$ años (rango 20-84); la principal indicación

de la realización del procedimiento fue para el estudio de un patrón intersticial (58 [64,4 %]) y en su mayoría eran pacientes con pobre estado físico y funcional preoperatorio (ASA I 3,3 %, ASA II 38,9 %, ASA III 45,6 % y ASA IV 12,2 %), se llevó a cabo una anestesia general con mascarilla laríngea en la totalidad de los casos. El tiempo quirúrgico en promedio fue de $49 \pm 16,3$ minutos (rango 20-95) y el promedio de estancia en la UCSI fue $198,9 \pm 77,6$ minutos (rango 85-468). Con respecto a las complicaciones se presentaron en total 7 eventos (7,8 %), principalmente neumotórax iatrogénico (3 eventos [3,3 %]), requiriendo ingreso hospitalario en 4 casos (4,4 %) y un ingreso en la unidad de reanimación. A partir de estos datos podemos concluir que se puede llevar a cabo un programa exitoso de UCSI para pacientes con pobre estado funcional e importantes patologías pulmonares, sin una mayor tasa de complicaciones comparándolos con los resultados de otros centros a nivel mundial, resaltando la importancia de un equipo multidisciplinar comprometido con la seguridad del paciente y la calidad técnica no solo desde el punto de vista del neumólogo sino también de parte de los anestesiistas y el equipo de enfermería.

Palabras clave: Criobiopsia, ultrasonido endobronquial, anestesia general, cirugía ambulatoria.

P-06 COMPLICACIÓN SECUNDARIA A IRRIGACIÓN DE SUERO SALINO FISIOLÓGICO DURANTE HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

P. Benito Saz, T. González, J. Laso, F. Palacio, M. Zaballós García, L. Bermejo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Dar a conocer la importancia del control del volumen de suero de irrigación así como del tiempo quirúrgico durante la realización de histeroscopia en CMA.

Métodos: Presentamos una paciente de 41 años con diagnóstico de mioma submucoso para realización de histeroscopia quirúrgica en régimen de CMA. Antecedentes personales: tiroidectomía total por carcinoma medular de tiroides en tratamiento con eutirox. En estudio preoperatorio con analítica sanguínea solo destaca anemia microcítica en probable relación a sangrado por mioma uterino. Inducción anestésica e inserción de mascarilla laríngea AuraGain n°4 sin incidencias. Durante la histeroscopia se observa útero poliomatoso. Con histeroscopia quirúrgica de Storz se realiza miomectomía total de mioma de 2 cm y miomectomía parcial de mioma de 5 cm mediante asa de diatermia con irrigación de SSF 0,9 %. Se coagulan múltiples boquillas vasculares. La paciente presenta estabilidad hemodinámica y respiratoria durante todo el procedimiento. Duración

de la intervención: 2 horas. Total volumen de irrigación administrado 11 l. Volumen de irrigación aspirado: 3500 ml. Previo a educación anestésica se objetiva importante edema facial y cervical y en analítica sanguínea: pH 7,12, pCO₂ 45, pO₂ 158, HCO₃ 16, BE efec -13,4, Na 141, K 4,1, cloruro 117. Se procede a sondaje urinario y administración de 20 mg de furosemida. Educación anestésica sin incidencias. Durante su estancia en URPA destaca diuresis de 4 l. Se suspende el régimen ambulatorio permaneciendo la paciente 1 día en ingreso hospitalario hasta la resolución del cuadro con mejora clínica y analítica.

Conclusiones: Se trata por tanto de una acidosis metabólica hiperclorémica en relación a líquido de irrigación con SSF 0,9 % durante la realización de una histeroscopia quirúrgica. Es imprescindible conocer las complicaciones derivadas de los medios de distensión durante una histeroscopia para prevenirlas, lo cual nos evitará ingresos hospitalarios innecesarios.

Palabras clave: Histeroscopia quirúrgica, medios de distensión, volumen de irrigación, acidosis metabólica, cirugía mayor ambulatoria.

P-07 INCIDENCIA DE SÍNDROME NEUROLÓGICO TRANSITORIO (SNT) CON LIDOCAÍNA INTRADURAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

A. Domínguez Jiménez, S. González Jiménez, R. Fernández Velázquez, M. V. Pelegrín Hernández, F. Aguilera Roldán

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Objetivos: El objetivo es analizar la incidencia de SNT tras el uso de lidocaína al 2 % intradural en la CMA del HURS.

Métodos: Estudio descriptivo observacional transversal retrospectivo de 1212 adultos intervenidos de cirugía de pared abdominal, proctología y cardiovascular en régimen de CMA durante 4 años (2014-2017), bajo anestesia subaracnoidea con lidocaína al 2 %. Se realizó una encuesta de seguimiento telefónico posquirúrgico a las 24-72 h. Procesamiento de la información con Rstudio, calculando las estadísticas descriptivas para variables cualitativas, incidencia absoluta y relativa con su IC95 %.

Conclusiones: Se realizaron 1400 intervenciones, 1212 personas respondieron a la encuesta, los 188 restantes son pérdidas (teléfono incorrecto, no disponible, etc.). La población incluye adultos entre 16 y 84 años, media de 50,48 ± 13,37. Un 16,45 % son intervenciones de varices (199), 3,39 % son fisuras anales y hemorroides (41) y la mayoría, un 80,16 % (970) corresponden a cirugía de pared abdominal. El número de SNT, fue de 10, un 0,83 % de los pacientes (IC95 % 0,57-1,09 %), 8 en cirugía de pared abdominal y 2 de CCV. En coloproctología, no se

registró ningún caso. La incidencia de SNT en la bibliografía es muy heterogénea. La mayoría coinciden en un 25-30 %. Las causas que pueden explicarlo son el tipo y duración de la intervención, la posición, el tipo de aguja espinal, las características del fármaco, la deambulación, etc. Los datos de incidencia de SNT que arroja nuestro estudio son mucho menores. La principal limitación de nuestro estudio es que el cuestionario telefónico no pregunta por el SNT. Los pacientes lo refieren en la pregunta que incide sobre “otros síntomas por los que no se le ha preguntado”. En conclusión, tras el análisis de nuestros datos en el contexto de la bibliografía disponible, la incidencia observada en nuestro centro es muy baja y clínicamente poco relevante.

Palabras clave: Lidocaína, raquídea, observacional, ambulatoria.

P-08 PAPEL DEL BLOQUEO DEL CUADRADO LUMBAR EN ANALGESIA MULTIMODAL PARA NEFROURETERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

A. Milla Castro, M. J. Castro, A. Martínez, M. J. Gómez de Cos, A. Zarcos, G. Sedeño

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Implementar uso del bloqueo del cuadrado lumbar (QLB) en contexto de analgesia multimodal aplicada a cirugía laparoscópica urológica, con propósito de mejorar el confort del paciente y facilitar su recuperación funcional temprana y alta precoz.

Métodos: Se presenta caso de nefro-ureterectomía laparoscópica con manejo analgésico satisfactorio mediante técnica multimodal implementada con bloqueo del cuadrado lumbar (QLB) tipo 2. Hombre, 83 años, NAMC, IAVD. Hábitos tóxicos: bebedor ocasional, ex-fumador (15 paq/año > 20 años). Antecedentes médicos: HTA, EAO moderada (FEVI conservada), tumor urotelial superior derecho (bajo grado), adenocarcinoma sincrónico de recto superior. Antecedentes quirúrgicos: cataratas, tumores basocelulares. Dadas las condiciones basales del paciente, se decide programar cirugía urológica y realizar resección anterior baja (RAB) de recto en semanas posteriores. Monitorización: EKG, pulsioximetría, capnografía, EtCO₂, PAI radial, sondaje vesical, BIS. Inducción anestesia general: propofol, fentanilo, rocuronio Mantenimiento: sevoflurano, remifentanilo. Abordaje analgésico multimodal: -Paracetamol 1 g i.v. + dexametasona 8 mg + ranitidina 150 mg (inicio intervención) -Dexketoprofeno 50 mg + tramadol 100 mg+ ondansetrón 4 mg (30 min antes educación). -Bloqueo QLB tipo 2. Levobupivacaína 0,25 % (25 mL). Sonda convex URPA: evolución satisfactoria. Alta a planta en 3 horas. Dolor controlado (EVA: 3).

Planta: precisó analgesia pautada en tres ocasiones (metamizol 2 g i.v.-primer día, dos comprimidos de metamizol de 575 mg-segundo día). Alta: 48 horas de evolución postquirúrgica, EVA 2, deambulación sin apoyos externos. La recuperación intensificada supuso una ventaja extra en este paciente, ya que precisaba iniciar sin demora el acondicionamiento prequirúrgico para someterse a RAB.

Conclusiones: QLB otorga analgesia somática en puertos quirúrgicos laparoscópicos y analgesia visceral retroperitoneal. En cirugía laparoscópica urológica, el QLB es una excelente y segura alternativa al uso de opiáceos intravenosos, bloqueos abdominales y analgesia posoperatoria epidural. Este bloqueo podría incluirse en protocolos analgésicos de este tipo de intervenciones aunque son necesarios más estudios de eficacia y seguridad.

Palabras clave: Analgesia, multimodal, cuadrado, lumbar, urología.

P-09 BLOQUEO ANTERIOR DE LA VAINA DE LOS RECTOS ABDOMINALES PARA CIRUGÍA DE HERNIA UMBILICAL Y/O EPIGASTRIO

M. J. Espinar González¹, M. E. Villa Bastias¹, D. Fernández Rodríguez¹, J. F. Albertos Solera¹, R. J. Toscano Méndez¹, J. A. Reinaldo la Puerta²

¹Hospital de Alta Resolución de Benalmádena, Málaga.

²Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Objetivos: Ver la eficacia de un bloqueo anterior de rectos abdominales comparado con el tradicional abordaje posterior, como técnica anestésica útil para el tratamiento quirúrgico de las hernias de pared abdominal en la CMA.

1. Comprobar que puede ser realizada por personal, con un entrenamiento básico en ecografía.
2. Evitar las posibles complicaciones del bloqueo posterior de los rectos abdominales como: punción accidental de asas intestinales y de vasos epigástricos.

Material:

- Ecógrafo con transductor lineal de alta frecuencia (7-11 Mhz).
- Agujas tipo Echoplex 23 G x 35 mm o 23 G x 50 mm - Anestésicos: ropivacaína 0,25 % (20 ml), mepivacaína 1 % (2 ml)

Métodos: En primer lugar, se realiza una sedación del paciente manteniendo nivel de entropía entre 40-55 Psi, con midazolam, fentanilo, propofol iv. Manteniendo una monitorización básica y suplemento de O₂ al 0,3 % con gafas nasales. Administrada a dosis única sin necesidad de dosis de mantenimiento. Para realizar el bloqueo, con el paciente en decúbito supino, situamos la sonda ecográfica en corte

transversal a la altura del ombligo, sobre el músculo recto del abdomen. Abordamos la vaina anterior punzando desde lateral a media, viendo en todo momento la aguja, hasta llegar a la vaina anterior. Aspiramos, confirmamos que no sale sangre y procedemos a introducir 10 ml de ropivacaína al 0,25 %. Repetimos en el lado contralateral. Aplicamos 2 ml de mepivacaína al 1 % subcutánea y realizamos la técnica quirúrgica indicada. Al finalizar la intervención el paciente pasa directamente a su habitación, cumpliendo criterios de alta a domicilio de forma precoz (1-3 h).

Conclusiones:

1. El abordaje anterior de la vaina de los rectos abdominales es tan efectivo como el posterior.
2. El abordaje anterior es fácil de realizar, incluso por personal con conocimientos básicos en ecografía.
3. El bloque de la vaina de los rectos abdominales proporciona una analgesia adecuada, en el intraoperatorio y posoperatorio. Alcanzando el paciente un EVA 0 en las primeras 12 h.
4. El bloque anterior, evita las posibles complicaciones del abordaje posterior como la punción accidental de asas intestinales y/o vasos epigástricos.

Palabras clave: Bloqueo, anterior, vaina, rectos, abdominales.

P-10 SEDACIÓN INHALATORIA Y ANESTESIA LOCAL EN CIRUGÍA DE SINUS PILONIDAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

A. Martínez Marín, R. Fernández Calle, M. J. Gómez de Cos, J. Carmona Auriolles

Hospital Regional Universitario. Málaga

Objetivos: Demostrar la seguridad y eficacia de realizar la cirugía de sinus pilonidal con anestesia local asociada a sedación con sevoflurano en CMA.

Métodos: Previa información a paciente y valoración por parte de equipo quirúrgico, se realiza procedimiento. Realizamos una monitorización básica del paciente (electrocardiograma, tensión arterial no invasiva, pulsioximetría). Para llevar a cabo una "pre-emptive" analgesia iniciamos el procedimiento con la administración intravenosa de un AINE y dexametasona. Se procede a sedación del paciente con propofol, fentanilo y midazolam a dosis subanestésicas. A continuación utilizamos gafas nasales (Silhouette®) para administración de Sevoflurano (1-3 %). La anestesia local (AL) utilizada consiste en una mezcla de levobupivacaína 0,5 % + lidocaína 1 % + adrenalina 1:200000. Asimismo, llevamos a cabo una fluidoterapia restrictiva (hasta 500 ml). Después, los pacientes permanecen en recuperación hasta que son dados de alta. Todos los pacientes son preguntados a las 24 horas, sobre el estado clínico y la satisfacción.

Conclusiones: Son varios los estudios que concluyen a favor de la AL asociada a sedación como la técnica más costo-efectiva y segura para la cirugía anorrectal. Los estudios encontrados en los que se utiliza sedación con sevoflurano son en población pediátrica. Creemos que éste puede ser una buena opción para sedación en adultos y utilizamos el dispositivo Silhouette® dado que posee un sistema de evacuación de gases exhalados y presenta una buena eficiencia de estanqueidad. Nos encontramos en fase de recogida de datos; los resultados que tenemos (9 pacientes) nos indican menor necesidad de estancia en unidad de recuperación posanestésica, pacientes muy satisfechos y ausencia de complicaciones derivadas de la técnica. Asimismo, también encontramos que la información previa al paciente y la técnica de infiltración del anestésico es muy importante para la confortabilidad, tanto del paciente como del equipo quirúrgico.

Palabras clave: Anestesia, sedación, sevoflurano, sinus pilonidal.

P-11 EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA PALMITOILETANOLAMIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA POLINEUROPATÍA DOLOROSA CON VARIAS ETIOLOGÍAS. ESTUDIO CLÍNICO OBSERVACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE UN ALIMENTO CON FINES MÉDICOS ESPECIALES, PALMITOILETANOLAMIDA (PEA)

L. Adán Alcántara, R. Alomar, J. Coma, C. Batet
Hospital Transversal Moisés Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona

Objetivos: La polineuropatía es una de las causas más frecuentes del dolor neuropático y representa un problema médico de difícil manejo. Palmitoiletanolamida (PEA) es un N-Acil-Etanolamina, que ejerce su actividad analgésica a través de la “down-regulation” de las células mastocitarias y la inhibición de la activación microglial, desempeñando un papel importante en la modulación del dolor en las neuropatías. Los objetivos de este estudio han sido evaluar la eficacia de la administración de palmitoiletanolamida, en la disminución de la intensidad del dolor neuropático de diferente etiología, así como monitorizar la seguridad del tratamiento y la ausencia de efectos secundarios en la práctica clínica habitual.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional con 29 pacientes de la Unidad del Dolor del Hospital Gral. de Hospitalet, con terapia analgésica o no, con episodios de dolor de origen neuropático de diferente etiología. Se ha administrado Normast® 600 mg (palmitoiletanolamida ultramicronizada), a los participantes en el estudio, siguiendo

la pauta: 22 comprimidos/día durante los primeros 20 días (1200 mg/día) y otros 30 días con dosis de mantenimiento de 1 comprimido diario (600 mg/día). La eficacia del tratamiento se evaluó mediante la escala visual analógica (EVA) para cuantificar el dolor, y el cuestionario DN4 para ayudar al diagnóstico del dolor neuropático. Se realizaron tres tomas de datos: T0, a los 20 días de tratamiento y a los 50.

Conclusiones: Al final del periodo de tratamiento se aprecia una reducción del dolor, así como un aumento de la calidad de vida. En los pacientes tratados con Normast® el dolor y la incapacidad disminuyeron de forma mucho más evidente que antes de empezar el tratamiento. Los resultados obtenidos demuestran que la palmitoiletanolamida (PEA) en forma ultramicronizada, principio activo de Normast®, es una molécula, eficaz y segura, para el tratamiento del dolor neuropático crónico, asociado a las neuropatías periféricas.

Palabras clave: Palmitoiletanolamida, polineuropatía dolorosa, anestesia.

P-12 ESTUDIO COMPARATIVO DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA MASCARILLA AMBU AURAGAIN VERSUS LA MASCARILLA LARÍNGEA PROTECTOR EN PACIENTES ADULTOS INTERVENIDOS EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

A. Moya Sánchez
Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Recientemente, dos nuevos dispositivos supraglóticos se han introducido en la práctica clínica: la mascarilla-laríngea-Protector TM y la mascarilla-laríngea Ambuâ AuraGain TM. No disponemos de estudios amplios que hayan comparado la eficacia de ambas mascarillas. El objetivo de este estudio fue comparar la eficacia de ambos dispositivos en la práctica clínica habitual en pacientes intervenidos en cirugía mayor ambulatoria.

Métodos: Tras la aprobación del comité de ética, se evaluó de forma consecutiva a pacientes que iban a ser intervenidos bajo anestesia general con indicación de mascarilla laríngea, en los que se utilizó una mascarilla-Protector o una mascarilla-Ambu-AuraGain. Se excluyeron pacientes ASA IV con riesgo elevado de regurgitación o antecedentes de infección respiratoria reciente. La variable de estudio principal fue la presión de fuga orofaríngea evaluándose asimismo la tasa de éxito global y los efectos adversos relacionados con su uso.

Resultados: Se incluyeron 130 pacientes, 65 en cada grupo. No hubo diferencias en la presión de fuga orofaríngea: mediana y rango intercuartil de 28 cm de H2O (25-35) con

la mascarilla-Protector y de 26 cm de H2O (24-30) con la mascarilla-Ambu-AuraGain; ($p = 0,16$). La tasa de éxito global fue idéntica del 97 % con un intervalo de confianza del 95 % (89 a 99), ($p = 0,1$). Hubo diferencias en el tamaño de mascarilla utilizado: el nº 3 se insertó en mayor proporción en el grupo Protector, 49 % frente a un 22 % en el grupo Ambu-AuraGain ($p = 0,004$). Se observaron diferencias en la resistencia a la inserción, siendo mayor el porcentaje de casos con resistencia leve en el grupo Protector 15 % vs. 2 % en Ambu-AuraGain; y resistencia moderada en mayor proporción en el grupo Ambu-AuraGain 30 % vs. 9 % en el grupo Protector, ($p = 0,001$). No hubo diferencias en los efectos adversos, a excepción de la presencia de sangre en retirada que fue superior en el grupo de la Mascarilla-Protector ($p = 0,02$). Los resultados de nuestro estudio muestran que ambas mascarillas son equiparables en cuanto a parámetros relevantes como la presión de fuga orofaríngea, tasa de éxito y efectos adversos, en su uso en pacientes adultos anestesiados sin la utilización de relajante muscular.

Conclusiones: La Mascarilla-Protector y la Mascarilla-Ambu-AuraGain pueden ser utilizadas con seguridad y eficacia en el contexto clínico habitual.

Palabras clave: Dispositivo supraglótico, presión de fuga, relajante muscular.

P-13 FACTORES ASOCIADOS AL USO DE BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES Y DISPOSITIVOS SUPRAGLÓTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN CIRUGÍA AMBULATORIA

A. Moya Sánchez

Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: En la práctica clínica el uso de bloqueantes neuromusculares (BNM) no es imprescindible cuando el manejo de la vía aérea (VA) se realiza con dispositivos supraglóticos (DSG). Sin embargo, en situación real no es infrecuente que los anestesiólogos utilicen BNM, bien para facilitar su inserción o durante el mantenimiento. Esto es debido a que en diferentes contextos clínicos son útiles para disminuir reflejos como el hipo, para facilitar la cirugía en procedimientos laparoscópicos, o en intervenciones en las que el movimiento del paciente puede complicar la cirugía. El objetivo del presente estudio fue evaluar los factores asociados al uso de BNM y DSGs en procedimientos habituales de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Métodos: Tras su aprobación por el comité de ética se realizó un estudio de cohortes, observacional y prospectivo que incluyó pacientes intervenidos en CMA bajo anestesia general que habían sido manejados con un DSG. La técnica anestésica realizada fue a criterio del anestesiólogo, así

como la utilización o no de BNM. La asociación entre los diferentes factores (del paciente y de la cirugía) asociados al uso de BNM se investigó mediante modelos de regresión logística binaria univariada y multivariada.

Conclusiones: Se evaluaron 219 pacientes con una edad media de 50 ± 12 años, siendo el 62 % mujeres. El DSG utilizado fue en un 67 % la mascarilla laríngea () Protector, y en un 33 % la ML Ambu-AuraGain. Se utilizaron BNM en un 26 % de los casos. No hubo diferencias en el uso de BNM y el DSG utilizado, ni entre hombres y mujeres, ni con el tamaño de DSG insertado. Hubo diferencias significativas en el uso de BNM y el tiempo de duración de la cirugía, siendo de 69 ± 34 vs. 55 ± 23 min, con o sin BNM respectivamente, $p = 0,001$; con los usos avanzados de cirugía, se utilizó BNM en el 96 % vs. un 18 % en el resto de las cirugías, $p = 0,0001$. Finalmente, el uso de BNM se asoció a la presencia de respuesta del paciente (movimiento, tos, hipo) durante la inserción del DSG: el 74 % de los que presentaron respuesta recibieron BNM, frente a un 26 % en el grupo que no presentó respuesta, $p = 0,0001$. No hubo relación entre el uso de BNM con la calidad de ventilación, el agente utilizado en el mantenimiento anestésico, presiones en la VA, ni con la presencia de complicaciones ni dolor de garganta en el posoperatorio. El análisis multivariante mostró la duración de la cirugía (OR 1,2, IC 95 % 1,03-1,43; $p = 0,02$), el uso avanzado del DSG (OR 6,8, IC 95 % 2,46-19; $p = 0,0001$), la respuesta a la inserción (OR 24,9, IC 95 % 9,16-67,7; $p = 0,0001$) y la edad del paciente (OR 1,37, IC 95 % 1,004-1,88; $p = 0,04$) como factores significativamente asociados al uso de BNM. El IMC (OR 0,8, IC 95 % 0,76-0,97; $p = 0,019$), se mostró como un factor protector y del uso de BNM.

Conclusiones: Nuestro estudio ha mostrado que el empleo de BNM no es infrecuente en procedimientos ambulatorios en los que se utiliza un DSG. Los factores implicados se relacionan con procedimientos quirúrgicos más complejos y de más duración. Asimismo la respuesta del paciente durante la inserción del DSG fue otro factor que condicionó el uso de BNM y DSG

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, bloqueante neuromuscular, dispositivo supraglótico.

CIRUGÍA

P-14 CIRUGÍA AMBULATORIA DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO, CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA. ¿ES SEGURA?

M. González Zunzarren, M. A. Vaquero Pérez, F. Sánchez-Cabezudo, A. Picardo Nieto

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid

Objetivos: Valorar los resultados de la cirugía del hiperparatiroidismo primario (HPP) en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en nuestro hospital.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes intervenidos de hiperparatiroidismo primario en régimen de CMA entre el 01/01/2013 y el 31/12/2018 en el Hospital Infanta Sofía.

Conclusiones: En el hospital Infanta Sofía se inició el protocolo de paratiroidectomía ambulatoria para el tratamiento del HPP en pacientes seleccionados en el año 2013. Entre el 01/01/2013 y el 31/12/2018, 158 pacientes han sido intervenidos de hiperparatiroidismo primario en nuestro hospital, 23 de ellos (14,5 %) en régimen de CMA. Todos los pacientes de CMA tienen diagnóstico preoperatorio de adenoma, con doble localización por ecografía y gammagrafía. Todas las intervenciones fueron realizadas bajo anestesia general y a través de una incisión de Kocher. En todos estos casos se realizó una exploración cervical unilateral, explorando una sola glándula paratiroides en 12 pacientes mientras que en 11 pacientes se explora también la glándula paratiroides ipsilateral. En 14 pacientes se dejó un hemostático en el lecho quirúrgico. En todos los casos la anatomía patológica intraoperatoria es compatible con adenoma. El descenso intraoperatorio de PTH fue adecuado en 21 pacientes (91,3 %). En un caso no hubo descenso de la PTH intraoperatoria y en otro caso el descenso fue parcial. En cuanto a complicaciones hubo dos casos de hipocalcemia transitoria que requirieron suplementación con calcio oral. No se observaron hematomas, lesiones recurrenciales ni reingresos. En tres casos (13 %) la PTH persiste elevada al año de la cirugía, encontrándose en uno de ellos otro adenoma. Conclusiones La cirugía del hiperparatiroidismo se puede realizar de forma segura en régimen de cirugía ambulatoria en pacientes seleccionados con localización preoperatoria del adenoma.

Palabras clave: Hiperparatiroidismo, Cirugía Mayor Ambulatoria.

P-15 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: NUESTRA EXPERIENCIA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA AMBULATORIA

G. Eleuterio Cerveró, C. Basés Valenzuela, A. Montaner SanChis, C. Zaragoza Fernández, A. Salvador Martínez, J. Mir Labrador, R. Fabra Ramis
Consorcio Hospital General de Valencia

Objetivos: Conocer y dar a conocer el porcentaje de ambulatorización de una serie de colecistectomías laparoscópicas (CLA) realizadas en nuestro servicio de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Métodos: Entre enero de 2000 y mayo de 2018 hemos intervenido bajo anestesia general con mascarilla laríngea a 785 pacientes afectos de colelitiasis sintomática, mediante colecistectomía laparoscópica ambulatoria. De ellos 594 eran mujeres (75,7 %) y hombres 191 (24,3 %) siendo su edad media de 52 años. Los criterios de inclusión fueron: colelitiasis sintomática; criterios sociofamiliares de CMA; ASA I, II y III bien compensados y aceptación voluntaria del régimen ambulatorio. Los pacientes ocuparon el primer lugar del parte quirúrgico y tras la intervención pasaron a la Unidad de Reanimación Postquirúrgica, siendo dados de alta a su domicilio antes de 10 horas. A los 7-10 días se retiraron los puntos y al mes se realizó un control en consulta externa.

Conclusiones: La principal indicación clínica de CLA fue el cólico biliar en 671 pacientes (85,5 %). Del mismo modo, la imagen ecográfica más frecuente fue de colelitiasis simple en el 86 % de los pacientes. La colecistectomía laparoscópica se completó en 760 pacientes (97 %) requiriendo de conversión a cirugía abierta en 25 (3 %). Las causas fueron dificultades técnicas por colecistitis en 8 (32 %), hemo-peritoneo en 11 (44 %), abdomen bloqueado en 4 (16 %) y lesión de la vía biliar en 2 (8 %). Se registraron complicaciones perioperatorias en 20 pacientes, dos lesiones de la vía biliar principal; reconstruyéndose un caso con tubo de Kher y realizándose en el otro una hepático-yeyunostomía. Las complicaciones posoperatorias registradas fueron: 12 biliorragias, 3 requirieron de reintervención precoz (< 24 h postcirugía); 5 colecciones subhepáticas, drenándose percutáneamente 4 y la restante con tratamiento conservador; y 2 hemoperitoneo, objetivado a las 24 horas y otro a los 10 días, requiriendo ambos de reintervención urgente. Fueron dados de alta antes de las 10 horas 376 (48 %), 352 (45 %) permanecieron ingresados < 24 h (10-23 h). Por lo tanto, 728 pacientes (92,7 %) tuvieron un ingreso inferior a 24 h y 56 pacientes (7 %) permanecieron ingresados > 24 h, (37 con ingreso entre 24-48 h, 16 pacientes entre 5-7 días y 3 entre 7-14 días). La morbilidad posoperatoria apareció en 10 pacientes, objetivándose 7 pacientes con eventración periumbilical, 1 con Odditis y 2 con coledocolitiasis residual. Traduciéndose así en una morbilidad acumulada del 6,31 % (49 pacientes). Con nuestros resultados podemos concluir que la colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio es segura, reproducible y presenta un índice de complicaciones y morbilidad similar a las realizada con ingreso hospitalario.

Palabras clave: Cirugía, vía biliar, colecistectomía.

P-16 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN UN CASO DE HIDROSADENITIS SUPURATIVA GIGANTE

M. Gutiérrez Delgado, C. Rodríguez Silva, A. Cabello Burgos, J. Turiño Luque, J. Rivas Becerra, A. Bayón Muñiz, J. Martínez Ferriz, J. Santoyo Santoyo
Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Presentar el caso de un paciente varón de 54 años, fumador, con hidrosadenitis supurativa grado III de años de evolución resistente al tratamiento médico sistémico.

Métodos: Selección de un paciente con enfermedad de Verneuil derivado por el servicio de Digestivo para valoración de exéresis. Durante su estudio se solicitaron pruebas de imagen tales como ecografía de partes blandas y tomografía por emisión de positrones (PET) que confirmaban los hallazgos clínicos: abscesos y trayectos fistulosos glúteos bilaterales hipermetabólicos.

Resultados: Se realizó una amplia exéresis con el objetivo de reseca los múltiples trayectos fistulosos con márgenes de seguridad, objetivándose un importante defecto cutáneo. Posteriormente durante su estancia hospitalaria presentó buena evolución de las curas de herida, supervisadas por enfermera de práctica avanzada, consiguiendo una adecuada granulación del tejido, para posteriormente recibir un injerto de cobertura por parte del Servicio de Cirugía Plástica.

Conclusiones: La enfermedad de Verneuil se caracteriza por la obstrucción del folículo pilosebáceo, formando nódulos subcutáneos supurativos agrupados irregularmente que originan zonas induradas, con trayectos subcutáneos que los comunican. Supone un gran reto terapéutico para el que disponemos de un gran arsenal terapéutico: medidas higiénico-dietéticas, antisépticos locales, antibioterapia, corticoterapia, retinoides, inmunosupresores y agentes biológicos. Dentro del tratamiento quirúrgico existen varias técnicas, que se aplicarán de forma individualizada en el paciente en función de la severidad de la patología: incisión-drenaje, “deroofing” (destechamiento), exéresis local y exéresis amplia. Con respecto al cierre de la herida sigue existiendo controversia entre cierre por segunda intención o cierre primario con injertos o colgajos cutáneos, ya que no existe evidencia que objetive la superioridad de una técnica sobre otra, por lo que su elección debe ser individualizada según el paciente. En definitiva, el manejo de esta patología debe ser multidisciplinar (atención primaria, enfermería, dermatología, cirugía, psicología y en ocasiones otras especialidades médicas) e individualizada para cada paciente, siendo el dermatólogo el encargado de la toma de decisiones terapéuticas sobre el paciente.

Palabras clave: Hidrosadenitis supurativa, enfermedad de Verneuil, exéresis total.

P-17 LAS HERNIAS DE SPIEGEL: NUESTRA EXPERIENCIA EN SU MANEJO AMBULATORIO

G. Eleuterio Cerveró, C. Zaragoza Fernández, R. Núñez Ronda, A. Montaner Sanchís, J. C. Bernal Sprekelsen
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: Conocer y dar a conocer nuestra experiencia con en el manejo y evolución de una serie de hernias de Spiegel realizadas en régimen ambulatorio en nuestro servicio de Cirugía General.

Métodos: Entre enero de 2014 y enero de 2019 se han intervenido en nuestro centro bajo anestesia general a 11 pacientes afectos de hernia de Spiegel (36,4 % de mujeres y 63,6 % de varones), mediante abordaje tanto anterior como laparoscópico, con una media de edad de 57,18 años. Los pacientes incluidos presentaban hernia de Spiegel sintomática, intervenida en régimen ambulatorio. Se define como régimen ambulatorio aquel donde el alta a domicilio se realizaba en las 10 hora siguientes a la intervención. Al mes de la intervención se realizó un control en consultas externas.

Conclusiones: Los estudios de imagen mediante ecografía se realizaron en el 90,9 % de los pacientes, mientras que la ampliación del estudio mediante TAC o RMN solo se realizó en el 18,2 %. De las 11 intervenciones realizadas, el 63,6 % de ellas se realizaron mediante abordajes anteriores, mientras que el 36,4 % se realizaron mediante abordajes laparoscópicos. En todas las intervenciones se realizaron hernioplastias con malla de prolipropileno. Se observó una recidiva del 18,2 % de los pacientes intervenidos en la serie. En el 45,5 % de las intervenciones se asociaron otra intervención a la reparación de la hernia en el mismo tiempo quirúrgico. No existe reporte de lesiones yatrogénica en los 11 casos intervenidos. Las hernias de Spiegel son una patología relativamente poco frecuente, cuyo tratamiento puede ser equiparable al de otras hernias abdominales. La utilización tanto de abordajes laparoscópicos como de anteriores es factible en su reparación. Su abordaje puede realizarse en unidades de cirugía mayor ambulatoria como otras hernias ventrales.

Palabras clave: Cirugía, hernia primaria, laparoscopia.

P-18 EXPERIENCIA DE LOS PRIMEROS 200 CASOS DE HERNIOPLASTIA INGUINAL TEP LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN DE CMA

R. Díaz Pedrero, M. Hernández Fernández, A. Slocker de Arce, J. Martín Fernández, F. Hernández Merlo, F. Nogueras Fraguas
Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Objetivos: Determinar los resultados en términos de dolor, recidiva, ingreso y reconversión en los casos intervenidos mediante esta técnica.

Métodos: Se recogieron los primeros 200 casos de hernioplastia laparoscópica intervenidos por el mismo grupo quirúrgico entre noviembre de 2014 y febrero de 2018.

Conclusiones: Se registraron un total de 7 recidivas, 9 ingresos y 3 reconversiones, de las cuales podemos diferenciar los primeros 100 casos de los últimos 100 casos. En los primeros las recidivas son 5, los ingresos 8 y la reconversión 1. En los últimos 100 casos, las recidivas son 2, los ingresos 1 y la reconversión 2. Estos resultados se explican por la curva de aprendizaje, la mejora en la técnica anestésica de infiltración local y el menor tiempo quirúrgico, si bien el periodo de seguimiento es menor en este grupo. Podemos concluir que la hernioplastia laparoscópica totalmente extraperitoneal es una técnica segura y apropiada para una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Palabras clave: Cirugía, hernia primaria, laparoscopia.

P-19 EXPERIENCIA EN LA DIÁSTASIS DE RECTOS ASOCIADA A HERNIA UMBILICAL EN UNA UNIDAD DE CMA

R. Díaz Pedrero, A. Slocker de Arce, M. Hernández Fernández, J. Granell Vicent, F. Hernández Merlo, F. Noguerales Fraguas

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Objetivos: Determinar los resultados en términos de dolor, recidiva e ingreso en los casos intervenidos mediante esta técnica.

Métodos: Se recogieron los primeros 37 casos de hernioplastia según la técnica descrita por Bezama intervenidos por el mismo grupo quirúrgico entre 2016 y 2018.

Conclusiones: Se registraron un total de 1 recidivas, 3 ingresos y 1 un caso de dolor más allá de los 2 primeros meses, que cesó antes del 4 mes. Podemos concluir que la técnica de Bezama para la hernia asociada a diástasis de rectos es una técnica segura y apropiada para una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Palabras clave: Diástasis de rectos, hernia umbilical, bezama, CMA.

P-20 DIFERENTES POSIBILIDADES EN LA FIJACIÓN DE LA MALLA EN INTERVENCIONES LAPAROSCÓPICAS

R. Díaz Pedrero, M. Hernández Fernández, A. Slocker de Arce, J. Martín Fernández, F. Hernández Merlo, F. Noguerales Fraguas

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Objetivos: Mostrar las diferentes posibilidades en la colocación de la malla en la hernia laparoscópica (sin fijación, tacker, adhesivos) y discutir sus resultados en términos de dolor y recidiva.

Métodos: Análisis retrospectivo de la fijación de la prótesis entre noviembre de 2014 hasta la actualidad.

Conclusiones: Se asocia la recidiva y el dolor al empleo de tacker, sin embargo, los resultados no son significativos porque el uso en los distintos tipos de hernia no son uniformes. La colocación sin fijación de la prótesis disminuye el coste y no se asocia a mayor recidiva. La experiencia con el uso del adhesivo es limitada pero los resultados son bastante prometedores, sobre todo en términos de dolor, algo muy conveniente en el contexto de la CMA.

Palabras clave: Hernioplastia laparoscópica, tacker, cianocrilato, recidiva, CMA.

P-21 ESTUDIO COMPARATIVO DE HERNIOPLASTIA ABIERTA VS. LAPAROSCÓPICA EN LA HERNIA INGUINAL BILATERAL

M. López Núñez, J. D. Turiño Luque, J. Rivas Becerra, A. Bayón Muñiz, A. Cabello Burgos, C. Rodríguez Silva, A. Martínez Ferriz, J. Santoyo Santoya

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Conocer las diferencias entre el manejo de la hernia inguinal bilateral y la satisfacción del paciente.

Métodos: Analizamos los pacientes intervenidos en régimen de CMA y CE con diagnóstico de hernia inguinal bilateral desde enero de 2015 hasta 31 de octubre de 2018. Se registraron las variables: edad, sexo, IMC, régimen, intervención (duración y técnica), EVA al alta y en consulta, encuesta telefónica de satisfacción. Criterios de exclusión: menores de 18 años y no completar la encuesta. Todos los datos fueron registrados en el sistema SPSS 15.0 (IBM Statistics, Chicago, IL) estableciéndose el nivel de significación estadística para valores de $p < 0,05$.

Conclusiones: Sobre 220 pacientes se incluyeron 174 (97 laparoscopia y 77 cirugía abierta). No encontramos diferencias estadísticamente significativas por sexos ($p = 0,67$) ni por IMC ($p = 0,834$). Sin embargo, los pacientes de cirugía laparoscópica presentaron una edad media inferior ($p < 0,001$) y consecuentemente en el nivel ASA ($p < 0,001$). Intraoperatoriamente el anillo herniario fue menor en pacientes intervenidos por laparoscopia ($p < 0,001$), pero sin diferencias entre hernias primarias y recurrentes ($p = 0,131$). La tasa de pernocta no planificada fue inferior en la laparoscopia ($p = 0,011$) y en consecuencia menor estancia hospitalaria ($p = 0,005$). El grado de dolor al alta como en la encuesta fue inferior en la laparoscopia ($p = 0,14$; $p = 0,157$ respec-

tivamente), sin embargo, en revisión al mes fue inferior en cirugía abierta ($p = 0,433$) en ningún caso con diferencias significativas. La incorporación laboral/vida normal antes del primer mes fue del 48,6 % en los pacientes de laparoscopia frente al 28,6 % de los intervenidos con cirugía abierta ($p = 0,071$). El grado de satisfacción con el proceso fue superior en pacientes sometidos a laparoscopia ($p = 0,029$). La cirugía laparoscópica presentó mayor grado de satisfacción, y aunque el coste es superior es compensado por la menor estancia hospitalaria y una pronta incorporación laboral. No hubo diferencias en el grado de dolor.

Palabras clave: Hernia inguinal bilateral, cirugía abierta, TEP, satisfacción, dolor.

P-22 ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ECOGRAFÍA ENDOANAL EN LA VALORACIÓN DE LA FÍSTULA PERIANAL

P. Gutiérrez Delgado, C. Rodríguez Silva, J. D. Turiño Luque, A. Cabello Burgos, J. Rivas Becerra, A. Bayón Muñiz, A. Martínez Ferriz, J. Santoyo Santoyo
Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Correlacionar los hallazgos de la ecografía endoanal y los hallazgos intraoperatorios a fin de mejorar la programación de nuestros pacientes en régimen de CMA.

Métodos: Análisis retrospectivo de los resultados de las EEA realizadas en nuestra unidad desde enero de 2015 a diciembre de 2018 registrándose: edad, sexo, ASA, resultado EEA, hallazgos intraoperatorios y tipo de cirugía. Fueron excluidos los segundos procedimientos realizados sobre los pacientes portadores de setón para evitar la duplicación de pruebas (seguimientos clínicos en estos pacientes se guía por la progresión del setón laxo siendo ésta el principal motivo para nueva cirugía, sin necesidad de nuevas pruebas complementarias). El registro se realizó en el programa SPSS 15.0. Se estableció un valor $p < 0,05$ para la significación estadística.

Resultados: Se realizaron un total de 283 procedimientos sobre un total de 244 pacientes, considerándose primarios 264 procedimientos. Predominó el sexo masculino con un 72,5 % ($n = 177$), siendo la mediana de la edad global de 48 años ($DS \pm 13,705$). Predominaron los pacientes ASA tipo II con un 47,5 %. En 65 (24,6 %) procedimientos no se solicitó la prueba tratándose mayoritariamente fístulas subcutáneas (47; 72,3 %). 16 fístulas no fueron identificadas como tales por la ecografía (6,06 %). Al comparar las fístulas diagnosticadas ecográficamente como interesfinterianas y transesfinterianas frente a la cirugía encontramos una correlación del 86,5 % ($n = 109$) en las transesfinterianas por tan solo un 50 % en las interesfinterianas ($p = 0,001$). Al analizar la altura de la fístula en el canal anal en las transesfinterianas, solo el 45,36 % ($n = 44$) presentaron concordancia con la altura a la que se detectó el OFI durante la exploración quirúrgica.

Conclusión: la ecografía endoanal es una herramienta útil en el diagnóstico de la fístula perianal, especialmente en la descripción de los trayectos transesfinterianos, aunque la ubicación final del orificio fistuloso interno tan solo tiene una precisión del 45 % en nuestra serie.

Palabras clave: Ecografía endoanal, fístula perianal, Cirugía Mayor Ambulatoria.

P-23 PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

M. Neuhaus Nevado, J. D. Turiño Luque, J. Rivas Becerra, C. Rodríguez Silva, A. Bayón Muñiz, A. Cabello Burgos, A. Martínez Ferriz, J. Santoyo Santoyo
Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Conocer el manejo de la profilaxis antibiótica en la colecistectomía laparoscópica y sus complicaciones.

Métodos: Estudio prospectivo de los pacientes intervenidos con diagnóstico de coledolitiasis desde enero de 2015 a diciembre de 2018. Se registraron datos: epidemiológicos, régimen, profilaxis antibiótica, complicaciones posoperatorias urgencias, necesidad de ingreso/reintervención.

Resultados: Se intervinieron 588 pacientes, el 76,7 % ($n = 451$) en régimen CMA. El 48,5 % ($n = 285$) recibieron profilaxis antibiótica frente al 40,1 % que no ($n = 236$). El tipo de antibiótico administrado fue amoxicilina-ácido clavulánico 23,2 % ($n = 66$) seguido de cefalozina 5,3 % ($n = 15$), no reflejándose el antibiótico en 69,7 % ($n = 198$). Al comparar grupos, la profilaxis se administró a pacientes de ingreso 67,3 % vs 51 % ($p = 0,002$). La media de edad grupo profilaxis fue 60,08 años vs 48,39 que no la recibieron ($p < 0,001$); los pacientes ASA III recibieron antibioterapia 88,9 % vs 11,1 % que no ($p < 0,001$); no hubo diferencias por IMC (sí 27,47 vs no 27,18; $p = 0,51$). La duración media del ingreso 0,87 días para los que recibieron profilaxis frente a 0,44 días en los que no ($p < 0,001$). Revisión en consulta 44 pacientes (7,49 %) presentaron algún tipo de complicación presentando 9 infección de herida (19,6 %) y 4 colección en lecho (8,7 %); 7 de estos pacientes recibieron profilaxis (63,6 %) frente a 4 (36,4 %) que no lo hicieron ($p = 0,484$). 68 pacientes acudieron a urgencias (11,6 %): 5 presentaban infección herida (7,35 %), 3 colección intraabdominal (4,41 %). De estos 5 (62,5 %) no habían recibido profilaxis antibiótica en la cirugía frente al 3 que sí la recibieron ($p = 1$).

Conclusión: El uso de antibiótico de forma profiláctica en la colecistectomía laparoscópica en nuestra serie ha sido aplicado mayoritariamente en pacientes de ingreso ($p = 0,002$) con una media de edad superior y un ASA III ($p < 0,001$) y por tanto presentado una duración del ingreso media superior

0,88 días ($p < 0,001$). Si bien las complicaciones infecciosas posquirúrgicas no presentaron diferencias entre ambos grupos de pacientes.

Palabras clave: Colectectomía laparoscópica, profilaxis antibiótica, complicaciones.

P-24 HERNIA DE MORGAGNI. HALLAZGO INCIDENTAL DURANTE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

P. Fernández Galeano, C. Rodríguez Silva, A. Martínez Ferriz, J. D. Turiño Luque, J. Rivas Becerra, A. J. Cabello Burgos, J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: La hernia de Morgagni es una patología congénita poco prevalente y potencialmente grave que puede mostrarse como hallazgo incidental en el adulto asintomático durante la realización de otro procedimiento quirúrgico.

Métodos: Mujer de 44 años que ingresa para realización de colecistectomía laparoscópica remitida desde AP tras cólicos biliares de repetición confirmando en ecografía abdominal colelitiasis sin otros hallazgos patológicos. En la radiografía simple preoperatoria no se objetivaron datos de sospecha. Se realizó una colectectomía laparoscópica en la que tras introducir los trócares se visualizó a nivel diafragmático anterior un orificio herniario de 5 x 10 cm con un asa de colon transversa en su interior. Se procedió a la reducción del contenido herniario, cierre del defecto con puntos sueltos de Bralon 2.0 y la colocación de una malla biológica (Gore Bio-A). La evolución fue satisfactoria, actualmente se encuentra asintomática.

Conclusiones: La hernia de Morgagni continúa siendo una patología potencialmente grave dadas sus complicaciones, asociadas a una elevada morbimortalidad, la dificultad diagnóstica y la ausencia de un tratamiento estandarizado. Debemos tener en cuenta el diagnóstico ante pacientes con sintomatología digestiva o respiratoria insidiosa y hallazgos compatibles en la radiografía de tórax, si bien en muchos casos puede ser asintomática y mostrarse como un hallazgo incidental. El tratamiento quirúrgico está indicado en la gran mayoría de casos, siendo actualmente la vía laparoscópica abdominal de elección en el adulto. El hallazgo de una hernia diafragmática anterior durante una cirugía abdominal ya sea abierta o laparoscópica, obliga al tratamiento quirúrgico de la misma en aquellos pacientes subsidiarios del mismo. El cierre del defecto sin tensión y la colocación de una malla ofrecen buenos resultados sin aumentar la morbimortalidad del procedimiento inicial.

Palabras clave: Morgagni, diafragmática, hernia.

P-25 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTAS A URGENCIAS TRAS CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DESDE 2015

J. D. Turiño Luque¹, C. Rodríguez Silva¹, P. Gutiérrez Delgado¹, J. Rivas Becerra¹, A. Cabello Burgos², A. Bayón Muñiz¹, A. Martínez Ferriz¹, J. Santoyo Santoyo¹

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Hospital Civil. Málaga

Objetivos: Conocer las principales causas de consulta a urgencias de los pacientes intervenidos en nuestra unidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos en régimen de cirugía mayor ambulatoria desde enero de 2015 a diciembre de 2018 registrándose: características epidemiológicas, diagnóstico y procedimiento, fecha de intervención, fecha de asistencia a urgencias y motivo por el que consulta, resolución del proceso (alta o ingreso relacionado o no con la intervención).

Resultados: De los 3523 intervenidos el 13,8 % (n = 487) acudieron a urgencias dentro del primer mes posoperatorio. No encontramos diferencias significativas por sexo ni edad. El motivo de consulta estuvo relacionado con la cirugía en el 68,58 % (n = 334) mientras un 3 % (n = 15) de los pacientes no asisten a la consulta solicitada. Por patologías 181 pacientes (54,2 %) fueron por cirugía de la hernia; 104 (31,1 %) cirugía proctológica; 49 (14,7 %) cirugía de la colelitiasis. De forma global el principal motivo para acudir a urgencias fue consultas por la herida o síntomas relacionados con la evolución del posoperatorio (33,1 %; n = 112) seguido por sangrado/hematoma (20,7 %; n = 70) y dolor 15,4 % (n = 52). Motivos de consulta relacionados con la patología:

- Pared abdominal: consulta/revisión herida 31,5 % (n = 57); sangrado/hematoma 17,7 % (n = 32); dolor 13,3 % (n = 24); seroma 13,3 % (n = 24); infección herida/absceso 7,2 % (n = 13)
- Proctología: consulta/revisión herida 42,3 % (n = 44); sangrado/hematoma 31,7 % (n = 33); dolor 11,5 % (n = 12); infección herida/absceso 1,9 % (n = 3)
- Colelitiasis: dolor 32,7 % (n = 16); infección sitio quirúrgico/absceso 18,4 % (n = 9); consulta/revisión herida 16,3 % (n = 8); seroma 14,3 % (n = 7); sangrado/hematoma 10,2 % (n = 5) El 5,9 % de los pacientes que acudieron a urgencias por motivos relacionados con la cirugía precisaron ingreso (n = 20) relacionados mayoritariamente con la cirugía de la colelitiasis (n = 8).

Conclusión: El principal motivo de consulta a urgencias relacionada con la cirugía suele estar relacionada con consultas de la herida y la evolución posoperatoria. Si bien la

asistencia a urgencias es elevada (9,52 %), solo el 0,56 % reingresan.

Palabras clave: Urgencias, posoperatorio, CMA.

P-27 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN UN CASO DE GASTROSTOMÍA ABIERTA

D. Pereda Bajo, J. C. Cagigas Lanza, E. Gutiérrez Cantero, M. Mozo Segurado, A. Pajares Fernández, C. R. Lavín Saiz, A. Ochoa López, A. Gutiérrez Ruiz
Hospital de Sierrallana. Torrelavega, Cantabria

Objetivos: En los últimos años se han propuesto nuevas técnicas de gastrostomía quirúrgica (GQ) mínimamente invasiva en casos de imposibilidad, fracaso o contraindicación de las gastrostomías percutáneas. El objetivo del presente trabajo es la presentación de un caso de GQ con alta temprana hospitalaria a cargo de la unidad de hospitalización a domicilio (HAD) en pacientes sometidos a CMA gástrica.

Métodos: Se presenta el caso de un paciente al que se le realizó una GQ mínimamente invasiva. El paciente fue incluido como CMA con un protocolo de traslado a domicilio siguiendo controles por parte del personal de HAD, de manera que, si la evolución clínica era favorable, al tercer día del posoperatorio se procedía al alta domiciliar definitiva. La seguridad se evaluó mediante el análisis de mortalidad, complicaciones clínicas y retornos inesperados al hospital. La eficacia se valoró mediante el análisis de reingreso a los 30 días del alta hospitalaria.

Caso clínico: Varón de 78 años, con antecedentes de gastrectomía tipo Billroth-II hace 20 años por úlcera gástrica y cáncer laríngeo hace 17 tratado con quimio y radioterapia sin signos de recidiva en la actualidad. Sin embargo, presenta disfagia a líquidos, por lo que se decide realizar una gastrostomía. Ante la imposibilidad de colocar una sonda endoscópica por adherencias posquirúrgicas, se realiza una mini-laparotomía supraumbilical y gastrostomía tipo Stamm con anestesia local y sedación. La estancia hospitalaria fue de 6 horas. Además, la unidad de CMA y la de HAD se coordinaron para el seguimiento nutricional del paciente y realización de curas en consultas externas. No hubo reingreso durante los 30 días posteriores al alta.

Conclusiones: Las GQ mínimamente invasivas son un procedimiento realizable como CMA. Con este programa conjunto de CMA y HDA se puede realizar este tipo de cirugías sin ingreso y llevar el hospital al domicilio del paciente.

Palabras clave: Gastrostomía quirúrgica, hospitalización a domicilio.

P-28 RESULTADOS TRAS DOS AÑOS DE UN PROGRAMA DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

S. Olivares Pizarro, R. Ríos, P. Garaulet, V. Herrera, C. Aparicio, E. Sagarra, E. San Pío, I. Rodríguez Prieto
Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid

Objetivos: Introducción Cirugía sin ingreso (CSI/CMA), definida como la realización de procedimientos quirúrgicos con cualquier anestesia, precisando cuidados posoperatorios poco intensivos y corta duración, retornando el paciente al domicilio el día de la intervención. El avance médico anestésico y quirúrgico ha conseguido que la llamada CMA extienda sus indicaciones a procesos más complejos. La irrupción de la cirugía mínimamente invasiva ha proporcionado los elementos para realizar la colecistectomía bajo esta modalidad. **Objetivo:** resultados del protocolo de colecistectomía laparoscópica (CLS) en régimen de CMA en un hospital de 2º Nivel.

Material y métodos: 54 pacientes criterios de inclusión:

- Edad: > 16 y < 55 años.
- ASA: I-II - BMI < 30.
- Pruebas funcionales hepáticas normales.
- Acompañamiento responsable durante 24 horas.

Criterios de exclusión:

- Colecistectomía urgente.
- Comorbilidad ASA > II o Complicaciones anestésicas previas.
- Complicaciones de colelitiasis.
- Enfermedades neuro-músculo-esquelética.
- Embarazo/lactancia
- Tratamiento anticoagulante/antiagregante.

Resultados: Se realizaron 311 CLS programadas durante 2 años (124 hombres, 187 mujeres), edad media: 52,9 años e indicación principal fue cólico biliar. El índice de sustitución (IS) fue de 17,36 %. De los 54 pacientes incluidos en CMA, completaron con éxito el circuito 38 (70,37 %). Ninguno de los 54 presentaron complicaciones intra ni posoperatorias en los 30 días posteriores a la intervención, y sin reingresos. 16 pacientes precisaron ser ingresados al no cumplir criterios de alta. 5 de los 16 pacientes ingresados podrían haber completado el circuito CMA. Revisados todos los casos (311) 88 podrían haberse incluido en CMA: IS = 28,5 %. El índice de satisfacción fue mayor 85 %.

Conclusión: Esta modalidad de CLS en CMA es factible en mayoría de complejos hospitalarios, siendo prestación de servicios de alta calidad y seguridad, ahorra costes, aumen-

ta la morbimortalidad, dependiendo solo de alta cualificación profesional y eficiencia organizativa.

Palabras clave: Colectectomía, CMA.

P-29 RESULTADOS DE LA AMBULATORIZACIÓN DE LA HERNIA INGUINAL POR LAPAROSCOPIA

A. Román Rando¹, A. Ortega Carrasco², L. Gómez Bujedo², J. A. Navas Cuéllar², R. Martín Balbuena², A. J. Fernández Zulueta², P. A. Gallardo García², J. A. Marín Morales²

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

Objetivos: Valorar la factibilidad del abordaje laparoscópico de la hernia inguinal en régimen ambulatorio.

Métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de historias clínicas de 23 pacientes consecutivos intervenidos de hernia inguinal por laparoscopia en nuestra unidad durante el primer cuatrimestre de 2019. Analizamos variables demográficas, como edad, sexo y distancia al Hospital. También variables clínicas (ASA, IMC, tipo EHS de hernia). También analizamos la tasa de ambulatorización, la necesidad de ingreso, visitas a urgencias y resultados al mes de la intervención.

Conclusiones: La media de edad fue de 49,5 (rango 28-76). Fueron varones el 100 %. El ASA fue: II en 16/23 y I 7/23. Se clasificó el IMC de los pacientes en tres categorías: < 25 (7); 25-30 (13); > 30 (1); sin datos (2). Para el tipo de hernia utilizamos la clasificación de la EHS. La mayoría (20/23) fueron laterales (indirectas): 12 (L1PM0F0), 1 (L1RM0F0), 4 (L2PM0F0), 1 (L2RM0F0) y 2 L3PM0F0. Solo 3 fueron mediales (directas), 2 (L0M2PF0) y 1 (L0M1PF0). Se realizaron TEP en 18/23 y TAPP en 5/23. La elección de la técnica se basó en la experiencia del cirujano y en la presencia de hernia recidivada 22/23 pacientes fueron dados de alta en el día. Solo requirió ingreso uno por fallo precoz de la técnica que se solventó con una reparación por vía anterior. No hubo reingresos. Solo un paciente acudió a urgencias por dolor periincisional. Al mes de la intervención, 13 de los 23 pacientes, fueron dados de alta, 3 siguen control evolutivo por complicaciones menores y 7 aún no han sido revisados. El manejo en régimen de CMA de los pacientes intervenidos por vía laparoscópica de hernia inguinal es una alternativa factible, segura y con bajo índice de complicaciones precoces. Será necesario evaluar los resultados a largo plazo y la posible aparición de complicaciones tardías.

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

P-30 MENINGITIS BACTERIANA AGUDA TRAS HERNIOPLASTIA INGUINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Gutiérrez Delgado, C. Rodríguez Silva, J. D. Turiño Luque, A. J. Cabello Burgos, J. Rivas Becerra, A. Cruz Muñoz, J. A. Martínez Ferriz, J. Santoyo Santoyo
Hospital Regional Universitario Málaga

Objetivos: Presentar el caso de un paciente intervenido en nuestro centro de hernioplastia inguinal izquierda que presentó como complicación en el posoperatorio inmediato una meningitis bacteriana aguda secundaria a la anestesia raquídea.

Métodos: La anestesia por vía espinal (AE) tiene un amplio campo de aplicación en la medicina moderna, especialmente en intervenciones obstétricas, ginecológicas, de extremidades inferiores y en patología herniaria. Sin embargo, esta técnica no está exenta de complicaciones como: cefaleas pospunción, lesiones traumáticas, hematomas e infecciones tanto superficiales como profundas (absceso epidural, paraespinal, meningitis bacteriana aguda -MBA-).

Caso clínico: Varón de 51 años que ingresa de forma programada para intervención quirúrgica de hernioplastia inguinal izquierda. La técnica anestésica inicial fue espinal, no siendo efectiva por lo que se precisa sedación con mascarilla laríngea, completándose la intervención sin incidencias. Inicio de cuadro febril a las 24 horas de la intervención, acudiendo a urgencias a las 48 horas por cefalea y fiebre siendo dado de alta con antibioterapia domiciliaria. Ante la no mejoría del cuadro, reingresa por urgencias 12 horas después, con nueva aparición de bradipsiquia, fotofobia y sensación de rigidez nuchal. A la exploración ausencia de signos meníngeos, pero con hiperreflexia generalizada. Valorado por Neurología se realiza punción de LCR, obteniendo 563 leucocitos/ μ l (PMN 72 %), glucosa: 44 mg/dl (glucosa en sangre 116 mg/dl), proteínas 90,3 mg/dl; confirmando la existencia de una MBA. Se inicia tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro. El resultado del cultivo informa: "Desarrollo escaso de *Enterococcus faecalis*". Tras buena respuesta al tratamiento antibiótico (ampicilina) fue alta a los 12 días del ingreso.

Discusión: La meningitis aguda bacteriana es la complicación más grave de la raquianestesia, siendo su incidencia según las últimas publicaciones de 3,7-7,2 casos/100.000 habitantes. El espectro etiológico de meningitis asociadas a AE es amplio: *Streptococcus* del grupo *viridans*, *Staphylococcus spp*, *Pseudomonas spp*, *Enterococcus faecalis*, etc. Los mecanismos propuestos como origen de la infección meníngea son múltiples: ausencia o incorrecta asepsia del personal sanitario, contaminación del equipo de punción, migración de gérmenes desde la piel sobre la aguja, hemorragia microscópica coincidiendo con episodio de bacteriemia sintomática, incluso por aerosolización de secreciones orofaríngeas.

Conclusión: aunque la meningitis es una complicación excepcional de la AE, dada su gravedad hay que tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de cefalea y síndrome febril de pacientes que hayan recibido anestesia raquídea.

Palabras clave: Hernia, ventral, umbilical, plastia.

P-31 LA PLASTIA PREPERITONEAL COMO TÉCNICA DE ELECCIÓN EN HERNIAS UMBILICALES Y VENTRALES

R. Jurado Jiménez, M. J. Pérez de la Fuente, L. Gómez Bujedo

Hospital de Alta Resolución de Utrera. Sevilla

Objetivos: La localización preperitoneal se considera la ubicación de elección para la reparación de eventraciones y hernias ventrales. En la región umbilical, por sus características particulares, no suele usarse sistemáticamente, en la mayoría de los Servicios. El objetivo es describir nuestra técnica de plastia preperitoneal, así como los resultados obtenidos en los 4 últimos años con su uso.

Métodos: Descripción de la técnica y revisión de hernioplastias consecutivas realizadas en los años 2015, 2016, 2017 y 2018.

- 1.º Nuestra técnica de plastia umbilical abierta se aplica a hernias umbilicales con anillo menos de 3 cm, las mayores de este tamaño se abordan por vía laparoscópica.
- 2.º Damos preferencia a anestesia local y sedación.
- 3.º Incisiones mínimas, preferentemente transversas e infraumbilicales.
- 4.º Disección sin apertura de saco.
- 5.º Medida sistemática de anillo herniario.
- 6.º Disección de espacio preperitoneal amplio alrededor del anillo que se mide hasta comprobar que en él puede alojarse la malla. Técnica exquisita para evitar hematomas.
- 7.º Elección de malla de doble capa sin anillo de memoria; cuyo tamaño irá en función del tamaño de anillo herniario (hasta 2 cm del anillo: malla de 4,5 cm, de 2 a 3 cm del anillo: malla de 6,5 cm, 3 a 4: 8 cm).
- 8.º Cambio sistemático de guantes.
- 9.º Colocación de malla estirada en el espacio.
- 10.º Fijación de malla con puntos de ida y vuelta para dejarla extendida bajo la aponeurosis.
- 11.º Cierre.

Conclusiones: Hemos tratado un total de 238 hernias umbilicales y de la pared abdominal anterior en el Hospital de Alta Resolución de Utrera durante los años 2015-2018. De ellas 113 con malla bilaminar circular sin anillo de memoria, en 89 de estos 113 casos se colocó la malla en el espacio

preperitoneal. El resto fueron abordadas por laparoscopia o por vía abierta, pero usando otras técnicas (plug, Chevrel, etc.). En la técnica preperitoneal con malla bilaminar, más del 95 % (108) de los pacientes se intervino en régimen ambulatorio. Ninguno tuvo que permanecer ingresado por dolor. No se han registrado casos de infección quirúrgica. Al mes de la intervención más del 90 % de los pacientes pudo ser dado de alta, para reincorporarse a los dos meses a su actividad física normal. En el periodo estudiado, no se han encontrado recidivas. La plastia preperitoneal es una opción segura y adecuada para el tratamiento de la hernia umbilical y ventral en régimen ambulatorio. Se trata de una técnica que requiera cierta curva de aprendizaje, pero que, una vez asentada, es aplicable a casi todos los pacientes con hernia umbilical y ventral. De hecho, al analizar nuestros datos, se aprecia que la tendencia es hacia el aumento de plastias preperitoneales en detrimento de otras reparaciones. El posoperatorio inmediato es muy bien tolerado por el paciente. La reincorporación a la actividad laboral y vida normal no suele ofrecer problemas, y no hemos encontrado con esta técnica complicaciones a largo plazo, aunque el tiempo de seguimiento todavía es limitado.

Palabras clave: Meningitis bacteriana aguda, anestesia raquídea, Enterococcus Faecalis.

P-32 EXPERIENCIA INICIAL DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN LA CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL

J. L. Diez Vigil, A. García Jiménez, J. Santoyo Villalba, M. A. Moya Ramírez, A. Mansilla Roselló, A. Gómez Arroyo, J. M. Villar del Moral

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Conocer cuáles son nuestros datos iniciales en la implantación de la cirugía de la hernia inguinal en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre 215 pacientes intervenidos de hernia inguinal en régimen de CMA en el año 2018.

Conclusiones: De los 1925 pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica en nuestro servicio de cirugía el año 2018, el 29 % eran hernias inguinales, operados en régimen de CMA el 38,5 % de ellos (215). De estos, 163 (76 %) eran hombres y 52 (24 %) eran mujeres. La edad media fue de 50,6 años. El 96,74 % de los pacientes intervenidos bajo este régimen de CMA eran ASA I y II. La localización fue derecha en un 56 % de los casos frente a un 44 % de hernias inguinales izquierdas. El 63 % de las hernias eran indirectas frente a un 37 % de directas. Dos tercios de los pacientes llevaban en lista de espera menos de un año frente al 33 %

que llevaba más de un año en lista. Hasta el 92 % de los pacientes intervenidos su motivo inicial de consulta fue una tumoración inguinal asociada o no a dolor. Un 8 % referían exclusivamente dolor sin tumoración asociada. En todos los casos se realizó hernioplastia según técnica de Lichstenstein, utilizando en la gran mayoría mallas de polipropileno auto-adhesivas. El procedimiento se realizó bajo anestesia local y sedación en 197 casos (92 %). Respecto a las complicaciones posoperatorias (seguimiento de al menos 5 meses) se reportaron inguinodinia en 3 casos (1,4 %), hematomas en 4 casos (1,9 %) y seromas en 3 casos (1,4 %).

Palabras clave: Hernia, hernioplastia, CMA.

P-33 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN EN 2017 DE LA HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA TIPO TEP EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA SIN INGRESO

E. Sánchez Sáez, A. Hugué, E. Mans Muntwyler, E. Bombuy, L. A. Hidalgo Grau, X. Suñol Sala
Hospital de Mataró, Barcelona

Objetivos: La reparación laparoscópica de la hernia inguinal se recomienda en las guías internacionales más recientes para hernias bilaterales, hernias recidivadas, hernias en mujeres, pacientes jóvenes y / o deportistas (nivel de evidencia 1A, 1B).

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes intervenidos en nuestro centro de hernias inguinales en los que se realizó una técnica laparoscópica extraperitoneal (TEP). En nuestro Hospital tenemos una unidad de Cirugía sin ingreso de larga trayectoria con certificación ISO desde 2004, lo que nos hizo plantear desde 2017 la realización del procedimiento en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA). La técnica quirúrgica consistió en una incisión y acceso al espacio retromuscular infraumbilical, se colocó una malla plana de polipropileno o titanizada de 15x15 y la fijación mediante tackers. Se valoró el dolor posoperatorio (se llamó a todos los pacientes a las 24 h y al mes de la cirugía se valoró en la consulta), las complicaciones del procedimiento, ingresos no programados y consultas a urgencias.

Resultados: Desde 2017 se realizaron 81 hernioplastias inguinales laparoscópicas mediante TEP, un 82,7 % fueron hombres y un 8,2 % mujeres. La edad media de los pacientes fue de 55,3 años (rango de 19-88). 44 pacientes tenían hernias unilaterales (a), 25 bilaterales (b) y 13 recidivadas (c), con tiempos medios quirúrgicos (a) 48 min (rango 25-85), (b) 80,64 min (rango 50-145), (c) 59,16 min (rango 45-80). Se realizaron en régimen de CMA 53 pacientes (65,4 %), 35 (66 %) unilaterales, 12 (22,63 %) bilaterales and 6 (11,32 %) recidivadas. Como complicaciones intraoperatorias en 2 pacientes (2,4 %) tuvimos que cambiar de técnica quirúrgi-

ca de TEP a TAPP por perforación accidental de peritoneo. También tuvimos una lesión de la arteria epigástrica en un paciente que se limitó mediante la colocación de un endoclip. Como complicaciones posoperatorias destacamos la presencia de seroma en 10 pacientes (12,04 %) y la presencia de hematoma inguinal en 2 pacientes (2,4 %), todos ellos se resolvieron sin tratamiento, así como la infección de herida en 1 paciente que requirió curas tópicas. En 5 pacientes se convirtió el régimen de CMA en ingreso hospitalario: 2 debido a la conversión a TAPP, 1 para control clínico de la hemorragia de la arteria epigástrica, 1 a bradicardia y 1 por problemas sociales. No hubo consultas en urgencias después de la cirugía ni reingresos en el hospital A las 24 horas del procedimiento, el 71,7 % de los pacientes se localizaron por teléfono: 24,3 % de ellos tenían EVA = 0, 59,5 % EVA = 1, 10,8 % EVA = 2 y 5,4 % EVA = 3. A un mes de la intervención, el 95 % de los pacientes tenían EVA 0 o 1, un paciente tenía EVA 2 probablemente relacionado con dolor de cadera, 3 pacientes EVA de 3-4 relacionados con esfuerzos físicos, y que en el control a los 3 meses se encontraban asintomáticos.

Conclusión: La cirugía TEP en régimen ambulatorio tiene resultados satisfactorios y es una técnica segura en nuestro centro con una unidad especializada en cirugía sin ingreso con larga experiencia así como una unidad especializada en cirugía de pared abdominal.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria, TEP, cirugía hernia inguinal laparoscópica.

P-34 CREACIÓN DE UNA CONSULTA VIRTUAL EN UNIDAD DE MAMA PARA ENTREGA DE RESULTADOS DE BENIGNIDAD EN LESIONES MAMARIAS

F. Ramos Muñoz, F. J. Fernández García, N. Martos Rojas, R. Gómez Pérez, E. Corrales Valero, V. Scholz Gutiérrez, R. de Luna Díaz
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: La alta prevalencia de patología mamaria y el incremento del número de pruebas diagnósticas y biopsias están generando la necesidad de asistir a un volumen cada vez mayor de pacientes en consulta. Esto puede suponer una sobrecarga del número de consultas y una demora en la fecha de entrega de resultados, especialmente en patología benigna. Sin embargo, la sensibilización emocional hacia la patología mamaria y la necesidad de informar del resultado de benignidad a pacientes sometidas a biopsia (antes de 45 días según los requerimientos del Proyecto Asistencial Integrado de mama para patología benigna del SAS) hacen necesario buscar alternativas para optimizar los recursos disponibles.

Objetivo: Análisis de resultados tras la implantación en nuestro servicio de una Consulta Virtual para información de resultados de benignidad.

Material y métodos: Creación de una consulta virtual vía telefónica evitando la consulta presencial en pacientes con patología benigna que no precisan valoración clínica. Si precisan valoración se informa del resultado y se cita directamente en consulta especializada. En caso de no contactar con la paciente se cita vía ordinaria y por correo.

Resultados: Desde la apertura de dicha consulta en febrero de 2017 se han realizado 74 consultas virtuales atendiendo a un total de 1685 pacientes. El 15 % de las mismas han precisado una consulta presencial (un 50 % de ellas por no ser correctos los números de teléfono o por no contestar la llamada), y se han reducido un total de 1432 citas de consulta presencial.

Conclusiones: La creación de una consulta virtual ha demostrado ser un método efectivo y eficiente en el manejo de la patología benigna de la mama mediante la agilización de recogida de resultados, disminución de la ansiedad de la espera y la optimización de las consultas para la resolución de otros procesos.

Palabras clave: Consulta virtual, patología benigna mamaria, gestión, unidad de mama.

P-35 HERNIA INGUINAL EN LA MUJER Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

D. Morales García¹, R. García¹, R. García¹, J. A. Blasco¹, E. González¹, L. Cristóbal¹, M. Fernández-Miera¹, P. Colsa²

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.
²Hospital General San Jorge. Huesca

Introducción: La cirugía de la hernia inguinal es uno de los procedimientos que se realizan con más frecuencia en una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) aunque el número de estudios a cerca de esta cirugía en la mujer es muy escaso.

Objetivos: Describir las características clínicas y demográficas, las opciones de tratamiento y los factores de riesgo de morbilidad posoperatoria en un grupo de mujeres intervenidas de hernia inguinal en régimen de CMA.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas de 260 pacientes mujeres menores de 70 años, intervenidas de hernia inguinal en régimen de CMA en un Servicio de Cirugía, durante el periodo de enero 2008 hasta diciembre de 2017.

Resultados: El 15,4 % padecía HTA, el 1,2 % Diabetes Mellitus y cardiopatía el 1,5 %. El 3,5 % tomaba Adiro[®] y el 1,5 % Sintrom[®]. Ya habían sido intervenidas anteriormente de patología herniaria, un 12,7 %. El índice de Masa Cor-

poral medio fue de 24,3. Predominaron las hernias derechas (53,8 %) e indirectas (51,9 %). El procedimiento más utilizado fue la hernioplastia (92,3 %) mediante la técnica de Lichtenstein (49,2 %), seguida de Plug (15,4 %). Recibieron profilaxis antibiótica el 93,8 %, y profilaxis antitrombótica el 80,0 %. Un 95,8 % fue clasificado como ASA o ASA II. Como complicación, predominó el dolor posoperatorio. Hubo dos reintervenciones y solo el 0,8 % no fue dado de alta tras la primera consulta.

Conclusiones:

- 1.º La cirugía de la hernia inguinal en la mujer en régimen de CMA es segura y con resultados en cuanto a morbimortalidad similares a los de la literatura.
- 2.º En comparación con la cirugía de la hernia en el varón, se observa que la edad de la cirugía en la mujer se mantiene en un rango inferior, mientras que en el varón aumenta de forma significativa con la misma.
- 3.º Casi un 30 % de las pacientes intervenidas son fumadoras, lo que las sitúan en grupo de riesgo.

Palabras clave: CMA, hernia inguinal, mujer.

P-36 ESTRATEGIAS PARA LA AMBULATORIZACIÓN DE REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA VENTRAL

J. Suárez Grau, J. Gómez Menchero, A. Gila Bohorquez, I. Durán Ferreras, P. Landra, J. García Moreno, J. Ferrufino

Hospital de Riotinto, Huelva

Introducción: La reparación de la hernia ventral vía laparoscópica con cierre del defecto posee muchas ventajas (propias de la técnica laparoscópica), pero nos encontramos a menudo con un aumento del dolor posoperatorio. Solamente han surgido avances en la disminución del dolor usando métodos de fijación atraumáticos (colocación preperitoneal con pegamentos o mallas autoadhesivas). Proponemos una correcta selección de la hernia y el paciente y una nueva variación técnica basada en la introducción de catéteres de infusión de anestésico local.

Material y métodos: Realizamos estudio prospectivo, no aleatorizado, por bloques, con ciego en la revisión, entre dos grupos de pacientes sometidos a eventroplastia laparoscópica con cierre el defecto laparoscópico (hernia M2-3W2 clasificación EHS, usando cierre con V-Lock 1 y malla Dynamesh IPOM 15 x 20 cm y doble corona de táckers), en los cuales tenemos un grupo objeto del estudio (n:20 rango de edad de 33-65) donde colocamos un catéter anestésico de infusión continua de ropivacaína durante 48 horas entre la propia malla y el defecto) y el grupo control (n: 20 rango de edad 36-55) en los cuales no se colocó el cateter.

El presente estudio se ha realizado durante febrero de 2015 hasta octubre de 2015. Seguimiento medio de 10 meses (6-14 meses). Análisis de factores se han comparado los resultados entre los dos grupos de pacientes (20 controles y 20 pacientes objeto del estudio) con similares criterios de inclusión y exclusión y similares hernias reparadas de igual forma (cierre del defecto y eventroplastia laparoscópica). Realización de medición del dolor mediante escala analógica visual (EVA), y de posibles complicaciones (tumoración, seroma, hematoma, infección) en:

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

Resultados: No existió aumento del seroma posoperatorio, existiendo el mismo tipo de seroma (Tipo I-II) que en intervenciones sin uso de catéter (en exploración y control por TAC). No existieron infecciones sin otras alteraciones (hematomas, enrojecimiento...). Existió una clara disminución del EVA posoperatorio inmediato (disminución del 50 % aproximadamente en todos los casos con catéter al alta y a la semana, tras estudio estadístico con $p < 0,01$, al compararlo con el grupo control) y prácticamente ausencia del dolor en la primera revisión en consulta al mes y a los 6 meses (al igual que el grupo control).

Conclusiones: Todo ello parece que hace útil esta nueva variación técnica no solo en un mejor control y confort posoperatorio, sino en su aplicación de cara a régimen CMA o corta estancia. En el análisis contrastado con el grupo control hay una disminución del 50 % aproximadamente del dolor en todas las revisiones precoces frente al grupo control.

Palabras clave: Laparoscópica, CMA, cirugía, eventración.

P-37 ABLACIÓN DE HEMORROIDES CON RADIOFRECUENCIA. ANÁLISIS DE 120 CASOS

J. Suárez Grau¹, E. Licardie², A. Bellido Luque², I. Durán Ferreras¹, A. Gila Bohorquez¹, J. Gómez Menchero¹

¹Hospital de Riotinto, Huelva. ²Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón. Sevilla

Objetivos: Después de realizar en los últimos cinco años realizando intervenciones de hemorroides con técnicas no excretas, presentamos nuestra experiencia durante el pasado año (2017) con ablación de hemorroides por radiofrecuencia (Técnica Rafaelo). El objetivo principal es validar la técnica, comprobando sus resultados, y comprobar además el índice de complicaciones que hemos detectado realizándola.

Material y métodos: Se han realizado en régimen de cirugía mayor ambulatoria un total de 120 cirugías hemorroidales (hemorroides sintomáticas de más de 6 meses de evolución tipo II-III con tratamiento y fracaso del mismo) con Técnica Rafaelo con seguimiento medio de 6 meses (21-70 años de edad, 40 % hombres-60 % mujeres) en 2017-2018. Seguimiento medio de 10 meses (6-24).

Resultados: Todos los pacientes fueron dados de alta el mismo día a las 3-4 horas del procedimiento. El índice de resolución ha sido excelente (solo recurrencia en 1 caso de hemorroides tipo III). La complicación más frecuente fue el dolor (mantenido más de una semana) en 5 casos. La segunda complicación fue el sangrado rectal, 3 casos requiriendo solo un paciente ingreso sin objetivar punto sangrante ni precisar hemoderivados. La tercera complicación fue la fisura en 3 casos (curando con estreñimiento crónico en dos pacientes, requiriendo tratamiento laxante y para la fisura, un tercer paciente precisó ELI a la semana). No hemos detectado otras complicaciones en nuestra serie. La duración media de la intervención fue de 14 minutos. Los pacientes fueron intervenidos con sedación y anestesia local. La recuperación media fue a la semana del procedimiento, sin requerir curas de herida quirúrgica.

Conclusiones: El procedimiento es fiable y válido. Los resultados son equiparables a otras técnicas no excretas (TDH, LHP) para hemorroides sintomáticas grado II-III. El proceso es óptimo para la cirugía en régimen de CMA. Destaca la ausencia de lesiones esfinterianas, heridas perianales o de secreción (soiling). La recuperación precoz es uno de los factores más positivos de esta técnica.

Palabras clave: CMA, hemorroides, radiofrecuencia, cirugía.

ENFERMERÍA

P-38 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE CMA PORTADORES DE PICC (ACCESO VENOSO DE INSERCIÓN PERIFÉRICA)

C. Rubio Chaves, I. M. Moreno Ángulo, M. J. Díaz Mellado, J. M. Labrador Diéguez, M. I. Barea Rodríguez, I. M. Fernández Luque

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: El catéter venoso de inserción periférica (PICC) es una alternativa a los dispositivos de acceso venoso central (DAV), supone un avance en la terapia intravenosa de larga permanencia y su uso actualmente está aumentando. Un PICC es un catéter central de inserción periférica, lo que le diferencia del resto de catéteres centrales. Realizamos un análisis de los cuidados de pacientes portadores de PICC que van a ser sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria.

Métodos: Descripción de la técnica de cuidados y usos del catéter venoso PICC en pacientes sometidos a CMA. Indicaciones para suministrar medicación Cuidados preoperatorios y posoperatorios: recomendaciones de su limpieza y adecuación para el tratamiento. Análisis de posibles incidencias y soluciones.

Conclusiones: Las principales complicaciones potenciales son: infección trombotosis venosa, perforación del vaso y oclusión. Para evitar este tipo de complicaciones damos una serie de recomendaciones en cuanto a su preparación para tratamiento intravenoso como para su futuro uso. Debido a la continua evolución de los PICC, ha habido una mejoría de sus materiales y métodos de inserción a un ritmo acelerado. Además, existen numerosos estudios que datan de menor tasa de complicaciones, principalmente las infecciones relacionadas con el catéter. Existen guías que definen los usos apropiados de los PICC, así como las medidas a tener en cuenta a la hora de prevenir las complicaciones. Son numerosos pacientes que atendemos en CMA que portan PICC por diversos motivos, por eso es fundamental conocer nociones básicas sobre su uso y cuidados. El PICC ya no solo se considera como una alternativa a otros tipos de DAV, sino también como una indicación primaria en diferentes situaciones. En CMA cada vez son más los pacientes con este tipo de dispositivo, y precisan personal que conozca sus ventajas y cuidados.

Palabras clave: Dolor posoperatorio.

P-39 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN SÍNCOPE DURANTE EL PRE Y POSOPERATORIO DEL HOSPITAL MEIXOEIRO DE VIGO PERTENECIENTE A EOXI VIGO

M. González Mouriño, J. M. Rosendo Galán
Hospital Meixoeiro de Vigo, Pontevedra

Objetivos:

- Conocer las intervenciones necesarias para prevenir y tratar el síncope por parte del personal sanitario.
- Mantener actualizado al personal sanitario en el manejo correcto del paciente con síncope con el fin de evitar complicaciones derivadas de este.

Métodos: Hemos detectado que, con frecuencia en nuestra Unidad, en distintos servicios del Hospital y en los Centros de Salud de Atención Primaria pertenecientes a EOXI Vigo suceden cuadros de síncope (vasovagal y ortostático). Con el fin de evitar estos cuadros y las consecuencias que ello conlleva hemos empezado a investigar para mejorar la calidad asistencial, verificando que no es necesario ningún tratamiento específico, únicamente unas maniobras de actuación correctas para prevenir o recuperar al paciente en cuestión de segundos. Para realizar el presente estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes guías, libros y manuales, así como artículos de revistas en los que se estudiaran factores desencadenantes, etiología, síntomas y tipos de síncope, excluyéndose los que no aportaban datos relevantes para dicho estudio. La búsqueda ha sido realizada en los meses de febrero y marzo de 2019.

Conclusiones: Se ha verificado, según la revisión realizada, que simplemente con una rápida y correcta actuación es suficiente para recuperar al paciente del síncope y evitarlo en aquellos casos que intuimos que va a suceder. Hemos comprobado que en nuestro servicio de la UCMA del Hospital Meixoeiro, siguiendo la actuación adecuada, se han logrado prevenir síncope (vasovagal y ortostáticos) y los casos que suceden son recuperados prontamente.

Palabras clave: Síncope, hipoperfusión, vasovagal.

P-40 PROCEDIMIENTO DE ACOGIDA, ACTUACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA NECESARIOS EN EL PRE Y POSOPERATORIO DEL PACIENTE ADULTO EN LA CIRUGÍA DE CATARATAS EN LA UCMA DEL HOSPITAL MEIXOEIRO DE VIGO

J. M. Rosendo Galán, M. González Mouriño
Hospital Meixoeiro de Vigo, Pontevedra

Objetivos: Optimizar tiempo y recursos en la cirugía de las cataratas, desarrollando un protocolo de actuación que permita mejorar la calidad asistencial y disminuir el uso innecesario de recursos.

Métodos: Para tratar de optimizar el uso de recursos hemos implantado un protocolo desde hace 3 años entre los servicios de Oftalmología y Anestesia en el que, tras una selección de pacientes, todas aquellas cataratas que se vayan a realizar con anestesia tópica, no se les realizan pruebas preoperatorias ni consulta preanestésica. Solo aquellos pacientes que por su patología médica o por considerar el oftalmólogo que la catarata es complicada precisen sedación, anestesia general, peri o retro bulbar o vigilancia anestésica monitorizada, se les realiza analítica y consulta de anestesia. Hemos realizado una revisión exhaustiva durante

el mes de marzo de 2019. Para la revisión se aplicaron restricciones de idiomas, seleccionando artículos en inglés y en español. Se ha realizado la búsqueda en las principales bases de datos científicas: Pubmed, scielo, biblioteca Cochrane, Elsevier. En las páginas web de los principales organismos internacionales elaborados y recopilados de Guías de práctica clínica. Así como en las páginas gubernamentales (Ministerio de Sanidad y Consumo).

Conclusiones: En el año 2018 han sido intervenidos en el hospital 3.726 cataratas, de las cuales 3.481 se han realizado con Anestesia local (93,42 %). Sin pruebas preoperatorias ni consulta de Anestesia, aunque siempre hay un anesthesiólogo en el bloque quirúrgico, por si existe alguna complicación en la cirugía. Los pacientes han sido dados de alta en \pm 2 horas sin presentar complicaciones de interés.

Palabras clave: Catarata, IOL, monofocal, facoemulsificador, acogida.

P-41 RESULTADO DE LAS ACCIONES DE MEJORA EMPRENDIDAS POR ENFERMERÍA EN LA ARTROSCOPIA DE HOMBRO Y HALLUX VALGUS

J. Lazcano Robleda¹, P. Rodríguez Gurpegui¹, R. Domínguez Fernández¹, R. Redondo Moreno¹, C. García Carrión¹, E. Yanguas Cubo¹, C. Cortés Adarve²

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Hospital Severo Ochoa. Madrid

Objetivos: Aumentar el número de pacientes que entiendan el tratamiento analgésico domiciliario con Tramadol gotas. Comparar la situación actual con la existente antes de las acciones de mejora.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo observacional durante un periodo de 7 meses (desde septiembre 2018 a marzo 2019) a pacientes intervenidos de Artroscopia de Hombro y Hallux Valgus, a los que se les ha entregado el nuevo protocolo de analgesia más gráfico y una encuesta que aseguraba la total comprensión del tratamiento antes de su alta a domicilio. Número de encuestas entregadas: 153 Se utilizó como técnica de recogida de datos los registros de llamadas posoperatorias que se realizan al día siguiente de la intervención.

Conclusiones: De un total de 116 de pacientes intervenidos de Hallux Valgus, un 76 % han entendido el tratamiento y un 24 % no lo han comprendido. De un total de 54 de pacientes intervenidos de Artroscopia de Hombro, un 74 % han entendido el tratamiento y un 26 % no lo han comprendido. Se evidencia que las acciones de mejora emprendidas por el equipo de enfermería de la unidad de CMA no han resultado beneficiosas a la hora de aumentar la comprensión del tratamiento analgésico con tramadol gotas en pacientes domiciliarios. También cabe destacar un sesgo en dicho

estudio, ya que un número elevado de pacientes no ha tenido como pauta analgésica tramadol gotas, sino enanplus, siendo este último tratamiento mejor comprendido por los pacientes tras el alta hospitalaria.

Palabras clave: Enfermería, mejora, dolor, analgesia.

P-42 CIRUGÍA DE PIE DIABÉTICO, NUEVO RETO EN CMA

M. Torres Iglesias, M. M. Otaño Vázquez, K. Astarbe Galparsoro, A. Mendoza Azcue, M. A. Olo Hurtado, A. Casquero Ucin

Hospital Donostia. San Sebastián

Introducción: La complejidad del paciente con pie diabético puede plantear dudas sobre la pertinencia de intervenir este tipo de patología en CMA, al ser un paciente ASA III-IV que no cumple los criterios generales de inclusión. Sin embargo, son pacientes frágiles con alto riesgo de descompensación y complicaciones en un ingreso hospitalario y el circuito CMA podría resultarles beneficioso. Por ello se realiza una experiencia piloto de atención al paciente con pie diabético en CMA, con metodología de trabajo multidisciplinar, en la cual se intenta alterar lo mínimo posible la rutina del paciente y devolverle a su entorno cuanto antes.

Objetivos:

1. Unificar criterios de actuación para la atención integral del paciente con pie diabético en CMA.
2. Implicar a todos los profesionales que participan en el proceso.
3. Conocer la incidencia de pacientes que ingresan tras la intervención.
4. Verificar, según los resultados, si la cirugía de pie diabético puede incluirse en CMA.

Métodos:

1. Se seleccionan los pacientes candidatos a CMA por la Unidad de pie diabético, Anestesia y Supervisora de enfermería de CMA.
2. Se realiza un protocolo de actuación multidisciplinar, adaptando nuestra forma de trabajar a las necesidades del paciente.
3. Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo con las variables:
 - Número de pacientes intervenidos.
 - Número de pacientes ingresados tras la cirugía.
 - Causas del ingreso.

Resultados: De 364 pacientes intervenidos en CMA, 13 han ingresado tras la cirugía (3,57 %). Las causas han sido: infección u osteomielitis que precisa tratamiento endovenoso (5), dolor (3), sangrado (2), otras causas (3).

Conclusiones: Según nuestra experiencia, en base a los resultados obtenidos se consigue:

- Introducir en CMA la cirugía de pie diabético (pese a no cumplir los criterios de inclusión) para actuar en beneficio del paciente, devolverle a su entorno y evitarle las complicaciones que podría tener durante un ingreso.
- Profesionales implicados en un proyecto común trabajando de forma protocolizada

Palabras clave: Pie diabético, ASA III-IV, CMA.

P-43 SISTEMA DE INFUSIÓN INTRAVENOSA PARA EL CONTROL DEL DOLOR EN CIRUGÍA DEL PIE

M. Pelegrín Hernández

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Objetivos: Evaluar la eficacia analgésica y el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) de Cirugía del Pie con tratamiento analgésico mediante sistema de infusión intravenosa (elastómero).

Métodos: Estudio de evaluación retrospectivo año 2018, CMA hospital de Los Morales cirugía del pie. Número de pacientes intervenidos: 353. Variables: elastómero, estado general, náuseas/vómitos, dolor, fiebre. Instrumentos: Guía de uso de analgesia intravenosa domiciliaria con elastómero, escala verbal numérica, hoja de registro. Procedimiento:

1. Colocación elastómero.
2. Formación de paciente y familia en el control del dolor y del dispositivo. La Enfermera informa sobre la analgesia invasiva, las precauciones, los posibles efectos adversos que pueden aparecer y la medicación de rescate si fuera necesaria.
3. Llamada telefónica a las 24 horas de la intervención para valorar: intensidad del dolor: 0 nada de dolor, 10 máximo dolor; necesidad de analgesia de rescate; detectar efectos secundarios y resolver dudas.

Conclusiones: A 206 pacientes se les colocó elastómero y se les llamó por teléfono:

- 15 llamadas no fueron contestadas.
- 188 pacientes refirieron dolor 0.
- 3 pacientes refirieron dolor inferior a 3.
- 8 pacientes presentaron náuseas/vómitos y
- 1 paciente perdió la vía periférica.

El estado general de los 191 pacientes era bueno y manifestaron verbalmente su satisfacción. La aplicación del protocolo “Guía de uso de analgesia intravenosa domiciliaria

con elastómero en la unidad de CMA del Hospital de los Morales” está dando buenos resultados en cuanto al control del dolor en las intervenciones de cirugía del pie.

Palabras clave: Enfermera, cirugía ambulatoria, control del dolor, analgesia invasiva domiciliaria.

P-44 PROYECTO DE CREACIÓN DE UNA CONSULTA PREQUIRÚRGICA DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI) COMO SOLUCIÓN A LAS SUSPENSIONES Y DESPROGRAMACIONES QUIRÚRGICAS

E. Escobar Cuesta, V. Mora Minaya

Hospital de Mataró, Barcelona

Objetivos: Identificar y analizar las causas de las suspensiones y desprogramaciones de las intervenciones quirúrgicas en la UCSI del Hospital de Mataró. Proponer la creación de una consulta prequirúrgica de enfermería como estrategia para mejorar el porcentaje de suspensiones y desprogramaciones quirúrgicas y elevar así la calidad asistencial en todos los niveles.

Métodos: Como metodología de trabajo se ha realizado un estudio descriptivo tras analizar los datos de las incidencias que han motivado las suspensiones y desprogramaciones quirúrgicas durante el periodo de un año. El ámbito de estudio ha sido la UCSI del hospital de Mataró. Se ha creado un proyecto de consulta prequirúrgica de enfermería para dar atención a los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente en la UCSI del Hospital de Mataró.

Conclusiones: El área de influencia del Hospital de Mataró abarca una población de 270,062 habitantes. Durante el año 2018 se han realizado un total de 5512 intervenciones quirúrgicas con un índice de ambulatorización del 64,3 %. Las suspensiones y desprogramaciones anuales suponen un 16,56 % del total y en muchas ocasiones son debidas a motivos evitables. Concluimos que la consulta prequirúrgica de enfermería es una herramienta eficaz para la mejora de la calidad asistencial, no solo para disminuir el número de suspensiones y desprogramaciones, con lo que se conseguiría una mejor optimización de los recursos y una reducción de costes, sino también para desarrollar una atención más cercana e individualizada hacia el paciente que va a ser intervenido en UCSI garantizando de este modo su seguridad dentro del área quirúrgica y aumentando la satisfacción global del usuario.

Palabras clave: Consulta, enfermería, prequirúrgica, cirugía, ambulatoria.

P-45 EFECTO DEL CAMBIO DE ANTISÉPTICO EN LA INCIDENCIA DE INFECCIONES DE HERIDA TRAS CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL EN EL PERIODO 2015-2018

I. Gómez Sanz, C. Martín Olea, M. Saez Zotano, J. D. Turiño Luque

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Conocer la incidencia de las complicaciones de la herida en las intervenidas en nuestra unidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de las hernias intervenidas en nuestra unidad de cirugía mayor ambulatoria y corta estancia desde el 1 de enero de 2015 a 31 de diciembre de 2018. Se generaron dos grupos: A) desde el 1 de enero de 2015 a 30 de abril de 2017 (povidona iodada); B) desde 1 de mayo de 2017 a 31 de diciembre de 2018 (clorhexidina alcohólica). Se registraron datos de: IMC, grado ASA, régimen de ingreso/CMA, complicaciones posoperatorias. Análisis de los resultados mediante el programa SPSS 15.0 (IBM Statistics, ILL), se consideraron diferencias estadísticamente significativas valores de $p < 0,05$.

Conclusiones: Durante el periodo de estudio se intervinieron un total de 1989 pacientes distribuidos en grupo A con 1207 pacientes (60,7 %) y el grupo B con 782 pacientes (39,3 %). No hubo diferencias significativas en la distribución por sexos ($p = 0,404$), ni por edad ($p = 0,983$), ni por IMC ($p = 0,145$). Si encontramos diferencias en cuanto al grado de riesgo anestésico en el grupo B con un 13,6 % de pacientes ASA III ($n = 105$) frente al 9,7 % del grupo A ($n = 67$) ($p = 0,017$) lo que conllevó más pacientes programados con ingreso en el segundo periodo (36,7 %; $n = 287$) vs primer periodo (31,9 %; $n = 385$) ($p = 0,027$).

Palabras clave: Antiséptico, clorhexidina alcohólica, cirugía de pared.

P-46 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE LA HERIDA EN HERNIAS VENTRALES EN NUESTRA UNIDAD DE CMA Y CORTA ESTANCIA EN EL PERIODO 2015-2018

I. Gómez Sanz, C. Martín Olea, M. Saez Zotano, J. D. Turiño Luque

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Conocer la incidencia de las complicaciones de la herida en las hernias ventrales intervenidas en nuestra unidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de las hernias ventrales intervenidas en nuestra unidad de cirugía mayor ambulatoria y corta estancia desde el 1 de enero de 2015 a 31 de

diciembre de 2018. Se registraron datos de: sexo, edad, IMC, grado ASA, tamaño de la hernia, régimen de ingreso/CMA, localización de la malla, complicaciones posoperatorias. Análisis de los resultados mediante el programa SPSS 15.0 (IBM Statistics, ILL), se consideraron diferencias estadísticamente significativas valores de $p < 0,05$.

Conclusiones: Durante el periodo de estudio se programaron un total de 360 eventraciones, operándose el 95,83 % ($n = 345$). El 43,2 % de las eventraciones fueron varones ($n = 149$) y las restantes 196 fueron mujeres. La mediana de edad se situó en 57 años ($DS \pm 12,129$). La mediana del IMC fue de 28,701 kg/m² ($DS \pm 4,579$). La distribución de riesgo anestésico ($n = 274$) fue: ASA I 14,2 % ($n = 39$), ASA II 69,3 % ($n = 190$), ASA III 15,7 % ($n = 43$). El tamaño de la hernia fue registrado en 310 pacientes (89,9 %) de estos y según la clasificación europea de la hernia ventral mostraron la siguiente distribución: < 4 cm 29,4 % ($n = 91$); 4-10 cm 48,1 % ($n = 149$); > 10 cm 22,6 % ($n = 70$). De los pacientes intervenidos el 12,5 % presentó alguna complicación en relación a la herida quirúrgica ($n = 43$) con una distribución de: seroma 51,16 % ($n = 22$), infección de herida 34,88 % ($n = 15$), hematoma 13,95 % ($n = 6$). La incidencia global de seroma fue del 6,37 % y de infección 4,34 %. Al comparar en base al tamaño de la hernia encontramos que el porcentaje de complicaciones fue superior en hernias > 10 cm (23,3 %) vs. 9,9 % en hernias de 4-10 cm y 4,3 % de las complicaciones en las hernias < 4 cm ($p < 0,001$). En conclusión, la tasa de complicaciones en nuestra unidad se sitúa por debajo los resultados encontrados en la bibliografía y son se correlacionan de forma estadísticamente significativa con el tamaño de la eventración.

Palabras clave: Seroma, hematoma, infección.

P-47 SEGURIDAD DEL PACIENTE, IDENTIFICANDO INCIDENTES

P. Sánchez de la Cámara, A. Vallejo Domínguez, M. Sáez Zotano

Hospital Civil. Málaga

Objetivos: La seguridad del paciente en el área quirúrgica es fundamental, se producen diferentes circunstancias que pueden afectar o producir riesgos al paciente de prácticas técnicas que se desarrollan en CMA.

- Identificar incidentes y riesgos de los pacientes.
- Identificación del paciente con alergias medicamentosas en el circuito ambulatorio de la unidad CMA.
- Reconocimiento visual rápido e identificación de una alergia medicamentosa del paciente.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en revistas como ELSEVIER Journal y metabuscador Pubmed, Medli-

ne plus, para informarnos sobre incidencias registradas y la importancia de la seguridad del paciente en otros artículos publicados. En nuestro proyecto se solicitó a la referente del observatorio de seguridad del paciente de anestesia y reanimación de nuestro Hospital Regional Universitario de Málaga las incidencias y efectos adversos notificados por profesionales y pacientes en el periodo 01/01/19 al 07/05/19.

Resultados: Los resultados notificados:

- Dispositivo y equipamiento médico: 27,78 %.
- Medicación fluidos intravenosos o productos sanitarios (medicamentos, dosis, forma farmacéutica, técnica de administración, etiquetado, conservación almacenamiento): 16,67 %.
- Proceso asistencial o procedimiento clínico (prevención, valoración, diagnóstico, tratamiento, atención): 16,67 %.
- Infraestructura, edificio o enseres fijos: 16,67 %.
- Gestión organizativa, recursos: 11,11 % - Caídas: 5,56 %.
- Procedimientos administrativos (citas, ingresos, derivaciones, altas transferencias): 5,56 %.

Conclusión: Ante estos resultados se realizarán notificaciones al personal sanitario de estos, y se realizaran grupos de trabajo dependiendo de los datos obtenidos. Se adoptarán medidas y propuestas de mejoras, un ejemplo que se quiere implantar en otros hospitales y es una de las incidencias es la administración de medicación de fluidos intravenosos o productos sanitarios con un 16,67 % de incidencias, en el caso de personas con alergias medicamentosas implantar pulseras identificativas que adviertan de estas alergias, constituyendo una mayor seguridad para el paciente alérgico.

Palabras clave: Seguridad del paciente, riesgos del paciente, alergias medicamentosas, incidencias.

P-48 TELEMEDICINA E INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA CONTROL POSOPERATORIO EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

L. Adán Alcántara, I. Méndez Castillo, M. Danvins Riu, I. Rosell BarraChina, R. Castells Cuscó, J. C. Rubia Raya
Hospital Transversal Moisés Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona

Objetivos: El aumento de la Cirugía Mayor Ambulatoria obliga a mejorar la eficiencia del sistema. Actualmente se realiza una llamada telefónica posoperatoria a las 24 horas. Las complicaciones suelen aparecer a las 48-72 horas, pero dado que los recursos son limitados, no podemos alargar este control activo. Con el uso de la telemedicina y de la inteligencia artificial pretendemos:

1. Mejorar la seguridad ampliando en días el control posoperatorio.
2. Mejorar la eficiencia del sistema:
 - Reducir las llamadas posoperatorias realizadas por enfermería a las 24 horas de la intervención quirúrgica.
 - Disminuir las visitas a Urgencias.
 - Disminuir las llamadas no programadas a la Unidad.
3. Mejorar la satisfacción de los pacientes y profesionales.

Métodos: App conectada con nuestro HIS con dos pilares:

- *Telemonitorización:* árbol de decisión con inteligencia clínica y sistemas de alarmas. La telemonitorización suple la llamada de las 24 horas. Además, aumenta el control no solo las primeras 24 horas sino durante 7 días para favorecer la seguridad. Si el sistema detecta una complicación sale una alarma en el programa informático del hospital (SAP) i se llama al paciente.
- *Empoderamiento e información al paciente* personalizada gracias al Xatbot (inteligencia artificial). El Xatbot responde las dudas, da consejos y refuerza las recomendaciones dadas al alta. La App da acceso directo a la llamada en caso necesario. El servicio es las 24 horas del día los 7 días de la semana.

Conclusiones: El uso de la telemedicina y de la inteligencia artificial ayuda a mejorar la seguridad, eficiencia y la satisfacción de pacientes y profesionales.

Palabras clave: Telemedicina, inteligencia artificial, posoperatorio, Cirugía Mayor Ambulatoria.

P-49 ¿QUÉ CONOCIMIENTO TIENEN LAS ENFERMERAS SOBRE LOS PROTOCOLOS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO?

M. del Valle Sánchez, P. Moreno Carrillo, O. Gabaldà Morán
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: Determinar el conocimiento del personal de enfermería sobre la unidad y los protocolos existentes e identificar si el personal estaría interesado en ampliar sus conocimientos y participar en grupos de trabajo y sesiones informativas.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se repartieron encuestas al personal de enfermería durante el mes de marzo de 2019. Las encuestas estaban divididas en dos partes. En primer lugar, se preguntaba sobre el conocimiento de la unidad, presencia de protocolos, etc. Por otro lado, se consultó si el personal creía necesaria la implantación de sesiones de seguridad y la creación de grupos de trabajo.

Resultados: Se entregaron 50 encuestas, de las cuales 47 se devolvieron contestadas. 34 (72 %) encuestas fueron cumplimentadas por enfermeras y 13 (28 %), por técnicos en curas auxiliares de enfermería. Del total de personal encuestado, 19 (41 %) profesionales tenían una antigüedad de cinco años o menos en la unidad. En relación al conocimiento sobre la existencia de protocolos sobre profilaxis antibiótica y para usuarios con diabetes, 30 (64 %) profesionales contestaron afirmativamente. 36 (77 %) encuestados mostraron interés en que se hicieran más sesiones informativas y 28 (60 %) estuvieron abiertos a participar en grupos de trabajo.

Conclusiones: En base a los resultados obtenidos, podemos concluir que más de la mitad del personal de enfermería de la unidad posee conocimientos sobre los protocolos y que existe un interés notable en asistir a sesiones y participar en grupos de trabajo.

Palabras clave: Calidad de los cuidados, seguridad del paciente, enfermeras, protocolos.

GESTIÓN Y CALIDAD

P-51 CAUSAS DE DESPROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA E INGRESOS HOSPITALARIOS COMO PUERTA DE MEJORA DE LA ATENCIÓN EN UCMA DEL PABELLÓN C DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

E. Ruiz Gómez, R. Montero Vegas, A. González Bustos, M. Sáenz Moleón

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos:

1. Conocer la actividad asistencial realizada en la UCMA del pabellón C del HRU Málaga.
2. Detectar las causas que generan desprogramaciones quirúrgicas e ingresos hospitalarios y cuantificarlas.
3. Proponer acciones de mejoras consensuadas con las distintas especialidades para mejorar en obtención de resultados.

Métodos: Estudio descriptivo cuantitativo, realizado mediante investigación documental por recuentos de registros internos de la unidad y revisión sistemática de las historias clínicas de aquellos pacientes que han sufrido ingreso hospitalario tras cirugía mayor ambulatoria o que hayan sido desprogramados quirúrgicamente de la misma.

Conclusiones: Durante el año 2018 han sido atendidos en UCMA 4647 pacientes, 98 han sido desprogramados (2,10 %) y se han ingresado en el hospital un total de 176 (3,78 %). La

principal causa de ingreso (49) ha sido la cirugía complicada, entendiéndose por esto que el acto quirúrgico ha sido más complejo que lo estimado, seguido de la persistencia de las náuseas (23), dolor no controlado (16), carecer de cuidador en domicilio (12), mareos (12), sangrado (9), lejanía del domicilio (8), falta de sensibilidad/movilidad en MMII (8). Hay que destacar que de 29 pacientes ingresados no queda constancia documental de la causa que generó su ingreso. En cuanto a la desprogramación, 39 pacientes no reunían las condiciones óptimas, 22 por falta de tiempo, 8 no estaban adecuadamente programados por desaparición de la patología o la no indicación quirúrgica de la misma, en 23 casos no existe registro documental en la historia de los pacientes.

Palabras clave: Ingresos, desprogramación, mejora.

P-52 CALIDAD Y SEGURIDAD PERCIBIDAS POR EL PACIENTE Y GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)

P. E. López Rodríguez, M. P. Jiménez Lanzas, M. A. Urbano Bravo, E. Ruiz Gómez, M. J. Gómez de Cos

Hospital Civil de Málaga

Objetivos: Conocer la percepción de calidad, seguridad y satisfacción de los usuarios con la atención recibida en la Unidad de CMA del Hospital Civil de Málaga y si existe relación entre estos y variables sociodemográficas y clínicas. Además, se pretende conocer la prevalencia de eventos adversos e incidentes notificados por los pacientes estudiados.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y de tipo transversal con una muestra de 188 usuarios de la Unidad de CMA del Hospital Civil de Málaga seleccionados de forma no aleatorizada y estratificada. Los datos fueron recogidos entre enero y marzo de 2019 a través de un cuestionario validado.

Conclusiones: Del análisis de calidad percibida se obtiene que las dimensiones mejor valoradas son “servicio de garantía” y “servicio personalizado” valoradas por los encuestados de forma alta por el 79,8 % y el 86,1 % respectivamente. La percepción de seguridad fue alta para al menos el 82 % de los encuestados y la satisfacción global con la atención recibida fue alta para al menos el 91 %. En el análisis bivariante se encontró que la especialidad médica y la edad, están relacionadas de forma significativa ($p < 0,05$) con algunas dimensiones de calidad; y que la edad y la situación laboral, están relacionadas con la percepción de seguridad. La prevalencia de eventos adversos e incidentes fue del 1 %. La calidad percibida por el

usuario es un importante indicador de calidad que nos permite conocer la adecuación del servicio a sus expectativas y poder así mejorarlo. En este estudio hemos encontrado que muchos aspectos de la calidad son valorados de forma positiva; sin embargo, existen aspectos a mejorar. La información obtenida de estos usuarios es fundamental para poder diseñar estrategias de mejora de la calidad y la seguridad adecuadas a la realidad.

Palabras clave: Calidad percibida, satisfacción, seguridad del paciente.

P-53 PROCESOS DE GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO, PIEZA CLAVE EN LA CALIDAD ASISTENCIAL

M. Fernández Berna, P. Albaladejo Grau, D. López Vidal, V. Rodríguez Lorenzo, S. Murcia Vera, M. Gómez Orts, L. Ramón Villena, M. López Pastor
Hospital Universitario de Torrevieja, Alicante

Objetivos:

- Describir la atención de gestión de enfermería integral al paciente del programa de cirugía mayor ambulatoria.
- Aplicar ciclos de mejora de la calidad en los procesos de gestión de enfermería.
- Asegurar la continuidad asistencial tras el procedimiento quirúrgico.
- Aumentar la satisfacción del paciente durante su atención.

Métodos: El proceso de gestión de enfermería en la unidad de cirugía sin ingreso se sigue en el siguiente esquema:

1. Planificación:
 - Organización de la planificación quirúrgica por Especialidades y Quirófanos.
 - Verificación de Preoperatoria y Preanestesia.
 - Adecuación de los pacientes planificados en la Unidad de cirugía sin ingreso (box, rotación de pacientes, pruebas complementarias, etc).
 - Ciclo de mejora de la calidad: Educación Pre-Quirúrgica:
2. Llamada prequirúrgica 24 h previas al procedimiento quirúrgico.
3. Proceso asistencial Atención asistencial: admisión, preparación quirúrgica según protocolos, check list, adaptación al medio y alta de enfermería.
4. Continuidad asistencial:
 - Control post-quirúrgico: llamada post-quirúrgica dentro de las 24 h posteriores a la intervención.
 - Call center: atención vía telefónica o vía email para resolución de incidencias.
 - Consulta de enfermería de la unidad de cirugía sin ingreso.

Conclusiones:

- Aumento de la satisfacción del paciente.
- Aumento de la calidad percibida.
- Asegurar tiempos quirúrgicos.
- Control y resolución de síntomas y/o incidencias en posoperatorio.
- Evitar altas prematuras.
- Seguimiento del paciente al alta.
- Derivación de pacientes en caso de incidencias al recurso sanitario adecuado.
- Disminución de las pernoctas no esperadas del programa CMA.
- Disminución de la frecuentación en urgencias de pacientes tras un procedimiento quirúrgico.
- Disminución de cancelaciones y/o suspensiones quirúrgicas.

Palabras clave: Calidad asistencial, enfermería, gestión, cuidados.

P-54 EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LOS INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA) DEL HOSPITAL DE LA PLANA PARA LA HERNIA INGUINAL DEL ADULTO

L. Vives Piqueres, A. Nicolau Gozalbo, J. C. Rivera Gaitero
Hospital Universitario de La Plana. Villarreal, Castellón

Objetivos: Monitorizar la evolución temporal de los indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria (CMA) del Hospital de La Plana para optimizar los cuidados.

- Comprobar si identifican los problemas y evalúan la eficacia de nuestra intervención sobre ellos.

Métodos:- 1031 hernias inguinales aplicando antiguo grd 162 (ap-grd v25) entre 1 enero 2015 y 31 marzo 2019.
- Actitudes para resolución de problemas realizadas y monitorización mediante indicadores de calidad según objetivo: - consulta específica UCSI para captación CMA: índice sustitución ambulatoria (ISA) - estandarización e informatización de llamada prequirúrgica: tasa suspensiones y cancelaciones - intervención sobre morbilidad: formación personal sanitario en CMA, desde selección, técnicas anestésicas-analgésicas, educación en la unidad readaptación al medio (URM) de personal y paciente: tipos de anestesia, optimización analgésica, tasa de ingresos y motivos del mismo. - coordinación profesional, informatización registro de actividad. Cumpimentación de: - informes alta, - hoja control posoperatorio enfermería, - encuesta y visita posoperatoria telefónica.

Conclusiones: Por orden años 2015, 2016, 2017 y 2018-2019: - con la visita preanestésica específica mejoró I. Sustitución ambulatoria: 59,92, 66,18, 71,79 y 79,15 % - aunque la llama telefónica preoperatoria afectó la tasa global cancelaciones (0,74, 0,68, 0,18, 0,15 %) no se pudo valorar su efecto sobre las hernias inguinales (no se produjeron). Tasa de incomparecencias global: 0,64, 0,59, 0 y 0 %, para la hernia inguinal, 0 %. - tasa de ingresos hernias: 9,94 %, 7,77 %, 7,86 % y 6,58 %. Disminución de técnicas raquídeas turno de tarde (38,01 %, 29,02 %, 25,71 %, 18,11 %), mayor analgesia multimodal aunque sigue representando punto de mayor fuente de ingresos (31,25 % del total) - coordinación profesional: alta médica en 100 %; cumplimentación hoja posoperatorio en URM 90,07 %, 98,02 % 100 % y 100 %; encuesta-visita posoperatoria telefónica 91,26 %, 98,44 %, 93,33 % y 99,59 %. Los indicadores de calidad nos ayudan a valorar la efectividad de las medidas correctoras de problemas. También enfoca las líneas de trabajo futuras. Es necesario mejorar el abordaje del dolor posoperatorio tanto intra como extra-hospitalario.

Palabras clave: Indicadores de calidad CMA, hernias.

P-55 MEJORA DEL DOLOR POSOPERATORIO TRAS LA CREACIÓN DE LA SHOULDER UNIT

I. Prat Borrás, M. J. Torras Feixas, P. Di Felice Ardenete, F. Menor Fusaro

Althaia. Xarxa Assistencial. Barcelona

Objetivos: Evaluar y comparar el dolor posoperatorio de la patología quirúrgica de hombro después de la puesta en marcha de una unidad interdisciplinar "Shoulder Unit".

Métodos: Mediante encuesta telefónica a las 24 h posoperatorias de pacientes intervenidos de artroscopia de hombro atendidos en la UCMA, se miden indicadores de calidad, grado de dolor junto con otras variables. Debido a no obtener el resultado deseado y que cada facultativo hacia una pauta de analgesia distinta se acordó reunir a todos los profesionales implicados en estos procesos, enfermera responsable de la unidad, secretaria técnica, cirujanos de la patología, rehabilitadores ..., cómo se podía mejorar el resultado obtenido. Después de varias reuniones se consiguió protocolizar y estandarizar en CMA una pauta analgésica al alta para todos los pacientes intervenidos en esta modalidad y se crea la Shoulder Unit. Estudio retrospectivo de 342 pacientes intervenidos (2016-2018) y el primer trimestre de 2019, de los que a todos ellos se les ha realizado llamada telefónica a las 24 horas posoperatorias. Uno de los indicadores más significativos en su evaluación es el del dolor posoperatorio, teniendo como estándar, 80 % de los pacientes debían de tener un EVA ≤ 3 (EVA1) dolor desde el momento del alta

hasta el momento de la llamada telefónica, y el 90 % el EVA basal del momento de la llamada (EVA2).

Resultados: Año 2016, EVA1 (39,07 % de los pacientes tenían un EVA ≥ 3) y EVA2 (29,44 %, EVA ≥ 3). Año 2017, EVA1 (26,98 % de los pacientes tenían un EVA ≥ 3) y EVA2 (26,55 %, EVA ≥ 3). Año 2018, EVA1 (35,79 % de los pacientes tenían un EVA ≥ 3) y EVA2 (24,22 %, EVA ≥ 3). Podemos decir que después de evaluar según el objetivo establecido, el primer trimestre del año en curso, el dolor posoperatorio ha disminuido notablemente. Año 2019 n = 28, EVA1 (14,89 % de los pacientes tenían un EVA ≥ 3) y EVA2 (20,01 %, EVA ≥ 3)

Conclusiones: Los resultados obtenidos evidencian que se puede mejorar el dolor posoperatorio mediante la unificación de criterios, buena comunicación y trabajo en equipo de todos los profesionales implicados, consiguiendo así una buena gestión del proceso y trabajo en equipo multidisciplinar.

Palabras clave: Hombro quirúrgico, dolor posoperatorio, gestión.

P-56 GESTIÓN DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA GENERAL. ANÁLISIS 2015-2018.

B. Ruiz Chica, J. D. Turiño Luque, C. Rodríguez Silva, A. Cabello Burgos, J. Rivas Becerra, A. Bayón Muñiz, A. Martínez Ferriz, J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivo: Conocer el tiempo de demora y sus causas en la gestión de lista de espera quirúrgica.

Material y método: Análisis retrospectivo pacientes intervenidos desde 2015 a 2018 para los procedimientos más habituales (hernia, proctología y coledocitis) recogidos en el Decreto de Garantía (DG) del Servicio Andaluz de Salud (SAS), excluyéndose los procedimientos sobre piel y partes blandas y la cirugía laparoscópica de la pared abdominal (excluida del DG). Se generaron dos grupos de estudio según punto de corte:

- 6 meses (enero 2015 a marzo 2017).
- 1 mes (abril 2017 a diciembre 2018). Registro y análisis de datos con el programa SPSS 15.0 estableciéndose nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se intervinieron 3297 pacientes, presentando demora el 59,36 % (n = 1957). En el grupo A tan solo el 25,4 % (n = 489) se operaron en plazo frente al 62,1 % (n = 851) del segundo, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Al comparar ambos grupos según días excedidos en LEQ encontramos que la media sobrepasaba 57,13 días (DS $\pm 47,894$) en el periodo A fren-

te a los 33,85 días (DS \pm 34,923) del grupo B ($p < 0,001$). Así los pacientes con DG de 120 días del periodo A se operaban de media a los 180,02 días (DS \pm 48,221) frente a los 154,17 días (DS \pm 32,242) del B ($p < 0,001$). En los pacientes con DG de 180 días se postergaba hasta 231,16 días (DS \pm 46,697) frente a 213,25 días (DS \pm 39,723) del periodo B ($p < 0,001$). Principales causas de retardo en la programación de los pacientes fueron: A): Cirujano 56,7 % ($n = 815$); Paciente 25,5 % ($n = 367$); Error codificación LEQ 4,5 % ($n = 65$). B): Cirujano 50,2 % ($n = 260$); Paciente 28,8 % ($n = 149$); Devolución concertado 8,3 % ($n = 43$).

Conclusión: el control mensual de las LEQ ha mejorado la programación y acortado los tiempos de espera de forma significativa, aunque de forma insuficiente. La principal causa de retraso en la programación de la cirugía durante ambos periodos correspondió al Servicio de Cirugía, seguido en ambos casos por la decisión del paciente.

Palabras clave: Gestión, lista de espera, cirugía general, decreto de garantía.

P-57 EL TIEMPO QUIRÚRGICO EN LA PROGRAMACIÓN DE QUIRÓFANOS EN CMA EN EL ÁREA III-IV DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

D. Pereda Bajo, J. C. Cagigas Lanza, E. Gutiérrez Cantero, P. Ruiz Álvarez, P. Cagigas Roecker, C. R. Lavín Saíz, A. Ochoa López, A. Gutiérrez Ruiz
Hospital de Sierrallana. Torrelavega, Cantabria

Objetivos: Estudiar la implicación que tienen el procedimiento quirúrgico, el tipo de ASA y la técnica anestésica en la duración de los procesos de CMA.

Métodos: Estudio observacional en el que se recogió el tiempo de duración de todas las intervenciones de CMA realizadas en los Hospitales de Sierrallana (Torrelavega) y Tres Mares (Reinosa) de Cantabria entre el 01 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2014. Dicha información se obtuvo mediante la consulta de las hojas de circulante de quirófano.

Resultados: Se realizaron un total de 6296 CMA en este periodo de tiempo (3290 en 2013 y 3006 en 2014). En 2013, el tiempo medio de cirugía de CMA fue de 27:40 minutos en pacientes con ASA I, 26:38 en ASA II, 28:03 en ASA III y 24:51 en ASA IV. De esta manera, la CMA más realizada fue la facoemulsificación de Oftalmología, con una diferencia de 7 minutos en pacientes con ASA I y ASA IV (19:29 y 26:10 minutos respectivamente). En 2014, el tiempo medio de cirugía de CMA fue de 24:13 minutos en pacientes con ASA I, 26:49 en ASA II, 19:20 en ASA III y 26:20 en ASA IV. Una de las CMA más realizadas fue la hernioplastia inguinal de Cirugía General, con el mismo

tiempo quirúrgico medio en pacientes con ASA I y ASA II (25 minutos) y 5 minutos más en ASA III.

Conclusiones: La programación quirúrgica es un instrumento importante para garantizar la optimización de los recursos de los que dispone la unidad de CMA. La duración de los procedimientos de CMA es un factor determinante en esta programación. Según nuestros datos, el tipo de ASA no cambia el tiempo quirúrgico en las diferentes intervenciones quirúrgicas, siendo la técnica anestésica la que modifica la duración de la cirugía.

Palabras clave: Programación quirúrgica, tiempo quirúrgico, ASA.

P-58 ESTUDIO DE ACTIVIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y ESTACIONALIDAD DE EPIDEMIA DE LA GRIPE EN EL ÁREA III-IV DE LA COMUNIDAD DE CANTABRIA. PROPUESTA DE MEJORA

D. Pereda Bajo, J. C. Cagigas Lanza, E. Gutiérrez Cantero, L. Cotruta, P. Cagigas Roecker, A. Ochoa López, C. R. Lavín Saíz, A. Gutiérrez Ruiz
Hospital de Sierrallana. Torrelavega, Cantabria

Objetivos: Estudiar si la actividad de CMA llevada a cabo en el área III-IV de Cantabria varía en época de epidemia de la gripe.

Métodos: Presentamos un estudio observacional bianual 2013-2014 en el que se valoró la situación de onda epidémica gripal efectiva en Cantabria en estas fechas (con umbral epidémico establecido en 71,41 casos por 100,000 habitantes) y su influencia en la actividad de CMA en los Hospitales de Sierrallana (Torrelavega) y Tres Mares (Reinosa).

Resultados: Respecto a la situación nacional en la que predomina el virus de la gripe B, en Cantabria, la onda epidémica gripal de la temporada 2013-2014 comienza con una circulación absoluta de virus A, con una distribución similar entre virus A(H3N2) y A(H1N1). La tasa de detección de virus gripales se inicia en la tercera semana del año, tiene una duración de onda de 7 semanas y alcanza el pico máximo de incidencia en la semana 04/2014 (250 casos por 100,000 habitantes). En 2014 se realizaron un total de 3006 CMA en los hospitales descritos, 163 de las cuales fueron en enero, 241 en febrero y 279 en marzo, lo que supone un 5,42 %, 8,02 % y 9,28 % respectivamente. Es decir, el 22,72 % de la actividad anual de CMA de 2014 se realizó en los meses en los que más casos de gripe se registraron.

Conclusiones: La epidemia de gripe en Cantabria coincide con un tercio del año (meses de enero, febrero y marzo). En

dicho periodo, la actividad quirúrgica de CMA supone un 23 % de la misma. Como propuesta de mejora económica, sería interesante incrementar la actividad de CMA durante estas fechas el año, con intención de amortiguar el efecto que produce la ausencia de camas debido a los numerosos ingresos por infección gripal.

Palabras clave: Epidemia de gripe, actividad quirúrgica.

P-59 EL ÍNDICE DE AMBULATORIZACIÓN COMO INDICADOR DE CALIDAD EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

B. Tobera Noval¹, J. Galán Gutiérrez², N. García González², M. González Rodríguez², M. Estrada Rodríguez², L. A. Sopena Zubiria², V. R. Loucao Prada²

¹Hospital Universitario de Cabueñes. Asturias; ²Hospital Central de Asturias

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 en un hospital de tercer nivel, y subrayar la influencia que el traslado a un nuevo centro hospitalario ha tenido en su crecimiento en los últimos años.

Métodos: Se han recogido los datos entre los años 2012 y 2018, a través del análisis de los principales GRDs ambulatorizables de las especialidades quirúrgicas integradas en nuestra UCMA.

Conclusiones: Evidenciamos un importante crecimiento hacia delante a partir del año 2014-2015, periodo en el que se produce el traslado a una nueva sede con una estructura más acorde para el desarrollo de la actividad quirúrgica ambulatoria. Sin embargo, este crecimiento no alcanza el que ha experimentado el IA en otras comunidades. Quizás la presión asistencial de nuestro centro hospitalario, hospital de 3^{er} nivel y centro de referencia de la comunidad para una gran variedad de patologías quirúrgicas ha aminorado esta subida. Echamos en falta una actualización numérica en los principales indicadores de calidad por parte del Ministerio de Sanidad. El año 2016 es el último en el que se ofrecen datos oficiales. 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: Calidad, ambulatorización, índice de ambulatorización, GRD.

P-60 ANÁLISIS EVOLUTIVO DE LOS ÍNDICES DE AMBULATORIZACIÓN DE LAS PRINCIPALES ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS INTEGRADAS EN LA UCMA

J. Galán Gutiérrez¹, B. Tobera Noval², V. R. Loucao Prada¹, L. A. Fernández Meré¹, M. González Rodríguez¹, N. García González¹, M. Estrada Rodríguez¹, L. A. Sopena Zubiria¹

¹Hospital Central de Asturias. ²Hospital Universitario de Cabueñes. Asturias

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo y evolutivo de los índices de ambulatorización (IA) de las principales especialidades quirúrgicas integradas en la UCMA. Mostrar la importancia que el traslado hospitalario ha tenido en la integración de algunas especialidades quirúrgicas en nuestra unidad.

Métodos: Análisis descriptivo y evolutivo de los IA de las especialidades integradas en la UCMA.

Conclusiones: Aquellas especialidades fuertemente vinculadas a la CMA previamente al traslado hospitalario mantienen IA similares al cambio. Es el caso de Cirugía Plástica, Cirugía General, ORL o Cirugía Maxilofacial. El traslado hospitalario, con una UCMA que funciona como una organización independiente, aunque vinculada al centro hospitalario ha permitido vincular a algunas especialidades como Traumatología, al que se le adivina un enorme potencial ambulatorio que aún no hemos podido aprovechar en su justa medida y fundamentalmente Cirugía Vascul y Urología. Resulta difícil comparar los IA de nuestras especialidades quirúrgicas con los IA de dichas especialidades a nivel nacional. Los últimos datos fiables de los que disponemos son de 2010 y sitúan nuestro IA superior en C. Plástica y Urología e inferior en Traumatología y Ginecología.

Palabras clave: Ambulatorización, especialidades quirúrgicas, traslado.