

RESÚMENES DE LAS MEJORES COMUNICACIONES

ANESTESIA

V-AN-01 RESECCIÓN TRANSURETRAL DE TUMORES VESICALES POR ELECTROCOAGULACIÓN MONOPOLAR VÍA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: NUESTROS PRIMEROS CASOS

E. Ruiz Velásquez, D. Pérez Martínez, P. Peris Ramón, E. Talavera Sánchez, X. Carré Rubio, L. Colet Oliver, P. Sala Francino

Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Tarragona

Objetivos: El tumor vesical es uno de los tumores más frecuentes, siendo en España la incidencia más alta en Europa. El 85 % son tumores no invasivos, cuyo gold estándar terapéutico es la resección transuretral (RTU-TV), habitual en urología, pero potencialmente sangrante que, sumado a su perfil de paciente frágil, de edad avanzada y comórbido, han dificultado su desarrollo dentro de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).

El objetivo de nuestro estudio es valorar los primeros pacientes sometidos a RTU-TV con electrocoagulación, vía CMA en un hospital de segundo nivel, registrando datos clínicos, demográficos y algunos indicadores de calidad del control telefónico a las 24 horas de la cirugía.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los primeros pacientes sometidos a RTU-TV por electrocoagulación monopolar, bajo régimen de CMA, en el periodo de octubre de 2018 a febrero de 2020, en el Hospital Sant Joan de Reus. Se recogieron datos de sexo y edad, clasificación de ASA, técnica anestésica empleada, manejo de sondaje vesical, continuidad de circuito ambulatorio y necesidad de reingreso en menos de 24 horas. Del control telefónico de seguimiento a las 24 horas, se registraron los datos de: control del dolor bajo la analgesia prescrita, presencia de fiebre, náuseas, cefalea y grado de satisfacción.

Resultados: Durante dicho periodo se programaron 33 pacientes vía CMA, 85 % hombres y 15 % mujeres con edad promedio de 69 años. La clasificación del ASA: I: 6 %; II: 67 %; III: 27 %. Se suspendió una cirugía por toma de anticoagulante oral, reduciendo la muestra a 32. La técnica anestésica empleada fue: sedación: 78 % y anestesia general: 22 %, no habiendo realizado ninguna técnica locoregional.

El 88 % (28 pacientes) mantuvieron el circuito CMA y el 12 % (4 pacientes) ingresó: 2 por motivos quirúrgicos, 1 por oligohematuria y negativa del paciente, y 1 paciente por hematuria y cuadro vagal.

De los egresados vía CMA, 9 pacientes (32 %) se fueron con sonda vesical, con retirada de la misma a las 24 horas, y 19 pacientes (68 %) sin sonda vesical, de los cuales 2 (11 %) acudieron a urgencias en menos de 24 horas por retención aguda de orina.

En cuanto al control telefónico, solo 3 pacientes (11 %) no fueron localizados. El control del dolor postoperatorio fue valorado con la escala EVA: 0: 52 %; 1: 24 %; 2: 16 %; 3: 8 %. La analgesia prescrita fue catalogada como “suficiente” en el 100 %. Ningún paciente presentó náuseas, fiebre o cefalea. El grado de satisfacción fue: 72 %: 5/5 y 28 %: 4/5.

Conclusiones: La edad promedio de 69 años, con máxima de 90, sexo masculino en el 85 %, y ASA III en el 27 %, se correlaciona con el estudio de Rambachan, que informó una tasa de readmisión a los 30 días del 5 % para RTU-TV, teniendo como predictores de reingreso la edad, el sexo masculino, y la clasificación de ASA. Estudios recientes avalan la valoración preoperatoria de la condición basal del paciente, como criterio de selección en CMA y proponen utilizar el Índice de comorbilidad de Charlson y el Puntaje de Riesgo de Fragilidad Hospitalaria (PRFH), como predictores de eventos adversos y discapacidad incidente.

En nuestro estudio, se aprecia un 11 % de reingreso en las primeras 24 horas, en los pacientes dados de alta sin sonda

urinaria, por retención aguda de orina, complicación que se reporta en el 2,8 %, sin conseguir en la literatura, trabajos que correlacionen la necesidad de sondaje vesical en RTU-TV vía CMA.

En el seguimiento telefónico a las 24 horas, al valorar algunos indicadores de calidad en CMA, se obtuvo que ningún paciente presentó un EVA > 3 con la analgesia prescrita, ni cefalea, fiebre o náuseas y con un alto grado de satisfacción ($\geq 4/5$). Llopis, en 2003, publicó una tasa de satisfacción mayor al 95 % en cirugía mayor ambulatoria urológica, en un hospital español.

Las RTU-TV en régimen de CMA, asociadas al perfil de paciente frágil, de edad avanzada y pluripatológico, y a los riesgos de sangrado, perforación o infección, representan un reto para todo el equipo quirúrgico. La bibliografía no reporta diferencias significativas al compararlas con las RTU-TV con ingreso, obteniendo todos los beneficios de reducción de costos sanitarios, sin aumentar la morbilidad perioperatoria en el circuito de CMA.

Se recomienda realizar otros estudios con un mayor tamaño muestral, análisis estadísticos, comparando con la cirugía con ingreso y valorando las comorbilidades y fragilidad de los pacientes, para su correcta selección.

Bibliografía recomendada:

1. Gray W, Day J, WR Briggs T, Harrison S. Transurethral resection of bladder tumour as day-case surgery: Evidence of effectiveness from the UK Getting it Right First Time (GIRFT) programme. *J Clinical Urology*. 2020;13(3):221-7.
2. Rambachan A, Matulewicz RS, Pilecki M, Kim JY, Kundu SD. Predictors of readmission following outpatient urological surgery. *J Urol*. 2014;192:183-8.

Palabras clave: Tumor vesical, RTU, CMA.

V-AN-02 VALORACIÓN DE RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN Y RETIRADA DE BALONES INTRAGÁSTRICOS VÍA CMA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA, ¿ÉXITO O FRACASO?

E. Talavera Sánchez, X. Carré Rubio, L. Colet Oliver, M. D. Pérez Martínez, P. Peris Ramón, E. J. Ruiz Velásquez, P. Sala Francino

Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Tarragona

Objetivos: El sobrepeso y la obesidad se definen como la acumulación de grasa anormal o excesiva que puede resul-

tar perjudicial para la salud. Según los datos de la OMS, en el 2016, 650 millones de adultos cumplían criterios de obesidad (IMC > 30), lo cual corresponde a un 13 % de la población mundial.

Este aumento de la prevalencia se asocia a una mayor presencia de este tipo de pacientes en las listas de espera y en las unidades de CMA. Dadas sus mayores comorbilidades, la valoración preoperatoria de los afectos por esta patología debe realizarse por un equipo multidisciplinar y se deberán tomar las medidas de prehabilitación necesarias para minimizar, en lo posible, el ya elevado riesgo quirúrgico inherente a este tipo de sujetos.

Dentro de la categoría de procedimientos mínimamente invasivos para el tratamiento de esta patología se encontrarían los balones intragástricos (BIG). Dado que se pueden colocar mediante sedación profunda o anestesia general, los pacientes pueden ser candidatos a seguir el circuito de CMA.

Objetivo: Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes sometidos a la colocación y/o retirada de balón intragástrico siguiendo el circuito de CMA.

Métodos: Se incluyó a todos los pacientes que se sometieron a ambas o a cualquiera de estas dos intervenciones en el periodo comprendido entre abril de 2018 y noviembre de 2019. Se analizaron las variables de sexo, edad, IMC previo a la cirugía, técnica anestésica y motivo por el cual se desestimó el circuito de CMA.

Resultados: Se analizaron un total de 45 pacientes, 27 (10 mujeres y 17 hombres) sometidos al procedimiento de colocación y 18 (14 mujeres y 4 hombres) al de retirada.

Se valoró un IMC medio de 57,081 previo al procedimiento de colocación y de 50,381 al de retirada. La técnica anestésica más frecuentemente empleada fue la anestesia general con IOT en un 68,2 % de los casos.

En el 8,88 % de los casos no se pudo completar el circuito por vía CMA (4 pacientes) debido a complicaciones secundarias al procedimiento quirúrgico, siendo la intolerancia al dispositivo asociada a náuseas y vómitos y la deshidratación secundaria, el motivo principal de ingreso hospitalario (75 % de los casos).

Conclusiones:

- El aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad ha incrementado la presencia de pacientes con mayores comorbilidades en las listas de espera.

- La selección de pacientes tributarios de intervenir y seguir un circuito de CMA debe realizarse por un equipo multidisciplinar.
- El procedimiento tanto de colocación como de retirada de los balones intragástricos se puede llevar a cabo de forma segura y eficaz siguiendo los circuitos de CMA, sin suponer un incremento del riesgo para los pacientes con obesidad mórbida.

Bibliografía recomendada:

1. Arance García M, Docobo Durántez F, Conde Guzmán C, Pérez Torres MC, Martín-Gil Parra R, Fernández Jiménez PE. Is obesity a risk factor for complications, hospital admissions, and surgical cancellations in ambulatory surgery? *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2015;62(3):125-32.
2. Sharma S, Arora L. Anesthesia for the Morbidly Obese Patient. *Anesthesiol Clin.* 2020;38(1):197-212.
3. Walsh MT. Improving outcomes in ambulatory anesthesia by identifying high risk patients. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2018;31(6):659-66.
4. Abdullah HR, Chung F. Perioperative management for the obese outpatient. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2014;27(6):576-82.
5. Butterworth J, Mackey D, Wasnick J, Morgan G, Mikhail M. *Anestesiología clínica de Morgan y Mikhail.* 4th ed. México: Manual moderno; 2014. p. 810-1.

Palabras clave: Obesidad, CMA, big.

V-AN-03 ¿ES NECESARIO EL EMPLEO DE LOS BLOQUEOS FASCIALES TORÁCICOS EN CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA?

L. Sopena Zubiría, J. Galán Gutiérrez, N. García González, M. González Rodríguez, C. Pérez Díaz, B. Ayuso Íñigo, M. Vega Colón, R. Louçao Prada

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción: La cirugía oncológica mamaria ha sufrido importantes avances en los últimos tiempos, siendo en la actualidad la cirugía conservadora de la mama el tratamiento quirúrgico estándar en el carcinoma de mama en estadios precoces.

Desde el punto de vista anestésico, la mayor parte de estudios publicados acerca del control del dolor perioperatorio con los bloqueos fasciales torácicos se han centrado en las mastectomías radicales modificadas (MRM) o en diferentes variantes de cirugía oncológica de mama agrupadas en una única categoría, y son escasas las referencias acerca de la aparición de dolor agudo postoperatorio o dolor crónico tras una tumorectomía mamaria con BSGC (biopsia selectiva de ganglio centinela) o VA (vaciamiento axilar).

Objetivos: Es por este motivo, con el objeto de identificar la técnica analgésica más eficaz en cirugía conservadora de

mama que decidimos comparar 2 alternativas analgésicas en este tipo de procedimientos: los bloqueos fasciales torácicos y la infiltración de la herida quirúrgica.

Material y métodos: Estudio prospectivo, randomizado y aleatorizado. Se incluyen a 80 pacientes sometidas a cirugía conservadora de mama por un proceso oncológico maligno en programa de CMA. Las pacientes son aleatorizadas en 2 grupos:

- Grupo I o TB (toracic block): la AG es complementada con bloqueos fasciales torácicos (SIFB/TTPB/habón infraclavicular) según la localización del tumor.
- Grupo II o WI (wound infiltration): AG e infiltración de herida quirúrgica al final de la intervención. El AL empleado es en ambos casos ropivacaína 0,375 %.

Se analiza el dolor postoperatorio según una escala numérica de valoración analgésica (EVA) a la hora, 6 y 24 horas postcirugía, necesidades de analgesia de rescate y encuesta de satisfacción analgésica.

Resultados: No se registraban diferencias en el EVA ni en la restricción en la movilidad del hombro entre ambos grupos.

Solo el 48 % del total de los pacientes requirió fentanilo adicional durante la cirugía, ligeramente superior en el grupo de WI aunque sin significación estadística.

Exclusivamente el 25 % de los pacientes necesitó rescate con morfina postoperatoria, curiosamente ligeramente superior en el grupo TB.

La incidencia de NVPO fue muy reducida, del 5 %, y solo 2 pacientes tuvieron que pernoctar en la unidad.

Parece que cuando las pacientes eran sometidas a un vaciamiento axilar (Grupo C), optar por un bloqueo fascial sería más rentable desde el punto de vista analgésico, aunque el escaso tamaño muestral impide dar significación estadística a nuestros hallazgos.

Conclusiones: Los bloqueos fasciales torácicos (TB) no poseen mayor capacidad analgésica que la infiltración de la herida quirúrgica (WI) en la cirugía conservadora de mama.

El dolor postoperatorio en este tipo de cirugía es, por tanto, fácilmente controlable con técnicas de analgesia multimodal que incluyan infiltración local de anestésico.

Palabras clave: Cirugía conservadora de la mama, bloqueos fasciales torácicos, infiltración herida quirúrgica, dolor postoperatorio.

V-AN-04 LMA® GASTRO™ PARA PROCEDIMIENTOS GASTROINTESTINALES ENDOSCÓPICOS AVANZADOS: UNA SERIE DE CASOS

L. Rodríguez Rodríguez, M. Durán Aparicio, V. E. Vega Sánchez, C. Jimeno Fernández, J. Garrido Ramírez, P. Benito Saz, J. Pacheco Jiménez, M. Zaballos García
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: La complejidad y duración de los procedimientos realizados en las salas de endoscopia está aumentando, requiriendo sedación profunda o anestesia general para alcanzar el confort del paciente e inmovilidad para el endoscopista. Además, los pacientes sometidos a estas técnicas frecuentemente asocian comorbilidades importantes y son colocados en decúbito prono. Para pacientes con alto riesgo de desarrollar eventos adversos relacionados con la sedación (EARS), la sedación profunda sin intubación orotraqueal (IOT) parece acarrear un mayor riesgo de hipoxemia y necesidad de maniobras sobre la vía aérea, incluyendo la reconversión a IOT, mientras que la anestesia general asocia mayor incidencia de hipotensión y arritmias. El uso de la LMA® Gastro™ (LMA-G) está aumentando como una opción eficaz para pacientes de bajo y alto riesgo sometidos a procedimientos endoscópicos avanzados.

Descripción de los casos: Presentamos nuestra experiencia con 3 casos en los que hemos empleado la LMA-G en procedimientos endoscópicos avanzados: 1) mujer de 45 años, asmática y obesa mórbida admitida para quistogastrostomía ecoendoscópica; 2) mujer de 90 años ASA III; 3) varón de 68 años ASA IV con insuficiencia respiratoria, ambos para colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). La paciente 2 se había sometido a una CPRE no exitosa la semana previa. Cada participante aportó el consentimiento informado. La inducción y el mantenimiento anestésico se realizaron con propofol y remifentanilo. La LMA-G fue insertada en posición lateral en la paciente 1 y en decúbito prono en los pacientes 2 y 3. En la paciente 1 se realizó una inserción guiada de la LMA-G, pasando el ecoendoscopio a través del canal lubricado de la LMA-G e intubando el esófago antes del deslizamiento de la LMA-G hasta la vía aérea. En los otros dos casos la LMA-G se colocó de acuerdo con las instrucciones del fabricante y posteriormente se avanzó el endoscopio. Los tres fueron conectados al circuito respiratorio y mantuvieron ventilación espontánea durante toda la técnica. No se produjeron eventos cardiovasculares ni respiratorios. Los procedimientos acabaron de forma satisfactoria para los pacientes 1 y 3. Sin embargo, el endoscopista solicitó retirar la LMA-G en la paciente 2 al experimentar dificultades para canular la vía biliar. Pese a su retirada la CPRE no fue exitosa.

Discusión: La hipoxemia, obstrucción de vía aérea e hipoventilación son las complicaciones más comunes experimentadas durante sedación profunda para procedimientos endoscópicos avanzados. La anestesia general con IOT se recomienda para pacientes con alto riesgo de EARS (ASA ≥ 3 , alto índice de masa corporal, apnea obstructiva del sueño, comorbilidades graves) porque se asocia a una menor incidencia de estos eventos. Sin embargo, evidencia reciente sugiere que la LMA-G es una alternativa válida que proporciona una vía aérea abierta y la posibilidad de ventilación con presión positiva en caso de ser necesario. El canal para el endoscopio se alinea con la entrada al esófago. Este canal, así como la superficie convexa, deben ser lubricados previamente a su inserción. De acuerdo con la literatura, la LMA-G es fácil de colocar incluso en posición lateral o decúbito prono y proporciona condiciones de movilidad adecuadas para el endoscopista. En relación con la paciente 2 el endoscopista sentía que la LMA-G podía estar interfiriendo con su capacidad de maniobra. Sin embargo, no experimentó mejoría significativa tras la retirada. El ecoendoscopio es más grueso que un endoscopio estándar y de acuerdo con nuestra experiencia una inserción de la LMA-G guiada sobre el ecoendoscopio resulta más fácil para el endoscopista, sin interferir con la colocación de la LMA-G. Las ventajas sobre una IOT son reducción de las necesidades de anestésicos, no necesidad de relajantes neuromusculares y tiempo de recuperación menor. La facilidad de inserción puede resultar de ayuda cuando existe una necesidad urgente de controlar la vía aérea del paciente en decúbito prono, reduciendo el retraso que puede causar el reposicionamiento a decúbito supino.

Conclusiones: La LMA-G puede ofrecer una alternativa razonable para el control de la vía aérea durante procedimientos endoscópicos avanzados.

Palabras clave: LMA-Gastro, dispositivo supraglótico, procedimiento endoscópico, sedación.

V-AN-05 ANESTESIA INTRADURAL CON DOSIS BAJAS DE PRILOCAÍNA PARA BIOPSIA DE PRÓSTATA POR FUSIÓN EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

S. González Santillana, C. Menéndez Suárez, P. Cabrerizo Torrente, M. Zaballos García
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Evaluar la efectividad de dosis bajas de prilocaina en pacientes sometidos a biopsia prostática por fusión RMN-Ecografía en régimen de CMA.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en 12 varones programados para biopsia prostática por fusión. Se realizó anestesia intradural en posición de sedestación administrándose prilocaína al 2 % hiperbara. Se mantuvo dicha posición durante dos minutos colocando a continuación al paciente en posición de litotomía. Se recogieron datos demográficos, dosis total prilocaína administrada, evolución del bloqueo sensitivo y motor (escala de Bromage), duración del procedimiento (min), alteraciones hemodinámicas (FC < 50 lpm, hipotensión: presión arterial sistólica [PAS] < del 30 % del basal). Durante su estancia en URPA se registraron los tiempos hasta levantarse al sillón y deambulación, dermatoma bloqueado al alta (en caso de persistir), presencia de retención urinaria, dolor (ENV) a la entrada y a la salida de la URPA.

Resultados:

- La edad media de los pacientes fue de 66 años y en su mayoría (83 %) presentaron una clasificación ASA II y ASA I el 17 % restante. El tiempo medio de cirugía fue de 58 min.
- Dos pacientes recibieron 24 mg de prilocaína y los diez restantes recibieron 20 mg.
- El 83 % de los pacientes no presentó bloqueo motor (Bromage 0) y en 2 casos el bloqueo motor fue a nivel de la cadera (Bromage 1).
- El nivel de bloqueo sensitivo máximo alcanzado fue de L1 en 6 de los pacientes, T12 en dos de ellos y T10 en los 4 restantes.

- Se registró un episodio de hipotensión con disminución del 30 % del valor basal de la PAS que respondió a la administración de vasopresores. No se observaron episodios de bradicardia.
- Ningún paciente presentó dolor a la llegada o a la salida de la URPA. Se registró un caso de retención urinaria que precisó sondaje, sin que ello impidiese su posterior alta domiciliaria. El tiempo medio hasta la deambulación fue de 91 min.

Conclusiones: La anestesia intradural con dosis bajas de prilocaína al 2 % hiperbara ha sido eficaz en la biopsia prostática por fusión adaptándose a los tiempos de duración del procedimiento, con mínimos efectos adversos hemodinámicos y manteniendo unos tiempos de recuperación postoperatorios óptimos.

Esta técnica representa una alternativa frente a otras opciones anestésicas como la sedación profunda o la anestesia general con dispositivos supraglóticos, ya que garantiza una adecuada inmovilidad, evita el compromiso de la vía aérea, permite la colaboración del paciente y facilita su recuperación y alta precoz de la unidad de CMA.

Palabras clave: Prilocaína, intradural, biopsia fusión.

CIRUGÍA

V-CI-01 MANEJO DE LA CIRUGÍA TIROIDEA Y PARATIROIDEA EN RÉGIMEN DE CMA

M. de la Fuente Bartolomé, M. L. Sánchez de Molina Ramperez, C. García Vasquez, M. V. Vieiro Medina, L. Alonso Murillo, C. Rihuete Caro, M. de Mingo Martín, S. Jiménez de los Galanes Marchán

Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro, Madrid

Introducción: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) ha demostrado ser coste-efectiva manteniendo la calidad asistencial y la seguridad del paciente. En la cirugía tiroidea y paratiroidea resulta controvertido debido a las complicaciones a las que se asocia dicha cirugía: el hematoma asfíctico, la lesión recurrencial y la hipocalcemia.

El objetivo es valorar nuestros resultados en cirugía del tiroides y paratiroides en régimen de CMA.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con indicación de hemitiroidectomía o paratiroidectomía enfocada en régimen CMA entre enero de 2019 y diciembre de 2019. Los pacientes acuden a la zona de quirófanos 1 h antes de la intervención, y se mantienen 6 h en observación en el postoperatorio. Posteriormente son dados de alta a domicilio si cumplen los criterios:

- Signos vitales y tensión arterial estables.
- No equimosis, hematomas ni tumefacción cervical.
- No disfonía, disnea o disfagia.
- Buena tolerancia oral para líquidos.
- Control adecuado del dolor con tratamiento oral.
- Deambulación correcta.
- Comprensión de las instrucciones.
- Capacidad para el cuidado personal.
- Adecuado soporte domiciliario.
- Posibilidad de control telefónico.

Posterior seguimiento en consulta a las 6 semanas de la cirugía y llamada por parte de enfermería a las 24 h.

Resultados: En el Hospital Universitario Infanta Elena, durante el 2019 se intervinieron 46 hemitiroidectomías y 11 paratiroidectomías localizadas.

En las 46 hemitiroidectomías realizadas, la tasa de ambulatorización observada fue del 98 % (45). El 2 % (1) de los pacientes se programó desde la consulta con ingreso, debido a la edad y comorbilidad del paciente.

De las CMA, el 72 % (33) fueron dadas de alta a las 6 h de la cirugía (CMA pura), y el 26 % (12) precisaron una estancia menor de 12 h en el hospital (*overnight stay*). La causa de la noche de ingreso fue en 6 de los 12 pacientes haberse realizado la cirugía en horario tarde.

De los 12 pacientes en *overnight*, el 25 % (3) presentaron seroma leve relatado por el paciente, ya resuelto en la revisión de consulta (no objetivado por facultativo) y el 8 % (1) clínica de nervio laríngeo superior, mejorando en el momento de la revisión.

De los 33 pacientes en CMA-pura, encontramos un 9 % (3) de seromas leves ya resueltos en el momento de la consulta. Un 6 % (2) de infecciones de herida que precisa curas en el centro de salud, un 3 % (1) clínica de nervio laríngeo superior y un 3 % (1) de clínica de NLR sin lesión constatada por ORL (fibrobroncoscopia sin parálisis ni paresia en la revisión).

Las complicaciones no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$) si comparamos los pacientes CMA-pura con los CMA-*overnight*.

En las 11 paratiroidectomías, la tasa de ambulatorización observada fue del 100 %. De ellas, el 64 % (7) de manera CMA-pura y el 36 % (4) precisaron una estancia menor de 24 h en el hospital (*overnight stay*). Los motivos del ingreso fueron: 25 % (1) cirugía de tarde, 25 % (1) posibilidad de síndrome de hueso hambriento tras la cirugía y 50 % (2) exploraciones cervicales por no visualizar la glándula en el abordaje selectivo. Ninguno con ingreso mayor a 24 h. En el resultado de AP encontramos 9 adenomas, 1 hiperplasia y 1 paratiroides sin alteraciones.

Como complicaciones: ninguna en relación con la herida y 1 lesión del NLR advertida en la intervención.

Por tanto, nuestra tasa de ambulatorización en hemitiroidectomías y paratiroidectomías es cercana al 100 % y el índice de ingresos no deseados (entendiendo no deseados como *overnight*) fue del 36 % para la paratiroidectomía y del 26 % en la cirugía del tiroides. Ningún paciente presentó complicaciones mayores en su domicilio. El grado de satisfacción fue alto o muy alto en la mayoría de los pacientes.

Conclusiones: La paratiroidectomía con abordaje selectivo y la hemitiroidectomía realizada por cirujanos expertos en pacientes seleccionados, es segura y efectiva en régimen ambulatorio.

Hay que destacar la importancia de la especialización en la cirugía endocrina y sobre todo en la cirugía ambulatoria.

ria, donde la morbilidad debe ser mínima. Todos nuestros pacientes fueron intervenidos por cirujanos con dedicación a la cirugía endocrina, con el apoyo de la nueva tecnología y la infraestructura del Servicio de CMA.

El principal obstáculo para llevar a cabo la ambulatorización de estos procesos es el sangrado posoperatorio. El sangrado tras la tiroidectomía en el posoperatorio inmediato tiene una incidencia entre el 0,5 y el 3 % de los casos, siendo más frecuente en las primeras 6 h (75 %) y excepcional después de las 24 h del posoperatorio.

La utilización de las nuevas tecnologías (ultracisión, ligasure) en la coagulación y el sellado de los pedículos vasculares nos han permitido no solo no hacer suturas y recortar el tiempo quirúrgico, sino incrementar los niveles de seguridad en el aspecto del sangrado postoperatorio.

En nuestra serie, con una vigilancia de 6 h, no hubo ningún reingreso por esta causa.

Palabras clave: CMA, cirugía ambulatoria, hemitiroidectomía, paratiroidectomía.

V-CI-02 PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA Y MALIGNA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

C. Zaragoza Fernández, A. García-Vilanova Comas, J. Medrano González, V. Gumbau Puchol, C. Fuster Diana, C. Castañer Puga

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar una serie de pacientes intervenidos quirúrgicamente de patología mamaria benigna y maligna en régimen de CMA durante el año 2017 para evaluar la evolución de las indicaciones de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Métodos: Se realiza estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de patología mamaria en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV) en el año 2017, estudiando el número de pacientes incluidas en programa de CMA, el tipo de procedimientos quirúrgicos realizados, el índice de sustitución (IS), la tasa de ingreso (TI) y causas de conversión a ingreso, complicaciones postoperatorias y el índice de satisfacción. Se compara con el año 2013.

Conclusiones: En 2017 se realizaron 396 intervenciones por patología mamaria a 379 pacientes, siendo de pato-

logía mamaria benigna (PMB) 167 pacientes a los que se realizaron 170 intervenciones y de patología mamaria maligna (PMM) 212 pacientes a las que se realizaron 226 intervenciones. El IS para la patología mamaria global es del 72,8 % y para PMB fue 93,4 %. El IS para PMM fue 57,2 %, que ha progresado en los últimos años desde el 45,4 % en 2013. La tasa de ingreso inesperado (TI) de la PMM fue del 14,1 %, mientras que en la PMB fue del 0,6 %.

En PMM del CHGUV el IS ha aumentado y la TI se modifica por la indicación de vaciamiento axilar tras estudio extemporáneo de ganglio centinela. La CMA para el tratamiento de la patología mamaria benigna y maligna es viable, segura y eficiente.

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, cáncer de mama.

V-CI-03 UN AÑO DE PANDEMIA: ¿CÓMO HA AFECTADO A NUESTRA ROTACIÓN EN CMA?

J. D. Turiño Luque, R. Pérez Rodríguez, A. Neuhaus Nevado, A. Cruz Muñoz, A. Cabello Burgos, J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Conocer el efecto de la pandemia por SARS-CoV-2 a la formación del residente en nuestra unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y corta estancia.

Métodos: Análisis de las intervenciones realizadas por residentes desde enero de 2015 a marzo de 2021 en nuestro centro de CMA y Corta Estancia. Estudio observacional descriptivo del número y tipo de cirugía realizada por los residentes de segundo año durante su rotación en nuestra unidad por grupo de patología (proctología, pared abdominal, supramesocólica y piel y partes blandas) en régimen de CMA y Corta Estancia.

Se crearon dos grupos para comparación de los datos: grupo A pre-pandemia compuesto por 9 residentes y un grupo B o pandemia que engloba 3 residentes.

Se empleó los datos de registro de la unidad y su análisis mediante el programa SPSS 15.0 y EPIDAT 3.1.

Conclusiones: Se intervinieron un total de 5326 pacientes durante el global del estudio, en el grupo A con 4591 (86,2 %) y el grupo B con 735 (13,8 %).

Durante el periodo pre-pandémico el porcentaje de pacientes programados de ingreso fue del 23,24 % (n = 1068) frente al 19,73 % (n = 145) del grupo B, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,034$).

El número de sesiones quirúrgicas en el periodo pre-pandemia fue de 267,7 sesiones/año frente a las 171 sesiones del grupo de pandemia. El número de pacientes por sesión en el grupo A se situó en 3,55 pacientes/sesión frente a los 2,99 en el grupo B.

Durante el primer periodo, 859 de los 4591 pacientes fueron intervenidos por residentes (18,71 %) frente a 203 intervenidos en el grupo B de los 735 (27,62 %) siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Por distribución de patologías:

- Pared abdominal grupo A 459 pacientes (19,27 %) frente al 22,98 % del grupo B (n = 91) ($p = 0,086$).
- Piel y partes blandas grupo A 16 pacientes (4,52 %) frente al 14,81 % del grupo B (n = 4) ($p = 0,062$).
- Proctología grupo A 296 pacientes (27,16 %) frente al 41,75 % del grupo B (n = 86) ($p < 0,001$).
- Supramesocólico grupo A 88 pacientes (11,5 %) frente al 20,75 % del grupo B (n = 22) ($p = 0,007$).

Palabras clave: Pandemia, rotación, residente, CMA.

V-CI-04 EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y LAS COMPLICACIONES DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA

M. Moregues Casanova, C. Payá Llorente, A. Ríos Agudo, M. Ramón-Baviera Martínez, J. Mir Labrador, A. Salvador Martínez, C. Zaragoza Fernández
Consorcio Hospital General Valencia

Introducción: La coleditiasis es un hallazgo habitual que con frecuencia produce sintomatología de cólicos biliares de repetición y episodios infecciosos agudos de coledistitis o pancreatitis. El gold estándar de tratamiento de esta patología es la coledistectomía laparoscópica. Este abordaje ha superado a la técnica abierta en cuanto a la reducción del dolor y del íleo intestinal postoperatorio, además de reducir la estancia hospitalaria de los pacientes de tal forma que se ha llegado a incorporar este procedimiento al régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Objetivo: Recoger y dar a conocer el porcentaje de coledistectomías laparoscópicas realizadas en régimen ambulatorio en el servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) de nuestro hospital y las complicaciones perioperatorias asociadas.

Métodos: Se recogieron un total de 801 pacientes intervenidos bajo anestesia general entre enero del 2000 y marzo 2021, realizándose coledistectomía laparoscópica por presentar coleditiasis sintomática. De estos, 605 eran mujeres y 196 hombres, siendo la edad media 52 años.

Como criterios de inclusión se establecieron: diagnóstico de coleditiasis sintomática o pólipo vesicular sintomático; criterios sociofamiliares de CMA; ASA I, II y III bien compensados; aceptación voluntaria del régimen ambulatorio.

Los pacientes fueron los primeros del parte quirúrgico y, tras la intervención, permanecieron en la Unidad de Reanimación Postquirúrgica, siendo dados de alta a su domicilio antes de las 10 horas. Tras 7-10 días se retiraron las grapas en su ambulatorio y fueron citados un mes tras la intervención para revisión en consultas externas.

Resultados: La indicación principal de coledistectomía fue la coleditiasis sintomática con episodios de cólico biliar, excepto en uno de los pacientes que presentaba dispepsia biliar con microcristales de colesterol.

En 776 (96,87 %) pacientes se consiguió finalizar el procedimiento por vía laparoscópica, mientras que en 25 (3,12 %) de ellos se requirió conversión a cirugía abierta. Las causas fueron dificultades técnicas por coledistitis en 8 (32 %), hemoperitoneo en 11 (44 %), abdomen bloqueado en 4 (16 %) y lesión de la vía biliar en 2 (8 %).

En cuanto a complicaciones perioperatorias, se observaron un total de 21. En el quirófano se produjeron dos lesiones de la vía biliar principal; reconstruyéndose un caso con tubo de Kher y realizándose en el otro una hepático-yeyunostomía. En cuanto a complicaciones postoperatorias agudas se registraron: 12 biliorragias, de las cuales 3 requirieron 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.

Del total, 391 (48,81 %) pacientes fueron dados de alta en < 10 h y 353 (44,06 %) permanecieron ingresados < 24 h. Tan solo 56 (7 %) pacientes permanecieron ingresados > 24 h (37 con ingreso entre 24-48 h, 16 pacientes entre 5-7 días y 3 entre 7-14 días).

Todos los pacientes fueron atendidos tras un mes en las consultas externas. En ningún caso se objetivaron alteraciones analíticas. En cuanto a morbilidad postoperatoria tardía, 7 pacientes presentaron eventración periumbilical, 1 presentó Odditis, 1 episodios de despeños diarreicos tras la ingesta que remitieron tras tres meses, 1 un hematoma en el lecho vesicular y 2 coledocolitiasis residual. En total, se observó una morbilidad acumulada del 6,36 % (51 pacientes).

Conclusiones: Tras los resultados obtenidos, se observa que la colecistectomía laparoscópica ambulatoria se trata de un procedimiento seguro y reproducible, con un bajo índice de complicaciones y una morbilidad similar a las realizadas con ingreso. El aumento de intervenciones ambulatorias podría suponer una disminución de los costes hospitalarios, así como de las listas de espera para esta patología tan frecuente.

Palabras clave: Colecistectomía, laparoscopia, cirugía ambulatoria.

V-CI-05 INFLUENCIA DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA UNIDAD DE PARED ABDOMINAL AVANZADA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES: INTERVENCIONES EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

M. Fernández Baeza, M. Santidrián Zurbano, M. Domínguez Bastante, J. L. Díez Vigil, A. Mansilla Roselló, A. Gómez Arroyo

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: En el presente trabajo se plantea una hipótesis consistente en suponer que se ha reducido la actividad asistencial quirúrgica realizada en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) por la Unidad de Pared Abdominal del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) desde el inicio de la pandemia por COVID-19. Por lo tanto, se establecen los siguientes objetivos:

1. Determinar la existencia de una disminución de las intervenciones quirúrgicas programadas desde el inicio de la pandemia con respecto al año 2018.
2. Determinar la existencia de un retraso en intervenciones quirúrgicas programadas desde el inicio de la pandemia debido a la infección de los pacientes por COVID-19.
3. Determinar la existencia de infecciones nosocomiales por COVID-19 en pacientes intervenidos durante la pandemia.

Métodos: *Pacientes:* el actual trabajo es un estudio descriptivo retrospectivo en el cual se analizan los datos de pacientes intervenidos de forma programada en CMA por la Unidad de Pared Abdominal del HUVN de Granada desde marzo hasta diciembre de 2020.

Criterios de inclusión: se incluyeron a todos los pacientes intervenidos de patologías en relación con la pared abdominal de forma programada en el periodo anteriormente descrito en régimen de CMA (estancia menor de 24 horas).

Criterios de exclusión: fueron excluidos del estudio los pacientes que no cumplían las condiciones mencionadas, así como pacientes que, aun estando incluidos en el registro de demanda quirúrgica del HUVN, fueron intervenidos en un centro privado.

Para llevar a cabo este estudio, se elaboró una base de datos en la que se incluyó la información recogida del archivo histórico del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN).

Material y métodos: en cada paciente se analizaron las siguientes variables:

- Variables epidemiológicas:
 - Edad: años en el momento de la intervención quirúrgica.
 - Sexo: varón o mujer.
- Variables relacionadas con la infección por SARS-CoV-2:
 - PCR: resultado positivo o negativo de la prueba reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en exudado nasofaríngeo tanto previa como posteriormente a la intervención. Preoperatoriamente se ha obtenido el resultado de la mayoría de los pacientes (se excluye el periodo comprendido entre el 1 y el 15 de marzo y el del 24 de junio y el 20 de julio). No obstante, no se ha procedido a un estudio postoperatorio reglado de la infección por COVID-19. En los casos en los que se tiene constancia de un resultado positivo o negativo de la PCR es porque esta se ha realizado por otra causa. Sí se ha comprobado en la historia clínica de salud la presencia o ausencia de síntomas COVID-19, así como los episodios de primaria para ver consultas por este mismo motivo.
- Variables relacionadas con la intervención quirúrgica:
 - Fecha prevista para la intervención: día programado para la cirugía.
 - Fecha de la intervención: día en que se realiza la cirugía.
 - Tipo de intervención: urgente o programada.
 - Tipo de patología.

- Variables relacionadas con la supervivencia:
 - Éxito debido a la patología por la que se incluyó en registro de demanda quirúrgica: sí o no.

Análisis estadístico: a través del programa informático Excel se analizaron las variables recogidas. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la serie. Se han calculado medidas de frecuencia absoluta y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central en el caso de las variables numéricas.

Conclusiones: Variables estudiadas:

- Variables epidemiológicas: durante el periodo que duró el estudio, se intervinieron 202 pacientes por parte de la Unidad de Pared Abdominal y CMA en régimen de CMA. De ellos, 152 (75,24 %) eran varones y 50 (24,76 %) eran mujeres. La edad media global de los pacientes fue $57 \pm 15,22$ años.
- Variables relacionadas con la infección por SARS-CoV-2. De los 202 pacientes de la serie, 2 de ellos (0,01 %) presentaron PCR positiva para SARS-CoV-2 los meses previos a la intervención quirúrgica. Sin embargo, en uno de ellos, esta PCR positiva se reveló en el preoperatorio, suponiendo un retraso de tres meses en la intervención, realizándose esta en enero de 2021, por lo que no se contabiliza para el análisis estadístico. En otros 3 casos (0,01 %) la PCR se positivizó en el periodo de tres meses posteriores a la intervención. Sin embargo, hay que destacar que, siguiendo las recomendaciones de Medicina Preventiva, durante el mes de marzo y en el periodo transcurrido entre el 24 de junio y el 20 de julio de 2020 no se realizaron PCR sistemáticas previas a la cirugía, ya que la incidencia de la enfermedad no superaba los casos. Por último, al realizar una comparación de estos datos con los del año 2018, evidenciamos un menor número de intervenciones quirúrgicas programadas (202 vs. 342 (sin tener en cuenta lipomas), reducción en números absolutos de 140 intervenciones, lo que supone el 5,9 %) presumiblemente ocasionado por la pandemia y las medidas sociopolíticas adoptadas por la misma.
- Variables relacionadas con la intervención quirúrgica: todos los pacientes incluidos en este estudio fueron intervenidos de manera programada. Al realizar una comparación entre la fecha prevista de la intervención quirúrgica y la fecha de realización de la misma, encontramos que 7 pacientes (3,52 %) sufrieron un retraso de la cirugía. No obstante, en ninguno de los casos el retraso fue debido a una infección por SARS-CoV-2, mientras que en un paciente (0,05 %) fue por infección respiratoria no filiada. En lo referente al tipo de patología, de los 202 pacientes de la serie, 20 fueron intervenidos de lipoma, 1 de quiste

sebáceo, 6 de hernia crural (HC), 15 de hernia epigástrica (HE), 16 de hernia inguinal bilateral (HIB), 108 de hernia inguinal unilateral (HIU), 27 de hernia umbilical (HU), 3 de hernia de Spiegel (HS), 13 de eventración y 4 de otra patología distinta (endometrioma umbilical, fibroma péndulo, granuloma por infección de malla y leiomioma de pared abdominal). Varios pacientes se intervinieron en el mismo acto quirúrgico de dos patologías distintas, lo que supone un total de 213 intervenciones.

Es interesante destacar que 27 de las 114 intervenciones por hernia inguinal (23,68 %), bien fuese bilateral o unilateral, se realizaron con la técnica de laparoscopia Totalmente Extraperitoneal (TEP), implementada en el año 2019 en el servicio.

Además, del total de eventroplastias (13), más de la mitad (53,84 %) se debieron a eventraciones de los puertos de laparoscopia, siendo 5 de ellas una eventración M3W1 por el trocar de 12 mm umbilical.

- Variables relacionadas con la supervivencia: al analizar la variable éxito, evidenciamos que ningún paciente falleció debido a la patología por la que estaba incluido en el registro de demanda quirúrgica.

Discusión y conclusiones: La pandemia causada por el SARS-CoV-2 ha ocasionado una reestructuración de los servicios quirúrgicos hospitalarios, con la consecuente reducción de la actividad quirúrgica programada no oncológica.

En lo referente a la infección por el virus SARS-CoV-2, demuestra que en las intervenciones programadas para CMA ningún paciente presentó PCR positiva de forma preoperatoria. Sin embargo, sí se dio el caso de pacientes que aun estando en lista de espera quirúrgica y con vistas a realizarse la intervención próximamente, finalmente no se pudieron programar por ser positivos para COVID-19 en ese momento. Tampoco hubo ningún caso de COVID-19 nosocomial.

Dentro de los pacientes intervenidos de forma programada, no hubo ningún caso de éxito debido a la patología por la cual estaba en el registro de demanda quirúrgica.

Por todo ello podemos concluir que la cirugía en régimen de CMA puede considerarse segura en época de COVID-19. Dada la corta estancia hospitalaria y la baja morbilidad a priori de las intervenciones que se realizan, el riesgo de contagiarse de COVID-19 es bajo, asumiendo siempre que se toman todas las medidas preventivas necesarias. No obstante, para que pueda llevarse a cabo es necesario que el equipo de quirófano al completo esté disponible, anestesia y enfermería incluida.

Palabras clave: Cirugía, Mayor, Ambulatoria, COVID-19, intervención.

V-CI-06 EVALUATION OF PATIENT'S SATISFACTION AFTER VASECTOMY

C. Marramaque Matos Vital Miranda, P. Costa, D. Pereira, D. Araújo, R. Rodrigues, S. Bastos
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia, Portugal

Objectives: Vasectomy is an effective, safe and low-cost permanent family planning method.

Tubal ligation, in spite of equally effective, requires general anesthesia, longer recovering time and has more serious potential complications. Despite vasectomy clear advantages, the use of contraceptive methods is mostly focused on the female, being tubal ligation performed two to three times more often.

In our institution, vasectomy is done in an outpatient setting under local anesthesia and the two incision technique. The purpose of this study was to implement a satisfaction inquiry to vasectomized patients, characterize the studied population and determine which variables influence men's satisfaction the most, so patient's opinion can be used to improve the quality of the health services provided.

Methods: After Ethical Institutional Committee approval, a retrospective observational study was conducted. A satisfaction survey through telephone call was performed to every patient that underwent a vasectomy procedure between 2019 and 2020. Exclusion criteria were not answering the phone after five attempts.

The survey consisted in five sociodemographic questions, four questions about previous contraceptive method, knowledge about reversibility of vasectomy, post-operative complications and sexuality changes and eight questions in which the patient was asked to score from 1 to 10, being 10 the highest, the quality of medical information given before the procedure, satisfaction with the surgeon, patient's expectations, level of anxiety, waiting time until surgery, intra-operative pain, global satisfaction and likelihood of recommending it to a friend.

All statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics 25[®]. Categorical variables were presented as frequencies and percentages and continuous variables as means and standard deviation. A normal distribution was assumed using the Central Limit Theorem. A bivariate analysis was carried using chi-square test for categorical variables and Pearson correlation for continuous variables. Simple linear regression was used to measure the impact of post-operative complications and sexual health changes in patient's satisfaction. A multiple linear regression was applied to

identify variables that made important contributions for patient's satisfaction. All reported p values were two-tailed, with p value of 0.05 indicating statistical significance.

Conclusions: In the analyzed period a total of 129 vasectomies were preformed. The response rate of our survey was 92 % (n = 119). The mean age of the patients was 42 years, ranging from 28 to 69 years. The majority was married (76.5 %) and partner's mean age was 39 years. Most couples had 2 children (49.6 %) and only two patients had no offspring (1.7 %). Many of our patients had only basic education (37.5 %). Despite knowledge about patient's characteristics can guide doctors in their pre-vasectomy counsel, literature related to presterilization variables is scarce.⁵

Before vasectomy the preferred contraceptive method was the birth control pill (52.1 %), followed by condom (26.1 %) and intrauterine contraceptive device (7.6 %). The preferential use of a female contraceptive methods, shows that is important for physicians to help men having a more comprehensive involvement in reproductive health.

Globally patients scores were positive in all parameters evaluated and overall satisfaction was very good, with a mean classification of 9.30 ± 0.99 (95 % CI = 9.1 to 9.5). Pearson correlation test showed a statistically significant relationship between satisfaction and quality of medical information ($p < 0.01$), satisfaction with the surgeon ($p < 0.01$) and patient's expectations ($p = 0.04$). Waiting time until surgery ($p < 0.01$) and intra-operative pain ($p = 0.02$) both had a negative correlation with satisfaction.

Regarding anxiety, studies show that it's mostly related to fear of pain, damage of sexual function and fear of the unknown, and highlight the value of prevasectomy counseling. In our sample, subjects showed moderate anxiety, with a mean score of 4.5, and no association with pre-operative medical information was found.

Most patients didn't report sex life changes, of those who did (14.3 %), the domain of satisfaction and orgasm were the ones most affected. A negative relationship between changes in sex life and satisfaction scores was established ($p < 0.01$, $\beta = -0.75$, 95 % CI = -1.2 to -0.2), with the libido domain being the only one that also had a statistically significant relationship ($p = 0.01$, $\beta = -2.3$). In contrast, most articles describe either unchanged or improved sexual function, with a positive impact in desire, sexual satisfaction and increased sexual intercourse.

Self-reported complication rate was 25.1 % compared to the 10 % recorded by Philp et al. There was one report of lesion of the spermatic cord that culminated in orchiec-

tomy (0.84 %), all other complications were minor. The reported infection rate of 7.6 % was higher than the 0.2 to 1.5 % described by Dohle et al. On the other side, pain and hematoma occur in a smaller percentage than the reported in literature. The reason for having more complications in this study might be due to the two incision technique used, since the no scalpel approach has the advantage of less infections, fewer hematomas and reduced pain during and after surgery. Post-operative complications showed a negative association with overall satisfaction ($p=0.02$, $\beta = -0.65$), and dehiscence was the only complication with a statistically significant relationship to patient's satisfaction ($p < 0.01$, $\beta = -2.4$, 95 % CI= -3.5 to -1.3).

Multiple linear regression using variables with a statistically significant correlation with overall satisfaction on the bivariate analysis, showed that increased waiting time until surgery and complications were the only two independent variables associated with a decrease in overall satisfaction, with $\beta = -0.22$, 95 % CI = -0.10 to -0.25 and $\beta = -0.55$, 95 % CI = -1.05 to -0.06, respectively. On average, patients waited 91 days between the consultation and surgery date, this time is probably exacerbated since the period studied encompassed the beginning of COVID-19 pandemic. In

order to decrease the rate of complications, adopting a no scalpel technique can be considered.

The retrospective design of this study was its most important limitation. Furthermore, our findings may have been influenced by recall bias because data was acquired via survey format.

Vasectomy can be the contraceptive method of choice in cases of completed family planning, with high levels of patient's satisfaction and probability of recommending the procedure to others.

On a multivariable analysis, postoperative complications and waiting time until surgery were the only independent variables associated with satisfaction. Nevertheless, a careful prevasectomy counseling, is still essential to educate patients, improve confidence and make the process a positive experience.

Palabras clave: Vasectomy, satisfaction, surgery, survey.

ENFERMERÍA

V-EN-01 GESTIÓN ÓPTIMA DE LA TEMPERATURA DEL PACIENTE PERIOPERATORIO

A. Fernández Carrera, R. Domínguez Fernández, E. Yanguas Cubo, M. A. Durán García, A. Pereda Gil
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Objetivos:

- Conocer y prevenir la hipotermia accidental perioperatoria y sus posibles complicaciones.
- Detectar los pacientes con factores de riesgo de hipotermia accidental o no intencionada.
- Manejar de forma efectiva el calentamiento del paciente perioperatorio mediante el uso de los dispositivos disponibles.

Métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Pubmed, Cochrane, Cuiden, Scielo...). También se han revisado varias guías de práctica clínica (SEDAR, NICE, Prevención y tratamiento de la hipotermia).

Resultados: Se ha comprobado que numerosos pacientes presentan una temperatura postoperatoria excesivamente baja. Esta hipotermia perioperatoria no intencionada es una grave y frecuente complicación que produce una mayor morbimortalidad y un aumento de los costes sanitarios.

Ha sido documentado un aumento de la incidencia de infección de herida quirúrgica, de coagulopatía, complicaciones cardíacas, retrasa el despertar del paciente, produce temblores y disconfort y aumenta la mortalidad del paciente politraumatizado.

El mantenimiento de la normotermia durante el periodo perioperatorio reduce los costes asociados al procedimiento al disminuir las complicaciones (fundamentalmente la infección de herida quirúrgica) y la estancia hospitalaria.

Debemos conocer, además, los pacientes con mayor susceptibilidad, por presentar algún factor de riesgo para sufrir una hipotermia perioperatoria, además de las cirugías que tiene mayor probabilidad de producirla.

También el uso de premedicación sedante actúa como vasodilatador, produciendo la pérdida de calor y disminuyendo la temperatura.

Por todo ello, la mejor medida, es prevenir la hipotermia utilizando medidas de precalentamiento.

Se debe realizar el precalentamiento de todas las personas que se vayan a someter a cirugías con una duración estimada de 30 minutos. Para ello la temperatura de la piel debe estar lo más igualada posible a la temperatura central.

Las medidas generales que se utilizan son las siguientes:

- Aumentar la temperatura ambiente para mantenerla en 21-23 °C.
- Utilizar mantas, sábanas o camas precalentadas.
- Cubrir la mayor parte del cuerpo posible del paciente.
- Usar, preferiblemente, materiales aislantes.
- Utilizar dispositivos con mantas de calentamiento de aire forzado.
- Calentar los líquidos intravenosos y los líquidos de irrigación.
- Humidificar y calentar los gases.

El mantenimiento óptimo de la temperatura del paciente mediante el precalentamiento previene la hipotermia y reduce sus complicaciones, además es una forma de proporcionar bienestar, ya que la sensación de frío puede ser percibida como desagradable, favoreciendo la aparición de ansiedad e incluso dolor.

Conclusiones: Por todo ello, según la evidencia científica disponible, se debe realizar un calentamiento preventivo en todos los pacientes que vayan a ser sometidos a cualquier tipo de cirugía con anestesia general o regional, al menos 30 minutos antes de la inducción anestésica, y con un dispositivo, preferiblemente de aire forzado, por ser el más efectivo.

No obstante, no debemos olvidar el resto de las medidas generales, como evitar la exposición de partes corporales del paciente en todos los casos; y tener un riguroso control en las situaciones en las que exista algún factor de riesgo, lo que haría necesario el uso añadido de otros dispositivos.

Palabras clave: Temperatura, normotermia, hipotermia, calentamiento.

V-EN-02 CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA EM CIRURGIA AMBULATÓRIA, QUE RESULTADOS PARA A PESSOA IDOSA E FAMÍLIA?

¹C. Nascimento, ²S. Santos, ³M. Luzia

¹Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; ²Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte; ³Centro Hospitalar do Oeste

Introdução: Com o aumento da longevidade temos vindo a assistir a um maior número de pessoas idosas submetidas

a intervenção cirúrgica (Boltz, Capezuti, Fulmer, & Zwicker, 2016; De Oliveira, Holl, Lindquist, Hackett, Kim, & McCarthy, 2015; Otulu et al., 2019; Oster & Oster, 2015). Os recentes avanços tecnológicos e científicos ao nível dos procedimentos cirúrgicos e das técnicas anestésicas, vieram modificar o paradigma dos cuidados cirúrgicos e, consequentemente, os efetuados em regime de cirurgia ambulatória (Boltz et al., 2016; Mitchell, 2016; Vieira, Carmona, Silva Pinto, & Marcos, 2017). Em crescente evolução, ao programa de cirurgia ambulatória são atribuídos 63,2 % da totalidade das cirurgias realizadas em Portugal (Administração Central dos Serviços de Saúde, 2017). A evidência científica sugere que a abordagem de enfermagem à pessoa idosa em contexto de cirurgia ambulatória deverá englobar um programa de intervenção centrado na pessoa idosa e família de forma a responder às necessidades específicas desta população (Malley et al., 2015; Olutu et al., 2019; Oster & Oster, 2015; Porrás-González, Barón-López, García-Luque & MoralesGil, 2015; Yeh, Wu, Tung, 2017; Samuelsson, Egenvall, Klarin, Lökk, Gunnarsson & Iwarzon, 2018), fomentando o autocuidado no domicílio (Göransson et al., 2017; McCormack, 2003; Mitchell, 2016; Mitchell & McCance, 2010; Renholm, Suominen, Puukka, Leino-Kilpi, 2016; Yeh et al., 2017) e diminuindo o número de readmissões hospitalares (Jones et al., 2016). A adaptação precoce da pessoa idosa e família a esta transição de saúde, a informação necessária para a gestão de uma nova condição de saúde e para o cumprimento deste programa cirúrgico, justificam a importância da consulta de enfermagem pré-operatória como um campo diferenciador da intervenção do enfermeiro em contexto perioperatório.

Objetivo: Apresentar os resultados da consulta de enfermagem pré-operatória para a pessoa idosa e família em cirurgia ambulatória.

Métodos: Com início no dia 15 de janeiro de 2020, a promoção de um ambiente terapêutico nesta consulta de enfermagem pré-operatória é facilitada através de um tempo médio de consulta de 60 minutos, de uma receção calorosa à pessoa idosa e família, presença de musicoterapia no gabinete e de uma atitude de respeito e de dignidade para com a pessoa idosa. Com uma metodologia interativa e individualizada, na qual a comunicação que se estabelece é uma dimensão estrutural para uma relação de confiança e capacidade de tomada de decisão, a consulta de enfermagem visa o acesso e a compreensão da informação, fornecendo explicações sobre a situação de saúde e procedimento cirúrgico, a gestão de expectativas, a avaliação de necessidades, de preocupações e problemas de saúde, a prestação de apoio psicossocial e ainda, o ensino sobre cuidados a realizar nos períodos pré e pós-operatórios, sempre acompanhado de informação escrita produzida. Após validação das condições necessárias para realizar a intervenção cirúrgica em

contexto de cirurgia ambulatória, a consulta pré-operatória de enfermagem termina com uma visita ao serviço dando a conhecer o circuito perioperatório.

Conclusiones: Como resultados de enfermagem para a pessoa idosa e família, destaca-se desta consulta uma avaliação global de saúde da pessoa idosa caracterizando a sua condição de saúde com maior clareza, identificando comorbilidades, polimedicação, moderado grau de dependência e baixa confiança na realização das atividades de vida diária. Verifica-se potencial risco de queda, adotando o enfermeiro uma conduta de prevenção de acidentes e antecipatória de complicações. A baixa adesão ao regime terapêutico, nomeadamente o alimentar e o exercício físico, justificam uma intervenção de apoio-educação do enfermeiro. O regime medicamentoso, a gestão de sintomas, como a dor, as alterações de eliminação, o padrão de sono alterado e a disfunção sexual são outros problemas de enfermagem identificados e trabalhados conjuntamente com a pessoa idosa e família, empoderando para estilos de vida saudável e envelhecimento ativo. Quando necessário, é feita a articulação e o encaminhamento da pessoa idosa para outros profissionais e serviços fomentando a proteção e a segurança da pessoa idosa e família nos cuidados de saúde.

Os resultados desocultados justificam a pertinência desta consulta de enfermagem pré-operatória à pessoa idosa e família, sendo uma prática que permite responder às necessidades de saúde identificadas, percecionadas e/ou expressas. Trata-se de uma intervenção que oferece à pessoa idosa a possibilidade de se responsabilizar pelo seu projeto de vida, contribuindo para a promoção da qualidade de vida. Também à profissão confere visibilidade com um significado social, com impacto e influência nos custos em saúde.

Palabras clave: Consulta de enfermagem pré-operatória, cirurgia ambulatória, pessoa idosa.

V-EN-03 AMBULATORIZACIÓN DEL PROCESO DE INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA (COLOCACIÓN DE MALLA TRANSOBTURATRIZ) MEDIANTE LA CREACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CMA

M. Torres Iglesias, A. Mendoza Azcue, M. A. Ollo Hurtado, K. Astarbe Galparsoro, M. M. Otaño Vázquez, J. M. Carrillo Echeverría
Hospital de Donostia

Introducción: La colocación de malla transobturatriz (TOT) ha supuesto un cambio en el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina, convirtiéndolo en un proceso mínimamente invasivo, que unido a una técnica anestésica de pronta recuperación lo convierte en un proceso susceptible de realizarse en una unidad de CMA.

Sin embargo, al comenzar a realizar este procedimiento en nuestra unidad, se observó que este tipo de pacientes necesitaban un seguimiento exhaustivo en el postoperatorio inmediato y un mayor número de cuidados que el paciente estándar de CMA. Además, un amplio porcentaje se quedaban ingresadas por presentar un elevado volumen vesical residual (VVR) postmiccional.

Tras realizar un análisis de la situación se comprobó que los resultados no eran los deseados e incluso se llegó a plantear la retirada de este proceso de la cartera de servicios de CMA en nuestro hospital. A su vez se observó que no existía unificación de criterios con respecto al manejo de estas pacientes, tanto en los cuidados por parte de enfermería como en los criterios de alta y manejo del VVR elevado por parte de urología. Por lo tanto, se decidió elaborar un protocolo de actuación con criterios unificados e indicaciones claras, y se adquirió un ecógrafo vesical propio para evitar sondajes intermitentes y poder realizar un mayor control periódico del volumen vesical por parte de enfermería.

Objetivos:

1. Reducir el número de ingresos por VVR elevado.
2. Unificar criterios para el manejo de estas pacientes por parte de enfermería, anestesia y urología mediante la implantación de un protocolo de actuación específico para CMA.
3. Instruir al personal de enfermería en el manejo del ecógrafo vesical.
4. Asegurar el proceso en la cartera de servicios de CMA del Hospital Universitario Donostia.

Métodos: Se crea un protocolo de actuación para unificar criterios en cuanto al manejo de las pacientes intervenidas de colocación de malla TOT por parte de anestesia, enfermería y urología:

1. Anestesia: La intervención se realiza con anestesia local y sedación.
2. Enfermería: Se realiza un control exhaustivo del volumen vesical mediante ecografía. Para ello se instruye al personal de enfermería en el manejo del ecógrafo vesical para realizar diferentes controles: seguimiento del ritmo de llenado vesical, detección precoz de retención urinaria y medición del VVR.

A su vez, se establecen mediciones ecográficas pautadas para controlar el volumen vesical de manera protocolizada:

- A la entrada en el quirófano (VVR basal).
 - A las dos horas de terminar la intervención.
 - Mediciones periódicas hasta la primera micción (control del llenado vesical).
 - Cuando refiere ganas de realizar la primera micción (volumen premiccional).
 - Después de cada micción (VVR).
3. Urología: la colocación de malla TOT se realiza con una técnica quirúrgica poco cruenta.
 4. Además, se crea un protocolo de alta con instrucciones precisas:
 - Si VVR menor de 150, se procede al alta domiciliaria.
 - Si VVR mayor de 150, se espera a una segunda micción. Si en la 2.^a micción continúa siendo más de 150, se avisa al urólogo de guardia para confirmar alta a domicilio con sonda vesical a bolsa y seguimiento ambulatorio en consulta de urología funcional hasta la retirada de la sonda vesical. Para ello se activa un dispositivo de seguimiento ambulatorio en consulta de urología funcional para las pacientes que se van a casa con sonda.
 5. Se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo desde que se abre la unidad de CMA en 2014 hasta diciembre de 2019.

Las variables a observar anualmente son el número de pacientes intervenidas de colocación de malla TOT, número de ingresos y sus causas (quirúrgicas, anestésicas o VVR elevado).

A raíz de la implantación del protocolo en enero de 2019, se añade una nueva variable: número de altas con sonda vesical y seguimiento ambulatorio en consulta de urología funcional.

Resultados:

- En 2014: 57 pacientes intervenidas y 12 ingresos (21 %): 10 por VVR elevado (17,54 %), 1 por causa anestésica y 1 por causa quirúrgica.
- En 2015: 52 pacientes intervenidas y 15 ingresos (28,9 %): 14 por VVR elevado (26,9 %) y 1 por petición de la paciente (la cual consideramos causa administrativa).
- En 2016: 64 pacientes intervenidas y 11 ingresos (18,75 %): 10 por VVR elevado (15,62 %) y 1 por causa anestésica.
- En 2017: 77 pacientes intervenidas y 11 ingresos (14,28 %): 9 por VVR elevado (11,69 %), 1 por causa anestésica y 1 por causa quirúrgica.
- En 2018: 93 pacientes intervenidas y 8 ingresos (8,6 %): 5 por VVR elevado (5,38 %), 2 por causas anestésicas y 1 por causa quirúrgica.

- En 2019: 80 pacientes intervenidas y 7 ingresos (8,75 %): 3 por VVR elevado (3,75 %), 2 por causas anestésicas y 2 por causas quirúrgicas. 7 pacientes se van de alta con sonda vesical.

Se comienza a ver un descenso de los ingresos por VVR elevado desde que se instaura el protocolo de enfermería en 2017 y continúa descendiendo en 2018. Pero es en 2019 con la implantación del protocolo de alta de urología cuando el descenso es decisivo, ya que los 3 ingresos por VVR elevado corresponden a un facultativo que no aceptó adherirse al protocolo. Por lo tanto, el número de ingresos por VVR elevado es nulo cuando se lleva a cabo el protocolo.

Conclusiones: Tras un periodo de adaptación y una curva de aprendizaje, se han ido detectando carencias y necesidades que han hecho adecuar y unificar la manera de trabajar hasta la creación de un protocolo efectivo en CMA.

También se constata la necesidad de personal cualificado e implicado en la mentalidad y filosofía de la CMA.

En vista de los resultados obtenidos, cabe mencionar que de manera involuntaria se nos ha planteado otra conclusión paralela: la importancia de trabajar en equipo para obtener los resultados deseados, puesto que llevando a cabo el protocolo se suprimen los ingresos por VVR elevado.

Por lo tanto, la colocación de malla TOT es un proceso que se puede realizar en CMA, llevando a cabo un protocolo de actuación unificado.

Palabras clave: Incontinencia urinaria de esfuerzo, malla TOT, transobturatriz, cirugía ambulatoria, ambulatorización.

V-EN-04 ENFERMERÍA UCSI EN TIEMPOS DE PANDEMIA

M. V. Rodríguez Lorenzo, M. Rocamora Gutiérrez, M. Gómez Orts, P. Albadalejo Grau, M. C. Ferrandez Berna
Hospital Universitario de Torrevieja

Objetivos: El objetivo principal es exponer los cambios que se han tenido que llevar a cabo en la unidad de UCSI durante el tiempo de pandemia para la continuidad quirúrgica y seguridad de los pacientes y personal sanitario.

Métodos: Recogida de datos de suspensiones quirúrgicas a causa de la falta de resultados PCR y posterior puesta a punto de las medidas oportunas para poder llevar a cabo

las intervenciones con total seguridad por parte de todo el personal.

Conclusiones: El trabajo realizado se basa en la remodelación de la programación quirúrgica tras la necesidad de una PCR negativa 72 h antes de la intervención.

Este hecho ha acarreado la suspensión de quirófanos, ya que para que la actividad quirúrgica pudiera ser llevada a cabo era necesario que la toma de la muestra y el resultado estuvieran disponibles antes de la hora prevista para la intervención quirúrgica.

Un resultado PCR pendiente o positivo conllevaba a la posterior suspensión e imposibilidad de sustituir al paciente afectado por falta de tiempo.

Los datos recopilados mediante tablas, gráficos y comparativas nos llevaron a la conclusión de que era necesario la realización de un circuito donde se priorizara la toma de estas muestras y el procesado dentro de nuestra área de salud.

Palabras clave: UCSI, PCR, enfermería, quirófano.

V-EN-05 TIEMPOS DE PANDEMIA: RESISTIENDO AL COVID

A. Campos Letrán¹, M. S. Francisco Pelegrina¹, J. Redaño Quiñones¹, A. J. Menacho Barroso², E. García Márquez¹, F. Aguilera Navarro¹

¹Duques del Infantado HUVR. ²Centre d'Atenció Primària Dr Martí i Julià

Introducción: La pandemia por el virus SARS-CoV-2 y la enfermedad generada COVID-19 ha provocado cambios significativos a nivel global en la forma de prestar los servicios de salud, incluida la actividad quirúrgica. Como parte de esta realidad, en España se recomendó la adopción de disposiciones enfocadas a la reanudación de la actividad.

Como consecuencia, las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se han visto obligadas a adaptarse a la nueva realidad, siguiendo el documento técnico sobre *Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante el periodo de transición de la pandemia COVID-19* del Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social.

Ello ha provocado que se lleven a cabo una serie de modificaciones para que la actividad quirúrgica pueda ser reali-

zada de la forma más segura, tanto para el paciente como para los profesionales sanitarios.

Objetivos: Realizar cribado de los pacientes programados en CMA para minimizar el riesgo de transmisión de la enfermedad.

Favorecer la seguridad tanto del paciente como del profesional proveedor de salud.

Aminorar la anulación de cirugías ocasionadas por pacientes positivos en COVID-19.

Métodos: En la fase previa a la creación de la consulta de enfermería se ha realizado una revisión del retorno de la actividad quirúrgica a través de la consulta y lectura crítica de protocolos y nuevas guías de actuación.

Dicha búsqueda se realiza en las siguientes bases de datos: Cuiden, Medline, PubMed, Cochrane Plus y Google académico. Los artículos seleccionados datan de enero 2020 hasta la actualidad, en los idiomas inglés y español.

Tras dicho análisis se procede a la creación de una consulta específica para el cribado de los pacientes programados en régimen de CMA. Esta consulta será pilotada por un profesional de la enfermería del área quirúrgica, con las competencias y habilidades necesarias.

Resultados: Creación y puesta en marcha de la consulta de cribado de enfermería, en la que se realizará un cuestionario prequirúrgico, elaborado con el fin de detectar sintomatología COVID.

Desarrollo de la consulta: el profesional de la enfermería responsable realiza una llamada telefónica 48 horas antes de la intervención a los pacientes programados. En dicha llamada el paciente o cuidador principal responderá al cues-

tionario, destinado a detectar algún indicio de sintomatología COVID. En caso de sospecha se deriva a su médico de atención primaria para estudio y seguimiento. Por otro lado, se comunica al servicio de lista de espera para la sustitución del paciente.

Si la entrevista es satisfactoria se le proporcionará una cita para la realización del test de antígeno rápido COVID-19 en el servicio de medicina preventiva. A través de SMS el paciente recibirá el resultado. En el caso de ser negativo acudiría al hospital el día de la intervención y si es positivo se pospondrá la intervención quirúrgica.

Conclusiones: Para concluir se puede afirmar que la creación de la consulta de cribado de enfermería potencia la seguridad en el proceso quirúrgico, tanto del paciente como de los profesionales de la salud.

Esta consulta además favorece diversos aspectos:

- El establecimiento de una relación de confianza paciente-enfermera.
- La valoración del estado biopsicosocial del paciente.
- La resolución de dudas.
- La reducción de la ansiedad y el temor relacionado con el proceso quirúrgico

Como consecuencia de la carencia de una consulta preanestésica de enfermería en nuestra unidad de CMA, hemos considerado y posteriormente comprobado que la consulta de cribado sería además el momento idóneo para llevar a cabo un recordatorio sobre la preparación prequirúrgica del día de la intervención.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus, procedimientos quirúrgicos ambulatorios, virus del SARS, procedimientos de enfermería, actividad quirúrgica en pandemia.

GESTIÓN Y CALIDAD

V-GC-01 GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD INTEGRADA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

L. Hidalgo Grau, D. Neira Cedrón, E. Sánchez Sáez, A. Bernabeu García

Hospital de Mataró, Barcelona

Introducción: La satisfacción de los pacientes en cuanto a la atención recibida en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) es uno de los indicadores principales en la gestión del Control de Calidad. Entraría dentro del concepto de calidad percibida y es esencial para valorar el funcionamiento de una UCMA.

Objetivos: Analizar los resultados de satisfacción de los pacientes en una UCMA de tipo integrado en un periodo de 5 años.

Material y método: Consideramos el periodo comprendido entre los años 2015 a 2019, ambos incluidos, y planteamos un estudio observacional transversal. Se realizaron encuestas telefónicas en el mes de noviembre de los años correspondientes a 300 personas elegidas al azar, entre pacientes mayores de 16 años intervenidos en la UCMA, a razón de 75 encuestas por semana. Las realizó un entrevistador con experiencia y constan de 13 ítems puntuados de 0 a 10, eran preguntas referidas al trato recibido, estado de las instalaciones, tiempos de espera y estado postoperatorio. A partir de 2016 consideramos como grupo aparte a los pacientes intervenidos por cataratas, que representan el 20 % de pacientes encuestados, dado su impacto en los resultados finales. Consideramos el género y sexo de los pacientes, su situación familiar y el nivel de estudios.

Resultados: El grado de satisfacción global de los pacientes se ha mantenido siempre por encima de 9. Por ítems considerados, se valoran por encima de 9 el trato, la confianza y la profesionalidad, siendo el peor valorado el tiempo de espera en la sala de adaptación al medio antes de ser dados de alta (90 % por debajo de 5). No existieron diferencias entre géneros, grupos de edad ni por situación familiar, pero los pacientes con mayor nivel de estudios aportaron peores resultados. En general, el grado de satisfacción fue superior en los pacientes sometidos a intervención de cataratas. En cuanto al estado postoperatorio, el síntoma que peor se valora es el dolor, aunque el 80 % de los pacientes manifiestan que estaba ausente o fue leve.

Conclusiones: El grado de satisfacción de los pacientes de nuestra UCMA es bueno. Deben mejorarse aspectos como

el tiempo de alta. Es adecuado considerar a los pacientes intervenidos por cataratas como grupo específico.

Palabras clave: Satisfacción de los pacientes, calidad percibida.

V-GC-02 IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO (UCSI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PLANA

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

Hospital Universitario de La Plana, Castellón

Objetivos: El Servicio de Anestesiología del HLP es consciente de la importancia que tiene la gestión de la calidad para garantizar el correcto funcionamiento interno y una buena percepción de los pacientes sobre el servicio sanitario prestado. Por ello, nos planteamos definir e implantar un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) basado en la Norma ISO 9001 para la actividad de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) con el fin de obtener la Certificación según la Norma 9001:2015.

Métodos: El proceso que se siguió durante 6 meses de forma intensiva, con la ayuda de una empresa externa, fue:

- Análisis del contexto de la UCSI utilizando la herramienta DAFO. Entre las principales debilidades destacaba la escasez de recursos (humanos, materiales, estructurales) y un circuito integrado CMA-cirugía ordinaria, estando en la mayoría de las ocasiones la CMA supeditada a la programación ordinaria. Entre nuestras principales fortalezas destacaba:
 - Estrecha monitorización de los indicadores de la unidad, con implantación temprana de medidas correctivas al detectar desviación del estándar establecido.
 - Consolidación y buen uso por parte de los servicios usuarios de la aplicación informática de gestión de camas “Ocupación Camas UCSI”.
- Análisis las partes interesadas, así como sus expectativas, identificando de qué forma el SGC da respuesta a las expectativas pertinentes tanto del paciente y cuidador, como trabajadores, servicios usuarios, dirección hospitalaria y Consellería de Sanitat.
- La información obtenida en el análisis del contexto y de las partes interesadas sirvió de entrada para el análisis de riesgos y oportunidades. A través de este análisis procedimos a analizar los efectos potenciales y establecimos las acciones a tomar para enfrentarnos a estos riesgos. A

su vez, establecimos la forma de controlar, prioritariamente a través de indicadores, el efecto de las acciones emprendidas.

- Definición del Sistema de Calidad. Consolidación de un sistema de información debidamente documentada: Se procedió a intensificar la protocolización y normalización de procedimientos, así como normalización de Instrucciones y Registros. Implantación inmediata del sistema.
- Establecimiento de las oportunidades de mejora con acciones y plazos definidos para las mismas, así como sistemas de seguimiento de su eficacia.
- Formación en el Sistema de Gestión de Calidad orientada a todo el personal de CMA dependiente del servicio de anestesia.
- Auditoría interna, para controlar la correcta implantación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Certificación del Sistema a través de un organismo acreditado (AENOR).

Resultados: La implantación de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) adaptado a los requisitos de la norma UNE-EN-ISO 9001:2015 nos ha permitido obtener la Certificación por una entidad independiente acreditada (AENOR).

Este SGC nos ha permitido introducir en nuestro servicio la metodología PDCA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar), quedando integrada la mejora continua en toda la organización.

Conclusiones: La adecuación a la norma ISO 9001:2015 nos ha sido útil para detectar las oportunidades de mejora del servicio de anestesiología y tener un conocimiento real de nuestra actividad. La implementación del sistema de calidad ha permitido trabajar de forma conjunta a todos los profesionales con unas normas adecuadas a la práctica asistencial que deben permitir optimizar los resultados y garantizar la seguridad de nuestra organización.

Palabras clave: CMA, sistema de gestión de calidad, ISO 9001:2015.

V-GC-03 PERNOCTA NO PLANIFICADA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y CORTA ESTANCIA. ANÁLISIS EVOLUTIVO DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS. PROPUESTAS DE MEJORA

A. Cruz Muñoz, J. D. Turiño Luque, P. Fernández Galeano, J. Rivas Becerra, A. Cabello Burgos, J. Santoyo Santoyo
Hospital Civil Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Conocer las causas médicas, quirúrgicas y del propio paciente como origen de la pernocta no planificada y su evolución temporal en los últimos años. Plantear opciones de mejora según resultados.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes intervenidos desde el 1 enero 2015 hasta 31 de diciembre de 2019 inscritos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria, registrándose características epidemiológicas (edad, sexo, BMI, ASA), tipo de cirugía, tipo de anestesia administrada (general, intradural, mascarilla laríngea, local + sedación) y causa de pernocta no planificada (PNP). Se registraron los datos en el programa SPSS versión 15.0, calculándose el valor de chi-cuadrado (χ^2) para las variables cuantitativas y estableciéndose el nivel de significación estadística para un valor $p < 0,05$.

Resultados: Se intervinieron un total de 3228 pacientes programados en régimen de CMA. Predominó el sexo masculino en el 63,8 % de los casos ($n = 2058$), siendo la mediana de edad de 51 ± 16 años. El ASA predominante fue el grado II (58,7 %). Por patología, los procedimientos más habituales realizados fueron: cirugía de la pared abdominal 1659 (51,4 %), proctología 597 (18,5 %), colecistectomía 559 (17,3 %), piel y partes blandas 390 (12,1 %) y hernia de hiato 23 (0,7 %).

El tipo de anestesia administrada fue mayoritariamente general 60,3 % ($n = 1946$), anestesia intradural 840 (26 %), otros 87 (2,7 %). No constaba la anestesia recibida en 355 pacientes (10,9 %).

La tasa de pernocta no planificada durante el periodo del estudio se situó en 16,4 % ($n = 531$), si bien se produjo un descenso gradual desde el 2015 20,1 % (144/717) hasta el 13,5 % (89/660) del año 2019, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 10,645$; $p = 0,001$).

Si analizamos por grupos de patologías el manejo de la eventración presentó la mayor frecuencia de PNP con un 36,9 % (52/141), seguido por la hernia de hiato 34,8 % (8/23) y la colelitiasis con un 25,9 % (145/559). La que menor tasa de PNP presentaron fue el tratamiento de piel y partes blandas 6,2 % (24/390) seguida de la hernia de línea media en un 10,7 % (49/458).

El principal motivo de PNP en toda la serie fue la presencia de mareos/náuseas/vómitos (M/N/V) en un 32,8 % de los pacientes ($n = 171$), seguido por las complicaciones quirúrgicas (drenaje, cirugía más compleja, sangrado apósito) en un 22,6 % ($n = 118$), el dolor en un 16,7 % ($n = 87$) y la retención urinaria en el 9,2 % ($n = 33$).

Al desglosar por grupos de patologías y la causa de PNP encontramos:

- a) Colelitiasis el principal motivo de PNP fue la presencia de M/N/V en el 47,9 % (n = 69) seguido de la cirugía compleja en el 29,9 % (n = 43) y en tercer lugar el dolor en el 11,8 % (n = 17).
- b) Hernia inguinal el principal motivo es nuevamente la presencia de M/N/V en el 26 % (n = 46) seguido del dolor 16,9 % (n = 30) y las complicaciones quirúrgicas y la retención urinaria en un 15,3 % cada uno de ellos (n = 27).
- c) Hernia primaria de línea media siguen siendo las M/N/V la principal causa de PNP en un 49 % (n = 24), seguida de la cirugía compleja en el 20,4 % (n = 10).
- d) Hernia incisional la principal causa son la cirugía compleja en un 56 % (n = 28) seguido de M/N/V en un 14 % (n = 7) y el dolor en un 12 % (n = 6).
- e) Patología perianal la principal causa fue el dolor en el 36,6 % (n = 26) seguido de M/N/V en un 25,4 % (n = 18) y la retención urinaria en un 14,1 % (n = 10).

Destacar que las principales causas de PNP en pacientes por tipo de anestesia fueron:

- General: M/N/V 38,5 % (n = 129), cirugía compleja 27,8 % (n = 93) y dolor 13,1 % (n = 44).
- Intradural: dolor 25 % (n = 28), retención urinaria 17,9 % (n = 20), M/N/V 16,1 % (n=18).
- Mascarilla laríngea: dolor 34,6 % (n = 9), M/N/V 26,9 % (n = 7) y cirugía compleja 19,2 % (n = 5).

Conclusiones: La tasa de pernocta no planificada en nuestra serie es superior al estándar si bien hemos mejorado significativamente en el periodo de estudio.

Los mareos/náuseas/vómitos constituyen nuestra mayor causa de pernocta no planificada siendo necesario optimizar el manejo multimodal especialmente en pacientes sometidos a anestesia general.

Nuestra segunda causa de pernocta no planificada es por las complicaciones quirúrgicas especialmente en el manejo de la hernia incisional y la colelitiasis, y por tanto deberemos optimizar la selección del paciente en consulta.

El dolor es la tercera causa de pernocta siendo necesario establecer unos protocolos adecuados para el manejo del mismo, así como mejorar la técnica quirúrgica para minimizar su incidencia.

Palabras clave: Pernocta no planificada, Cirugía Mayor Ambulatoria, propuestas de mejora.

V-GC-04 VALORACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR EL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

F. Rico Rodríguez, S. Ruan Lin, A. Mayoral Márquez, D. Camargo Espitia

Hospital Universitario de Canarias

Objetivos: El objetivo principal es conocer la percepción del paciente de diferentes datos del servicio prestado en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) como son: el control del dolor, la aparición de náuseas y vómitos postoperatorios, el manejo de la información ofrecida, la evaluación del entorno quirúrgico, los tiempos de espera, la interacción con el equipo sanitario y el control telefónico posterior al alta.

La identificación de los apartados valorados por el paciente como positivos y aquellos que podrían plantear puntos de cambios o mejora, serían los objetivos secundarios.

Métodos: Se realizó una prueba piloto con 40 pacientes, adultos y pediátricos, del área quirúrgica de CMA durante el mes de febrero de 2021, a través de un cuestionario de satisfacción. El cuestionario que sirvió de referencia fue SERVQHOS (Cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria), que a su vez está basado en el SERVQUAL (Cuestionario para evaluar la calidad percibida en el modelo empresarial).

Se trata de un cuestionario anónimo y voluntario, entregado en la zona de adaptación al medio, previa a su salida de la sala de recuperación de CMA. La encuesta podía ser contestada por el paciente o sus familiares (en caso de preferencia del paciente o que se tratase de usuarios pediátricos). Se solicitaba el consentimiento verbal, una vez explicados los objetivos de su realización.

Se excluían todos aquellos pacientes que rechazasen realizar el cuestionario y los intervenidos con anestesia local exclusiva.

Se incluían todos aquellos pacientes que entendían y aceptaban la realización del cuestionario, con intervención anestésica en su cirugía, de especialidades quirúrgicas variadas.

El cuestionario consta de diferentes apartados:

1. Datos sociodemográficos, edad, sexo. También se recogen quién responde el cuestionario, tal y como se explicó anteriormente, y la especialidad quirúrgica.

2. Control del dolor. Mediante dos preguntas, una de descripción del dolor (no dolor, leve, incómodo, estresante, horrible, insoportable) y otra de respuesta con los analgésicos administrados (nada, poco, bastante, mucho, totalmente).
3. Náuseas y vómitos postoperatorios. Indicando su existencia o no.
4. Información recibida. Previa a la intervención (muy buena, buena, regular, mala, muy mala), a los acompañantes tras salir de quirófano (sí, no), antes de ir a casa (sí, no) y de percepción de la información tras la cirugía (muy buena, buena, regular, mala, muy mala).
5. Tiempos de espera y entorno. Se evaluó el tiempo en lista de espera (mucho tiempo sí, no), facilidad de acceso al área quirúrgica (sí, no), sensación de instalaciones confortables (sí, no), tiempo en sala de espera antes de la intervención (mucho tiempo sí, no), tiempo en recuperación tras la cirugía (mucho tiempo sí, no) y percepción de si se le enviaron a casa antes de lo debido (sí, no).
6. Trato con el personal sanitario. Identificación del personal (sí, no), trato con amabilidad (sí, no).
7. Control telefónico tras el alta. Necesidad de realizar una llamada telefónica (sí, no), cuándo creían idóneo hacer dicha llamada (días después, al día siguiente, a la semana).
8. Comentarios. Se dejó un apartado para que el paciente o familiar indicase algún punto concreto a reseñar.

Resultados: Los *datos sociodemográficos* mostraron que contestaron al cuestionario 40 personas, 33 pacientes y 7 familiares. Del total, 25 personas respondieron al apartado de sexo, fueron 16 mujeres (64 %) y 9 hombres (36 %). Los grupos de edad fueron: de 0 a 9 años, 1 (2,5 %); de 10 a 19 años, 2 (5 %); de 20 a 39 años, 11 (27,5 %); de 40 a 59 años, 15 (37,5 %); de 60 a 69 años, 8 (20 %); mayores de 70 años, 3 (7,5 %).

El número de pacientes por especialidades quirúrgicas fue: Cirugía general 15 (37,5 %), Cirugía pediátrica 2 (5 %), Cirugía plástica 3 (7,5 %), Cirugía vascular 1 (2,5 %), Dermatología 2 (5 %), Ginecología 12 (30 %), Oftalmología 1 (2,5 %), Urología 3 (7,5 %), Traumatología 1 (2,5 %).

Control del dolor: el dolor presentado tras la intervención fue: no dolor 17 (42 %), leve 15 (37,5 %), incómodo 7 (17,5 %), estresante 1 (2 %), horrible 0, insoportable 0. Entre aquellos pacientes que presentaron algún grado de dolor (23, 58 %), 20 de ellos respondieron al apartado de la respuesta del dolor tras la administración de analgésicos y otros 3 no contestaron. Así la respuesta con analgésicos fue: nada 0, poco 3 (15 %), bastante 6 (30 %), mucho 2 (10 %), totalmente 9 (45 %).

En cuanto a la *presencia de náuseas y vómitos postoperatorios*, 38 personas (95 %) respondieron que no las presenta-

ron y 2 que sí (5 %), siendo estas últimas de especialidades de cirugía pediátrica y ginecología.

Información recibida: previa a la intervención fue: muy buena 28 (70 %), buena 11 (27,5 %), regular 1 (2,5 %, ginecología), mala 0, muy mala 0. Información a los acompañantes tras salir de quirófano: sí 38 (95 %), no 2 (5 %, dermatología y cirugía plástica). *Información a los acompañantes antes de ir a casa:* sí 40 (100 %), no 0. La percepción de la información tras la cirugía fue: muy buena 28 (70 %), buena 11 (27,5 %), regular 0, mala 1 (2,5 %, dermatología), muy mala 0.

Tiempos de espera y entorno: del total de pacientes, consideraron que estuvieron mucho tiempo en lista de espera: sí 15 (37,5 %), no 25 (62,5 %). Se valoró el acceso al área quirúrgica como fácil: sí 39 (97,5 %), no 1 (2,5 %). Consideraron las instalaciones confortables: sí 40 (100 %), no 0. En cuanto al tiempo transcurrido en sala de espera, antes de la intervención, se puntuó como mucho tiempo: sí 8 (20 %), no 32 (80 %). El tiempo en recuperación tras la cirugía fue mucho: sí 10 (25 %), no 30 (75 %). En la percepción de si se le envió a casa antes de lo debido contestaron: sí 1 (2,5 %, ginecología), no 39 (97,5 %).

Trato con el personal sanitario: el personal que atendió al paciente se identificó: sí 40 (100 %, tanto cirujano, anestesista, como enfermería), no 0. Se percibió un trato con amabilidad: sí 40 (100 %), no 0.

Control telefónico tras el alta: los encuestado indicaron la necesidad de realizarles una llamada telefónica tras el alta: sí 23 (79,3 %), no 6 (20,7 %). Al preguntar sobre cuándo creían idóneo hacer dicha llamada respondieron 12 personas, concretando que dicha llamada debía ser: días después, 7 de ellos (58,3 %); al día siguiente, 4 (33,3 %); a la semana, 1 (8,4 %).

En el último apartado sobre *comentarios*, solo contestaron 3 personas, reseñando aspectos que consideraban importantes, como: el seguimiento telefónico posterior, el tiempo en lista de espera elevado y la deficitaria información recibida.

Conclusiones: La satisfacción del paciente en unidades de CMA aporta una información muy amplia sobre nuestro trabajo realizado a diario. Los datos recogidos pueden llevarnos a realizar cambios en nuestra práctica asistencial, en aspectos tan diversos como la interacción con el paciente o el manejo farmacológico.

Los cuestionarios de satisfacción ofrecen datos cuantificables, medibles y comparables, que pueden ser utilizados por todo el equipo implicado en la atención del paciente y sus familiares, así como por los gestores.

Estudiando la calidad percibida por el paciente podemos poner en conocimiento discrepancias entre las expectativas generadas en los usuarios y sus percepciones respecto al servicio recibido.

La percepción del paciente sobre la prestación del servicio determina en forma definitiva el nivel de calidad de la unidad.

La calidad es un factor clave en la diferenciación y una guía hacia la excelencia de los servicios de salud.

Palabras clave: CMA, satisfacción del paciente, calidad de los cuidados, cuestionario de salud al paciente.

V-GC-05 RESULTADOS DE UNA UNIDAD INTEGRADA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO EN 25 AÑOS?

L. Hidalgo Grau, D. Neira Cedrón, F. Martínez Burgos, A. Benavides dos Santos, A. Bernabeu García
Hospital de Mataró, Barcelona

Objetivos: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) 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.

El objetivo es 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 275.533. Consideramos la actividad desde 1994 hasta 2019, 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 sustitución. 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 postoperatorio, índice de satisfacción de los pacientes y ambulatorización: cada indicador tiene un objetivo prefijado. Se han practicado 108.556 procedimientos en el periodo considerado.

Resultados: El índice de ambulatorización general se ha incrementado desde 21,7 % a 69,2 %. 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 en 2019 de 60,1 % y 67 % respectivamente. Respecto al Programa de Calidad, no cumplimos el objetivo de las desprogramaciones (< 10 %), que alcanzó en 2019 13,2 %, pero en resto de indicadores prácticamente se consiguen. Cabe resaltar el grado de satisfacción de los pacientes (por encima del 85 % con opinión excelente). 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 201 de 1, destacando el servicio de Cirugía General y de Cirugía Ortopédica (RA 1,02) (colecistectomía por laparoscopia (RA 1,61), cirugía de tiroides y paratiroides (RA 3,39)) y con cifras mejorables en comparación con otros centros en los Servicios, Ginecología (RA 0,78), ORL (RA 0,94) y Urología (RA 0,99).

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 en CMA, control de calidad.